



Departamento de Antropologia

“Turismo Médico” e RMA: Uma Visão dos Movimentos  
Transnacionais na Procura de Tratamento em Portugal

Inês Faria

Dissertação de mestrado submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de  
Mestre em Antropologia

Orientadora:

Doutora Viola Hörbst

Investigadora do Centro de Estudo Africanos do ISCTE-IUL

Co-orientadora:

Professora Doutora Clara Carvalho

Professora Auxiliar,

ISCTE-IUL

Setembro, 2010

## **Agradecimentos**

A dissertação aqui apresentada resulta de um projecto de investigação que recebeu múltiplos contributos. Entre várias peripécias, obstáculos e transposição dos mesmos e outras odisséias características do trabalho de campo e investigação antropológico, cabe-me agradecer a algumas das pessoas e entidades que nele participaram:

Obrigada a todos aqueles que fizeram parte deste projecto, sem os quais não se teria concretizado.

Quero agradecer particularmente às minhas orientadoras de mestrado, Doutora Viola Hörbst e Professora Doutora Clara Carvalho, pela motivação, pela oportunidade de contacto com instituições e investigadores nacionais e internacionais, cujo trabalho está relacionado com o tema da presente dissertação e pelo acompanhamento do estudo desenvolvido. Um agradecimento especial à Dr. Viola Hörbst pela sugestão do tema da dissertação e supervisão da investigação.

Agradeço ainda à Dr. Madalena Barata, directora do Centro de Medicina da Reprodução do British Hospital XXI, que me permitiu a realização de algum trabalho de campo na clínica, que se tornou uma etapa essencial à construção do objecto de estudo.

## **Sumário**

A presente dissertação constitui uma reflexão acerca da infertilidade, das formas como ela é encarada pessoal e socialmente e dos mecanismos utilizados por indivíduos em diferentes situações na procura de uma solução para a incapacidade de procriar.

Os resultados deste estudo são produto da articulação entre investigação teórica e etnográfica centrada na infertilidade, nos movimentos transnacionais catalisados pela procura de uma solução para a mesma e nas diferentes formas de lidar, social e pessoalmente, com a incapacidade de ter filhos (com especial enfoque na África Subsariana e PALOP).

A África Subsariana é uma zona onde existe uma enorme pressão para a reprodução e onde as consequências sociais da infertilidade são bastante violentas. Ao lado da importância social da reprodução em certos países desta zona, é nela que se verificam as mais elevadas taxas de infertilidade (especialmente derivada de infecções).

A falta de acesso a serviços de saúde reprodutiva, a existência de regulações restritivas ou a incapacidade de aceder a tecnologias de reprodução medicamente assistida, aliadas a redes informais de conhecimentos, à livre circulação de pessoas e bens e à existência de discrepâncias de capital socioeconómico, fazem com que se tenham redes de circulação internacional ligadas à medicina reprodutiva.

Vários casais ou indivíduos saem do seu país para procurar noutros tratamentos biomédicos para a infertilidade. Portugal apresenta-se como um destino para alguns desses casais, vindos dos PALOP, especialmente de Angola.

Assim, aliada a uma reflexão teórica sobre questões adjacentes, será apresentada uma caracterização da morfologia e magnitude da presença deste tipo de pacientes nas nossas unidades de RMA e das razões conjunturais mais abrangentes que levam a que procurem o nosso país.

**Palavras-chave:** Reprodução Medicamente Assistida, Infertilidade na África Subsariana, “turismo médico”, Antropologia da Saúde

## **Abstract**

The purpose of this study was to create a solid reflection about infertility, the way people deal with it both personally and socially, and the mechanisms that different contexts of living may provide in the search for a solution to childlessness.

This study results from the articulation of empirical and bibliographical investigation around the subject of infertility, the transnational movements caused by the necessity to solve it biomedically, and the different forms of dealing with the incapacity to bear children (with special focus in Sub-Saharan Africa and the PALOP).

The region of Sub-Saharan Africa presents itself as one of the most problematic areas, in which, side by side coexists a strong social pressure to reproduction along with some of the highest rates of infertility.

The poor quality of healthcare services and the difficulties people experience in trying to use them, the existence of restrictive laws or the lack of assisted reproduction technologies can turn into seeds of the transnational movements concerning reproductive medicine. This is more evident when you look at the informal connections and bridges created by individuals in the process of crossing borders in the search for infertility treatment abroad.

Portugal appears in this picture as a destination some couples choose for their treatment, manly couples from the PALOP, especially Angola.

Articulated with a more theoretical reflection on medically assisted reproduction, infertility and international movements concerning this matters, this study aims to be an approach to the main characteristics and size of the phenomenon. The purpose of this account is to perceive the broader picture that affects and is affected by the morphology and magnitude of the transnational movements of foreign people, namely from the PALOP, to Portugal in search for medically assisted reproduction techniques.

**Keywords:** Medically Assisted Reproduction, Infertility in Sub-Saharan Africa, “medical tourism”, Health Anthropology.



## Índice

### **Introdução:**

Apresentação e Caracterização do Tema e  
Principais Referências Teóricas 1

A Infertilidade na África Subsariana e nos  
PALOP 5

Metodologia e Metamorfose do Objecto  
de Estudo 12

Estrutura 16

### **Capítulo I**

Revisão da Literatura 18

### **Capítulo II**

RMA: Contextos de Aplicação e  
Regulação 31

### **Capítulo III**

Algumas Reflexões sobre a “mobilidade  
terapêutica reprodutiva” e os fluxos entre  
os PALOP e Portugal 53

## **Capítulo IV**

Conclusões	77
Bibliografia	81
Anexos	92
Glossário	96

## Índice de Abreviações

ADN - ácido desoxirribonucleico

CETI – Centro de Estudo e Tratamento da Infertilidade

CNPMA – Comissão Nacional de Procriação Medicamente Assistida

CNRHA – Comisión Nacional de Reprodución Humana Asisitida

DHS – Demographic Health Survey

ESHRE – European Society for Human Reproduction and Embryology

FIV – Fertilização *in vitro*

FRELIMO – Frente de Libertação de Moçambique

ICSI – Injecção intracitoplasmática de espermatozóides (intracitoplasmatic sperm injection)

MPLA – Movimento Popular para a Libertação de Angola

NTR – Novas Tecnologias Reprodutivas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RENAMO – Resistência Nacional Moçambicana

RMA – Reprodução Medicamente Assistida

SBRA – Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida

SPMR – Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução

TFR – Total Fertility Rate

UNITA – União para a Independência Total de Angola

WFR – World Fertility Report

## Índice de Gráficos e Tabelas

Gráfico 1	46
Gráfico 2	46
Gráfico 3	47
Gráfico 4	47
Gráfico 5	49
Gráfico 6	49
Gráfico 7	50
Tabela: Quadro Legal Europeu da RMA	51

## Preâmbulo

Considerando o crescimento exponencial das tecnologias biomédicas, e das técnicas de reprodução medicamente assistida, parece essencial dar conta dos novos fenómenos sociais manifestados através da relação entre o avanço científico e a sociedade globalizada.

A motivação para a realização do estudo do qual esta dissertação é produto, prende-se com a necessidade de colmatar a inexistência de uma análise sobre os movimentos transnacionais ligados à medicina da reprodução, em Portugal. O quadro deste tipo de mobilidade em cada país reflecte e é reflectido no contexto europeu e mundial mais vasto, impregnado de heterogeneidade legal, desigualdades sociais no acesso à biomedicina e prevalência, cada vez maior, desta área do saber na vida das pessoas.

A definição do panorama do nosso país como parte de redes internacionais de “turismo médico” em constante metamorfose, parece-me assaz importante. Independentemente da magnitude do fenómeno, ele existe, e faz parte de uma conjuntura mais vasta na qual é importante localizarmo-nos.

As formas de ver o mundo e de existir nele têm vindo a alterar-se com os constantes avanços científicos que a nossa era testemunha; as práticas mudam, apresentam-se novas soluções para velhos problemas, que fazem com que os vejamos de forma distinta – a infertilidade, e o seu tratamento, são um bom exemplo destas mudanças.

## **Introdução**

### **Apresentação e caracterização do tema e principais referências teóricas**

A relação entre as novas tecnologias médicas e uma sociedade global apresentam-nos, nos dias que correm, um vasto número de questões éticas, jurídicas e sociais que atravessam o quotidiano de vários indivíduos. Embora estas questões sejam debatidas desde há várias décadas, têm vindo a complexificar-se, devido às constantes mudanças e avanços tecnológicos, à mútua adaptação entre estes, e a uma crescente massificação da sociedade de consumo.

O objectivo da presente investigação consiste em dar inteligibilidade a um dos fenómenos despoletados por estas questões complexas: a deslocação de indivíduos de certos países, nomeadamente dos PALOP a Portugal, com a finalidade de realizar tratamentos de Reprodução Medicamente Assistida (RMA).

Existe uma vasta produção teórica sobre os contornos das relações entre a sociedade actual, a tecnologia e a genética. Dentro do universo teórico dessas produções, podemos destacar as referentes à temática da Reprodução Medicamente Assistida e ao vulgarmente chamado “turismo médico”.

A maioria das publicações relacionadas com a reprodução humana, especialmente as que analisam tendências reprodutivas em países em desenvolvimento, incide sobre a contraceção como forma de controlo da fertilidade e natalidade. Inhorn e van Balen (2002), referem:

“...we know much more about what might best be called normative human reproduction – particularly “high” fertility that is “controlled” through “modern” contraceptive technologies, as well as successful childbirth at the hands of physicians and midwives, resulting in maternal and child well-being (...) unfortunately the taken-for-grantedness of reproduction can never be assumed. (...) the ways in which reproductive trajectories may be disrupted, generating suffering and even death, are manifold.” (Inhorn e van Balen 2002: 4).

Antes de nos centrarmos na caracterização do tema da investigação, é necessário enquadrar os principais conceitos em jogo, que têm sido alvo de alguns debates. As expressões, como “turismo reprodutivo”, utilizadas para definir a deslocação de indivíduos do seu país de origem para um outro com o objectivo de realizar tratamentos de RMA têm sido alvo constantes reformulações e críticas.

Estou ciente da desadequação e das problemáticas inerentes à aplicação de um termo como “turismo” para definir movimentações que, além de pouco lúdicas, implicam o sofrimento físico e psicológico dos pacientes em causa. Proponho, inspirada em alguns autores a expressão “mobilidade terapêutica reprodutiva”. Este conceito será utilizado de acordo com a definição mais simples de “turismo reprodutivo” avançada por Pennings (2002), com base no conceito de “procreative tourism” construído por Knoppers e Le Bris (1991): deslocação de candidatos que pretendam utilizar um serviço de reprodução medicamente assistida (RMA), de uma instituição, jurisdição ou país onde o tratamento não está disponível, para outra instituição, jurisdição ou país onde podem obter o tipo de RMA que desejam.

É importante, introduzir alguns dos debates em torno do conceito de “turismo reprodutivo”, que me levaram à escolha de uma expressão diferente para designar o fenómeno tratado neste estudo. Guido Pennings (Mantorras 2005) num debate por correspondência aberta com Roberto Mantorras (2005) na publicação *Human Reproduction*, discute a expressão. Mantorras propõe um novo conceito para a definição do fenómeno: o de “exílio reprodutivo”, com o qual Inhorn (2009:905) concorda. Segundo Mantorras (2005: 3571) a deslocação de pacientes do seu país para realizar tratamentos de RMA num outro, muitas vezes por razões legais, define-se melhor como exílio do que como turismo:

“...’tourism’ means travelling by pleasure, and by no means do infertile couples travel by pleasure. (...) I would find more accurate the term ‘reproductive exile’, since exile means leaving one’s country, usually for political reasons.”  
(Mantorras 2005: 3571).

Corroborando este ponto de vista, Marcia Inhorn (2009:905) refere que, embora por vezes se concretizem tratamentos de fertilidade no estrangeiro, acompanhados de momentos de lazer nas horas passadas fora das unidades de medicina da reprodução, esta imagem não corresponde exactamente à realidade de passar por um ciclo de RMA.

O conceito facilita o esquecimento da dimensão do sofrimento dos casais e do enorme esforço físico, psicológico, e eventualmente financeiro em que incorrem ao viajar na procura de tratamento para a infertilidade (ver Inhorn 2009:905 e Storrow 2006: 300-301).

Pennings, respondendo a Mantorras e respondendo indirectamente a Inhorn (2009:905), contesta o termo exílio, por atribuir uma metáfora, de certa forma radical, para substituir a de “turismo reprodutivo”. Deste modo, propõe uma outra expressão, que na minha opinião é a que, na realidade, melhor define as movimentações em causa: o termo *cross-border fertility care* (Pennings 2005: 3571). O autor argumenta que:

“The term ‘reproductive exile’ proposed by Prof. Mantorras is interesting but overemphasizes the opposite position: people are forced into exile as a form of punishment. (...) I propose to replace the term ‘reproductive tourism’ by ‘cross-border fertility care’. This term has a number of advantages: (i) it avoids the negative connotations of ‘tourism’; (ii) it is objective and descriptive since it holds no value judgement regarding the movements; and (iii) it links with the more general term ‘cross-border health care’ that is commonly used when other types of movements for health services are considered.” (Pennings 2005: 3571-3572).

Storrow, embora não aborde as discussões semânticas sobre o termo “turismo reprodutivo”, refere que estas deslocações não correspondem à solução que a maioria dos casais procura ao reconhecer a sua incapacidade de procriar (Storrow 2006: 301). Recorrendo a Pennings podemos acrescentar que os tratamentos transnacionais para a infertilidade podem incluir movimentos de dois tipos de entidades: materiais, como gâmetas ou embriões e humanas, como os pacientes, médicos ou “doadoras” de útero. Muitas vezes não são os pacientes que abandonam o país, mas sim o material genético que é importado (Pennings 2009:1). Embora esse não seja o caso da presente investigação, é necessário compreender as diferentes direcções e as entidades em movimento, nos fluxos internacionais ligados à RMA.

A apresentação dos principais debates semânticos e posicionamentos teóricos em torno do “turismo reprodutivo”, pretende justificar as razões que levaram à criação de uma nova expressão para o identificar. Para todos os efeitos, é linguisticamente difícil encontrar uma designação que faça tanto sentido como *cross-border reproductive care*,

pelo que, a expressão “mobilidade terapêutica reprodutiva” será utilizada como sinónimo daquela.

A presente dissertação trata da identificação do fenómeno da mobilidade internacional ligada ao tratamento da infertilidade em Portugal. Em termos mais específicos, das deslocações de indivíduos dos PALOP ao nosso país para realizarem tratamentos de RMA.

Inicialmente, o meu objectivo era o de criar um mapeamento do fenómeno em Portugal, mas essa tarefa revelou-se difícil por vários motivos: a escassa afluência de pacientes; a morosidade do processo de marcação de entrevistas com profissionais de saúde; as dificuldades em encontrar unidades de medicina da reprodução que se disponibilizassem a participar no projecto e o tempo destinado à pesquisa e trabalho de terreno numa dissertação de mestrado.

Seriam necessários anos de investigação para poder dar conta dos contornos da “mobilidade terapêutica reprodutiva” em Portugal, uma vez que a escassez de pacientes implicaria uma investigação temporalmente mais prolongada. A identificação do fenómeno passa então por várias dimensões e fases de análise, condicionadas, entre outros factores, pela fraca afluência de pacientes estrangeiros.

Para dar inteligibilidade àquilo que envolvem as movimentações transnacionais de indivíduos na procura de uma solução para a infertilidade, é necessário ter em conta as dimensões que as atravessam e o seu complexo relacionamento. Como produto da globalização, da livre circulação internacional e das margens de manobra criadas pelo sistema capitalista mundial, a deslocação de pacientes entre países com a finalidade de recorrer a tratamentos biomédicos é um fenómeno em crescimento, acerca do qual existe uma prolífera produção teórica (Bergmann 2007, Deech 2003, Inhorn e Birenbaum-Carmeli 2008, Pennings 2002 e 2004, Schenfield 2009, Scheper-Hughes e Wacquant 2002, Spar 2006 ou Storrow 2006, Vayena et al. 2002, entre outros). A biotecnologia e os avanços científicos que se sucedem, implicam uma constante evolução dos tratamentos médicos: a área da genética e da RMA, com todas as novas tecnologias que vão incorporando, seguem essa tendência.

O panorama científico actual, em rápida evolução, associado aos contextos nacionais e contexto internacional em que se desenrola, dá azo ao aparecimento de realidades como

a “mobilidade terapêutica reprodutiva”. O fenómeno surge de uma relação entre legislações nacionais mais ou menos restritivas, possibilidades económicas dos pacientes, deslocações internacionais com finalidades médicas, e diferentes concepções e consequências pessoais e sociais da infertilidade.

Embora, até há pouco tempo, as referências aos fluxos internacionais de pacientes e tecidos ligados à RMA tenham sido eminentemente especulativas (Inhorn 2009:904), podemos identificar, segundo Pennings (2002) algumas razões que catalisam a procura de tratamentos no estrangeiro: a proibição de tratamentos ligados a novas tecnologias reprodutivas, por razões éticas ou religiosas; a falta de equipamentos ou especialistas na área; a indisponibilidade dos serviços por serem considerados pouco seguros e os seus riscos não serem totalmente conhecidos; a exclusão de determinados indivíduos devido à idade, estado civil ou orientação sexual; o desejo de privacidade relativamente à utilização do tratamento; a existência de enormes listas de espera e /ou ausência de gâmetas doados para efectuar o tratamento e, por fim, a deslocação ser motivada por razões económicas (as pessoas deslocam-se a países onde o tratamento é mais barato) (Pennings 2002:338). Outro catalisador, que pode ser acrescentado aos anteriormente referidos, é a estigmatização da mulher ou casal infértil dentro de determinadas sociedades (Inhorn e van Balen 2002: 7-8).

No presente estudo, a abordagem da deslocação de pacientes com o objectivo de realizar tratamentos de RMA englobará uma articulação de diferentes perspectivas: legais, sociais, económicas e pessoais. A análise das referidas dimensões será enquadrada dentro da relação entre biotecnologia e sociedade. Para a abordagem deste tema foram úteis determinados conceitos e posicionamentos teóricos (para além dos já explicados “turismo reprodutivo” e “mobilidade terapêutica reprodutiva”), que tentarei aqui introduzir.

### **Infertilidade na África Subsariana e nos PALOP**

O conceito de infertilidade, e transcendência do mesmo relativamente à sua definição biológica, revelaram-se extremamente importantes para o enquadramento e explicação das formas como esta condição pode afectar aqueles que dela padecem. Inhorn e van Balen (2002) falam de *disrupted reproduction* referindo-se às inúmeras formas como a reprodução humana pode assumir trajectórias irregulares. A infertilidade, segundo Amélia Augusto (2004: 46) apresenta-se como uma construção social acrescentada a um

estado biológico. Se nos países ditos ocidentais, o sofrimento psicológico e social inerente à infertilidade é considerável, em certos países em vias de desenvolvimento esta questão agrava-se. As consequências sofridas pelos indivíduos inférteis nesses países, revelam os extremos a que a estigmatização social pode chegar, e formas de construção socio-cultural da infertilidade que transcendem aquelas a que estamos habituados.

Na África Subsariana encontra-se uma das zonas com maior prevalência de infertilidade, a que Inhorn (2008: 174) chama *infertility belt*. Daar e Merali (2002) abordam as consequências nefastas da incapacidade de procriar em países desta região do continente africano:

“In some areas, particularly in sub-Saharan Africa, up to one third of couples are infertile. (...) Infertility in developing countries extends beyond the loss of human potential and unrealized self. The experience of infertility causes harsh, poignant and unique difficulties: economic hardship, social stigma and blame, social isolation and alienation, guilt, fear, loss of social status, helplessness and, in some cases, violence.” (Daar e Merali 2002: 15-16).

De facto, como referem várias publicações (Daar e Merali 2002; Opara 2009; Hörbst 2009; Hörbst e Schuster 2009; Sundby e Larsen 2009; Inhorn e van Balen 2002; Gerrits 2002 ou Gerrits e van Balen 2001) a infertilidade tem consequências pessoais e sociais profundas na África Subsariana. Muitas famílias dependem dos filhos para a subsistência e a incapacidade de procriar apresenta-se como algo próximo da incapacidade de sobreviver; por outro lado, em várias sociedades a maternidade é para a mulher a forma por excelência de atingir ou consumir a sua posição e função social (Daar e Merali 2002:16).

Desde a opinião pública até às diferentes cosmologias que a conotam de forma distinta, a infertilidade é um conceito construído e encarado de forma diferente em diferentes sociedades. Na sua definição social podem entrar aspectos religiosos, económicos, culturais, de género ou pessoais, para além da condição física de não conseguir procriar.

A África Subsariana, exceptuando a África do Sul, é a região com as maiores taxas de infertilidade do Mundo, que oscilam entre os 10% e 25% (Daar e Merali 2002:16). A infertilidade secundária, derivada de infecções ou de outras patologias, é a razão da

existência destas elevadas taxas. (Daar e Merali 2002:6 e Inhorn e van Balen 2002: 23). As doenças sexualmente transmissíveis e más condições de higiene são um solo fértil para o desenvolvimento e prevalência da infecundidade.

“...the African continent is considered to have an infection related ‘infertility belt’(...). With pockets of infertility reaching rates or 30 percent in some Central and southern African populations, infertility and AIDS represent twin threats for depopulation in this purportedly overpopulated region of the world.” (Inhorn e van Balen 2002: 23).

A escassez de unidades de RMA, ou a incapacidade das pessoas sustentarem os custos de um tratamento e a falta de informação tornam complicado lidar com estes problemas, muitas vezes deixados para segundo plano pelo governos e pouco discutidos a nível internacional.

A pressão social para a reprodução é enorme em certos países da África Subsariana, incluindo nos PALOP. As consequências de não poder ter filhos são graves tanto a nível pessoal como social e económico, embora variem consoante o sistema de parentesco e religião de cada comunidade (ver Gerrits e van Balen 2001 e Gerrits 2002 e Giwa-Osagie 2002a). Ao lado destes factores, a comum manutenção de vários parceiros sexuais e poligamia, que surgem por vezes como soluções locais para a incapacidade de procriar, constituem mecanismos de perpetuação da infertilidade derivada de infecções (ver Gerrits 2002:240 ou Hörbst 2009:40).

Existem algumas estatísticas internacionais sobre tendências reprodutivas que incluem os países desta região (o *World Fertility Report* e o *Demographic Health Survey* são dois exemplos de relatórios sobre demografia e padrões de fertilidade). O que sucede muitas vezes é que os dados disponibilizados por alguns países são escassos, pouco fiáveis ou inexistentes, deixando um certo vazio ou incerteza informativos acerca dos mesmos.

Os dados ou publicações referentes à infertilidade ou RMA nos PALOP pertencem ao grupo de países referido: a informação é fraca, a participação destes países em relatórios internacionais (DHS OU WFR) é reduzida e contém dados pouco rigorosos (ver Agadjanian e Prata 2001 ou Arnaldo 2004). No entanto, o material ao qual foi possível

aceder permite fazer uma introdução à história das dinâmicas e tendências da fertilidade em alguns desses países.

Moçambique é um país com cerca de 20 milhões de habitantes (Censo 2007), que sofreu 16 anos de guerra civil (1976-92) entre o governo socialista da FRELIMO e a RENAMO (Arnaldo 2004:178).

Houve um decréscimo de taxa de natalidade na ordem dos 14% entre os anos de 1980 e 1997; na zona sul verifica-se uma descida de cerca de seis filhos por casal para menos de cinco. Este decréscimo está provavelmente relacionado com a guerra civil e com os problemas económicos do país. Houve um aumento da TFR<sup>1</sup>, entre 1990 e 1994, dado o carácter dos dados, não podemos ter a certeza se existiu efectivamente ou se deriva de falhas na recolha de informação. Este provável aumento, coincide com o final da guerra e primeiras eleições democráticas. O declínio posterior a esse período foi maior no norte e centro do país (Arnaldo 2004: 179-189).

Segundo Arnaldo, a par das variações, Moçambique está entre os países com a taxa de infertilidade mais elevada (Arnaldo 2004: 190). Esta tendência acentuou-se entre os anos 50 a 70. As décadas de 50 e 60, foram marcadas pela existência de patologias passíveis de afectar a fertilidade: malária, tuberculose e doenças venéreas. O desenvolvimento destas doenças e o seu efeito nas tendências reprodutivas agravou-se devido ao acesso reduzido a serviços de saúde por parte das mulheres. As migrações para a África do Sul e Maputo (anterior Lourenço Marques), a disseminação de doenças venéreas e a prevalência da poligamia podem ter sido factores importantes para o aumento e manutenção de altas taxas de infertilidade, especialmente secundária, derivada de infecções.

“Mozambique is among the countries with high prevalence of infertility. The prevalence of infertility rose from 1950 to 1970, declining thereafter. According to the United Nations (1981), official reports during the 1950s and 1960s noted a high prevalence of infertility related diseases, and much of the population did not have access to adequate treatment. In the Southern Region, the effect of high labour migration to South Africa and Maputo City in spreading

---

<sup>1</sup> Total Fertility Rate – indicador utilizado para avaliar, em termos estatísticos, a taxa de fertilidade de um país

venereal diseases, and the high prevalence of polygyny, were thought to have interacted to produce high rates of infertility.” (Arnaldo 2004: 190).

As taxas de infertilidade de Moçambique são mais altas na região norte e mais baixas no centro e sul. Segundo os últimos dados disponíveis, o tipo de infertilidade que prevalece é a secundária, que afecta 21% das mulheres com idade compreendidas entre os 20 e os 44 anos (Larsen 2000:288), a infertilidade primária afecta apenas 4% das mulheres dentro dos limites etários referidos (Larsen 2000: 289). A taxa de prevalência de DST é mais elevada no norte e menor no centro e sul; estas variações estão provavelmente ligadas aos comportamentos sociais dos grupos que habitam cada região, com a religião e a existência, ou não, de relações poligâmicas (Arnaldo 2004:191). O número de nascimentos verificado no país em 2001 foi de 753.300 (WFR 2003). As análises dos Macua de Gerrits e van Balen (2001) e Gerrits (2002) referem-se a uma comunidade da zona Norte do país, cujo comportamento se enquadra na contextualização geral dos comportamentos reprodutivos em Moçambique feita por Arnaldo (2004:191).

Em Angola, a informação sobre a infertilidade e consequências da mesma é igualmente escassa. As publicações referentes às tendências da fertilidade no país são poucas e nos relatórios internacionais a informação sobre o tema é residual. Tal como em Moçambique, a guerra civil pode ter afectado as dinâmicas reprodutivas do país.

Angola é um país pouco povoado, com cerca de 15 milhões de habitantes (Governo de Angola 2006). O impacto da guerra teve mais influência no norte e leste do país, sendo menor em Luanda e nas zonas sul e oeste. Os períodos de conflito estenderam-se durante quatro décadas: com a guerra colonial de 1961 até 1974 e com os confrontos pós independência. Os últimos conflitos foram travados entre o MPLA, o grupo de ideologia marxista apoiado por Cuba e pela União Soviética, que governava o estado, e a UNITA, apoiada pela África do Sul e EUA (Agadjanian e Prata 2001). Os conflitos, entre cessar fogos e acordos de paz (Protocolo de Lusaka) terminaram apenas em 2002, com a morte de Jonas Savimbi (BBC 2002).

Angola, apesar do seu potencial e rápido crescimento, continua a ser um dos países mais pobres da África Subsariana (com um PIB de 380\$ *per capita*), embora com melhores condições económicas que países como Moçambique (com um PIB de 210\$ *per*

*capita*)<sup>2</sup>. Agadjanian e Prata referem que a esperança média de vida à nascença é das mais baixas da região (entre os 45 e 48 anos), sendo acompanhada por uma das taxas mais elevadas de mortalidade infantil (20,9%) e materna (1,5%) (Agadjanian e Prata 2001:334).

No que diz respeito a comportamentos reprodutivos, os dados revelam um aumento da taxa de fertilidade no país entre 1960 e a primeira metade da década de 80 (de cerca de 6 para 7 filhos por mulher). Nos últimos anos verificou-se uma descida geral das taxas de fertilidade na África Subsariana; Angola, embora também tenha verificado uma descida mantém-se com uma das taxas de fertilidade mais elevadas, de cerca de 7 filhos por mulher (Agadjanian e Prata 2001: 339).

Em geral, Angola apresenta-se como um país em transição de elevadas taxas de fertilidade para taxas inferiores, seguindo a tendência dos restantes países Africanos a sul do Saara. A reprodução parece estar a decorrer em idades mais avançadas, um factor que caracteriza o começo do declínio da fertilidade de um país. Os níveis relativamente altos de educação e urbanização de podem também influir no declínio da natalidade e mudança dos comportamentos reprodutivos.

O passado conflituoso do país, ao lado da escassa disponibilidade de informação e ausência de investigações de carácter antropológico ou sociológico sobre comportamentos reprodutivos e infertilidade, criam um vácuo informativo sobre as consequências específicas da incapacidade de procriar na região. Este constitui um excelente espaço para investigação futura, que infelizmente não podemos colmatar neste estudo.

A quantidade informação disponível sobre países como a Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe ou Cabo Verde é ainda menor do que para Moçambique e Angola.

O *World Fertility Report* de 2003 (o ultimo disponível) contém informação estatística sobre os referidos países, embora muitos dos índices não estejam preenchidos devido a falta de dados (como é o caso da Guiné Bissau, onde não existem indicadores relevantes para o presente estudo).

---

<sup>2</sup> Agadjanian e Prata 2001: 334

Cabo Verde teve, em 1992, uma média de 9.700 nascimentos, com uma taxa de fertilidade de 4.2 nascimentos por mulher (WFR 2003:59).

São Tomé e Príncipe verificou um total de nascimentos de 5.300 crianças em 1993 (WFR 2003: 298).

Em suma, na África Subsariana há uma prevalência da infertilidade secundária, ou de origem patológica. Nos países acerca dos quais existem dados publicados<sup>3</sup> podemos ver que a infertilidade primária só ultrapassa os 3% em menos de um terço dos países. A infertilidade secundária oscila entre os 5% e os 23%. O grande número de pessoas que sofrem do referido tipo de infertilidade (de origem patológica) faz com que, para além das consequências inerentes a incorporação pessoal e social dessa condição, esta se torne um problema de saúde pública (ver Larsen 2000: 290-29)

Os estudos relativos à infertilidade na África Subsariana e o exemplo dos Macua de Moçambique, revelam a complexidade e diversidade dos processos sociais, culturais e médicos (tradicionais ou biomédicos) que a envolvem. Generalizando, Giwa-Osagie refere que:

“The past two decades of the 20<sup>th</sup> century have seen the interplay of traditional and modern concepts regarding infertility in Africa. Evidence supports the conclusion that traditional African society recognized that infertility could be due to female or male factors and that the society had its own remedies, however scientifically imperfect, for infertility. The advent of western education, urbanization and the rural to urban migration has had an impact on the perception and management of infertility in Africa.”(Giwa-Osagie 2002: 52).

É diante das implicações pessoais e sociais da condição de infértil que muitos casais procuram, mediante as suas possibilidades, tratamentos de RMA no estrangeiro, caso estes não estejam disponíveis no seu país. Na definição destes percursos e das desigualdades de acesso à RMA, foram especialmente úteis dois conceitos avançados por Gilberto Velho (2003): o primeiro, baseado em Schütz (1967), é o conceito de *projecto* e o segundo, o de *campo de possibilidades*. Estes conceitos serão postos em

---

<sup>3</sup> Angola, Benim, Botswana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, República Centro-Africana, Comoros, Costa do Marfim, Gana, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritània, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Níger, Ruanda, Senegal, Sudão, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

diálogo com a análise das experiências e percursos individuais dos pacientes na procura de tratamentos fora do seu país.

O conceito de *globalização* e as diferentes perspectivas sob as quais é construído (ver Bauman 2003, Tsing 2005, Beck 2004) foram importantes para a contextualização dos movimentos transnacionais analisados, dentro dos campos e contingências que capacitam a sua existência. Também o conceito de *biosocialização* (*biosociality*) de Rabinow (1996) foi essencial como forma de enquadrar novas epistemologias e formas de interacção, capacitadas pela naturalização da tecnologia no universo das relações humanas e na forma de encarar o Homem.

A infertilidade, a RMA e a “mobilidade terapêutica reprodutiva” serão enquadrados nos conceitos apresentados, como parte de um processo em que nascem novos poderes e margens de manobra que tiram partido de vazios legais ou regulações inexistentes e de uma sociedade globalizada na qual o poder económico pode comprar quase tudo (ver, por exemplo, Bergmann. 2007). Os mercados e a noção de propriedade já não se limitam a objectos, cada vez mais os corpos humanos entram neste universo. As movimentações e interacções internacionais ligadas à medicina em geral e à RMA em particular, constituem excelentes unidades de análise destes fenómenos complexos.

### **Metodologia e a metamorfose do objecto de estudo**

Os dados apresentados neste estudo decorrem de uma investigação bibliográfica intensiva (em publicações académicas, *media*) sobre fenómenos de deslocações internacionais para a realização de tratamentos médicos, RMA, e infertilidade em vários países. Foram, também, consultadas e analisadas estatísticas oficiais de diferentes instituições nacionais e internacionais, referentes à caracterização demográfica dos países sobre os quais a investigação incide, à infertilidade e a unidades de medicina da reprodução. A par da bibliografia informativa, foram utilizados diferentes conceitos na análise dos dados, derivados de teorias sobre a globalização, interacção entre tecnologia e sociedade, bioética e sobre antropologia médica em geral.

Do trabalho etnográfico fizeram parte entrevistas semi-dirigidas a pacientes e a informantes chave. Ao todo foram entrevistados dois casais e uma paciente que foi à unidade de medicina de reprodução fazer o tratamento sozinha (o marido ficou em

Angola). As entrevistas presenciais a directores de unidades de medicina da reprodução realizadas foram três, além destas foram feitas entrevistas breves por e-mail ou telefone a nove profissionais de saúde.

No caso específico de Portugal, a literatura consultada foi articulada com os dados etnográficos obtidos. Estes foram recolhidos através das referidas entrevistas semi-dirigidas a profissionais de saúde e pacientes, com posterior associação a alguma observação localizada numa unidade de medicina da reprodução.

Ao todo existem, em Portugal, 25 unidades de medicina da reprodução que realizam RMA. Dessa, foram contactadas onze clínicas privadas de medicina da reprodução em Lisboa, duas no Porto e uma em Coimbra. As unidades de medicina da reprodução públicas contactadas foram quatro: três em Lisboa e uma em Coimbra, todas inseridas dentro de complexos hospitalares. Em geral as clínicas privadas, em termos de número de pacientes assistidos eram de pequena/média dimensão, enquanto as públicas eram de maior dimensão.

A informação obtida em cada uma das unidades de medicina reprodutiva funcionará como um estudo de caso que apoiará a investigação. O objectivo é essencialmente contextualizar o fenómeno e não realizar uma abordagem etnográfica intensiva do mesmo: a inexistência de um mapeamento informativo sobre os fluxos internacionais de indivíduos, dos PALOP para Portugal, com o objectivo de realizar tratamentos de RMA, torna urgente a identificação do contexto em que estes fenómenos se desenrolam, associada a uma abordagem dos poderes, saberes e dimensões sociais e simbólicas em jogo no mesmo.

Todos os dados recolhidos através das entrevistas e observação participante foram sistematizados e posteriormente analisados e enquadrados de acordo com a bibliografia utilizada. O objectivo deste processo foi tentar compreender o tipo de relações e condições que determinam a vinda de pacientes a Portugal.

A metodologia foi flexível ao longo da investigação e por vezes foi necessário recorrer ao improvisado. A mudança do panorama e expectativas em relação ao objecto de estudo tornaram necessária uma reformulação das questões iniciais do projecto.

O processo de investigação da presente dissertação padeceu, como grande parte das investigações em ciências sociais, de uma certa dependência de um objecto de estudo volátil, não fosse ele composto por instituições e indivíduos, a elas pertencentes ou não.

Se, à partida, o trabalho de campo antropológico exige um certo tempo de familiarização com os indivíduos cujos comportamentos, acções ou epistemologias se pretende analisar, quando dependemos, até certo ponto, de instituições, tudo se torna mais moroso e complexo.

Que a análise científico-social de áreas ligadas com a saúde apresenta objectos para cuja investigação é necessária alguma “ginástica” ou “jogo de cintura” não é novidade. Aquilo que pode provocar alguma ansiedade ou frustração num investigador é a falta de interesse e disponibilidade por parte de profissionais de saúde ou indivíduos para participar no seu estudo. Imagino que os factores que influenciam a “disponibilidade” são inúmeros, e imbricados numa teia de processos que poderão ser tantos quantos os tratados neste estudo.

Após dois meses de tentativas de contactos, consegui por fim estabelecer um protocolo informal de investigação com uma clínica de alguma dimensão em Lisboa, na qual fui bastante bem recebida. O protocolo consistia na entrevista à directora da unidade de RMA e na entrevista a pacientes. Não podendo permanecer muito tempo na clínica (por motivos alheios à minha vontade), informavam-me quando havia consultas de pacientes dos PALOP e eu arrancava para o local. Chegada à unidade de medicina da reprodução, vestiam-me uma bata, entrava para um gabinete que estivesse disponível e realizava a entrevista ao(s) paciente(s) em questão.

Após verificar, entre entrevistas informais, pedidos de informação e contactos frustrados que o número de pacientes dos PALOP que se dirigem ao nosso país é bastante reduzido, decidi contactar várias clínicas por e-mail, no Norte do país (até aqui a investigação era centrada em Lisboa). Efectivamente obtive mais respostas nessa sessão de contactos, que confirmaram as minhas suspeitas: o número de pacientes oriundos dos PALOP é muito reduzido, resumindo-se a um ou dois casais por ano, por unidade de RMA.

Não conseguindo mais informação de clínicas além das que recebera, tive de procurar uma forma de contactar com a unidade de medicina da reprodução de um grande

hospital público de Lisboa. Já derrotada na insistência com recepcionistas e secretárias, contornei a questão pela via informal e consegui finalmente uma marcação de reunião.

Numa 3ª feira pela manhã dirigi-me à unidade de RMA do referido hospital, onde as pessoas mal cabiam na sala de espera. Consegui falar com uma médica enquanto esta transitava de uma sala de consulta para outra. Após uma conversa cuja conclusão foi a incapacidade daquela para me ajudar, fui redireccionada para o director clínico. O que o director do serviço me disse foi que basicamente seria impossível ajudar-me, que não tinha conhecimento de material que me pudesse auxiliar na investigação e que, mesmo a nível europeu, ainda era um tema em desenvolvimento sobre o qual havia muito poucas evidências.

O contacto individual com instituições apresenta-se como uma tarefa difícil, especialmente se forem instituições ligadas à biomedicina, onde os profissionais detêm um poder e tipo de conhecimento alheio à maioria das pessoas e um grande poder de agência dentro a hierarquia hospitalar. Esta hierarquia determina até que ponto é possível contactá-los e falar com eles e a forma como o podemos fazer. Também a forma como é possível abordar os pacientes e onde nos é permitido abordá-los se vê condicionada pela escolha que parece mais indicada aos médicos e mais integrada nos signos comuns do sistema sanitário. Assim, visto que a procura de pacientes foi condicionada por um mediador institucional, como as clínicas ou hospitais, a forma de estabelecer contacto com os mesmos foi também determinada por esse mediador (desde o tempo das entrevistas, ao local, passando pela forma como me apresentava ao falar com os pacientes).

Diante do panorama geral da investigação, decidi mudar um pouco o rumo da pesquisa. Assim o que aqui se tenta é colocar questões, mais do que chegar a conclusões específicas, pois, não obstante a escassez de pacientes, eles existem e vêm cá por razões concretas, ou não vêm cá por outras. Decidi, portanto, mudar as questões que coloco ao material que recolhi e analisei: Quais as razões que levam indivíduos dos PALOP a procurar tratamentos para a infertilidade em Portugal? Quais os países que podem constituir hipóteses mais atractivas para realizar este tipo de tratamento? Qual a ligação da escolha do local para onde viajam com outras dimensões que influenciam a sua vida: possibilidades económicas, redes informais de contactos no estrangeiro, contingências históricas ou linguísticas entre o seu país e o de acolhimento?

A infertilidade é só por si algo que afecta o *bem-estar* de indivíduos, mas é também uma dimensão acerca da qual a informação institucional e estatística é pouco actualizada e pobre.

O espaço de tempo necessário para uma investigação deste tipo teria de ser maior, os atritos e imprevistos numa investigação tornam-se obstáculos num estudo com um tempo limitado.

O que procuro no presente estudo, é dar inteligibilidade a discursos institucionais e individuais (e aos princípios em que se apoiam) relativos à questão da “mobilidade terapêutica reprodutiva”, para que possa posteriormente ser feita a ponte entre estes e os processos sociais e políticos ligados ao fenómeno analisado.

### **Estrutura da Dissertação**

A apresentação da presente investigação estará organizada em quatro capítulos: no primeiro capítulo será apresentado e explicado de forma mais extensa o “estado da arte” relativo o tema tratado e ao seu enquadramento teórico.

No segundo capítulo será feita uma introdução aos procedimentos terapêuticos que podem estar envolvidos na RMA. Posteriormente, será identificado e descrito o contexto tecnológico e legal em que estas práticas se desenrolam e desenvolvem em Portugal. Será feito um enquadramento do nosso país relativamente ao resto da Europa, em termos científicos, legais e de custos dos tratamentos.

No terceiro capítulo será apresentada uma reflexão onde a dimensão prática da investigação e a teoria serão associadas, criando questões e hipóteses acerca da morfologia do fenómeno da “mobilidade terapêutica reprodutiva” em Portugal. Serão abordados, mais aprofundadamente, países que poderão constituir uma alternativa a Portugal na procura de tratamentos de RMA por pacientes dos PALOP, como a África do Sul, Espanha ou Brasil. Serão apresentadas as dimensões jurídicas, económicas e sociais que podem fazer com que estes países se tornem atractivos como destino de pacientes internacionais em comparação com Portugal.

Serão abordadas, com base em publicações e em dados etnográficos, experiências pessoais e sociais da condição de infértil nos PALOP, África Subsariana e Europa; serão também abordadas experiências de incorporação de tratamentos de RMA.

No quarto e último capítulo, serão apresentadas as principais conclusões da investigação e propostas novas perspectivas para investigação futura.

## Capítulo I

### Revisão da Literatura

A morfologia das relações entre a sociedade actual, a tecnologia e a genética tem sido abordada e debatida em várias publicações de diferentes disciplinas. Os domínios da RMA e das redes internacionais de circulação de bens e pessoas cujas movimentações são apelidadas de “turismo médico” fazem parte desse universo de estudo e produção teórica pluridisciplinar. Para a elaboração da presente investigação foi necessária uma articulação entre publicações existentes, associada a uma pesquisa legislativa e de políticas que reflectem as preocupações actuais com as novas tecnologias reprodutivas. Assim, neste capítulo apresenta-se um enquadramento teórico da investigação.

A antropologia revelou desde cedo um interesse pela forma como as sociedades ditas exóticas se relacionavam com a doença e o sofrimento, sendo Rivers (1906) um pioneiro neste tipo de abordagem, num período em que começavam a ser lançados os primeiros olhares para uma nova área de interesse, relacionada com a saúde. A partir da década de 1960, começam a surgir novas perspectivas e lançam-se as primeiras pedras na construção da sub-disciplina da antropologia médica. Fassin (2007: 252) refere a existência de dois ramos essenciais na construção daquilo que hoje conhecemos como antropologia da saúde ou antropologia médica:

“On the one hand, it has been sub-divided into a number of specific areas, from ethnomedicine and ethnopharmacology to anthropologies of the body, of illness, and of suffering. On the other hand, it has taken up and reformulated the broader questions of anthropology (...). As a result, the landscape it has painted, in France in particular, is remarkably diverse in both its objects and its fields of inquiry, and less distinct from the discipline of anthropology as a whole.” (Fassin 2007: 252).

Acrescentam-se às dimensões referidas por Fassin (2007), tendências como a antropologia médica aplicada e antropologia médica crítica, muito desenvolvidas nos EUA e no Reino Unido (ver Farmer e Castro 2007: 43 e Frankenberg 2007: 193-195).

Actualmente vários autores dentro da área da antropologia médica, ou da saúde, trabalham sobre os efeitos das novas tecnologias e investigação genética na sociedade em geral (por exemplo, Franklin 1997, Strathern 1991, Lock 2002, Rabinow 1997, Bauman 2003, entre vários outros autores). Uma das vertentes deste tipo de investigação, que relaciona sociedade e tecnologia, dando conta das novas possibilidades e fenómenos sociais que essa relação acarreta, é o estudo da reprodução humana e do papel das novas tecnologias reprodutivas na medicina da reprodução. Existem novas soluções para a incapacidade de ter filhos, propiciadas pela RMA, mas existem inúmeras outras dimensões que a atravessam, incluindo novos fenómenos como a “mobilidade terapêutica reprodutiva”, que serão explorados ao longo do capítulo.

A infertilidade apresenta-se como um conceito central para a presente investigação, especialmente na forma como Amélia Augusto (2009) a adjectiva: “A infertilidade não é apenas um estado biológico, é também uma construção social.” (Augusto 2009:46).

A incapacidade de ter filhos, como outros problemas fisiológicos, é atravessada por um número de processos que transcendem o corpo biológico. Para além do aspecto físico, existem diferentes representações e experiências ligadas à infertilidade, fruto de determinadas pressões e valores que dentro de cada sociedade, existem em relação ao parentesco e à construção de uma família (ver Silva e Veloso 2009, Inhorn e van Balen 2002, Culley, Hudson e Van Rooij 2009 ou Tremayne 2006). As técnicas de Reprodução Medicamente Assistida como a inseminação artificial; a fertilização *in vitro*; a injeção intracitoplasmática de espermatozóides; a transferência de embriões, gâmetas ou zigotos, o diagnóstico genético pré-implantação, e a criopreservação de material genético (embriões e gâmetas), vêm trazer uma nova oportunidade de reprodução a casais que anteriormente apenas podiam reconhecer a sua condição de inférteis, sem poder solucioná-la.

Desde o nascimento do primeiro bebé fruto de um tratamento de fertilização *in vitro* (FIV), em 1978, que o paradigma da RMA mudou (Inhorn e Birenbaum-Carmeli 2008: 178), e foram aceites as capacidades técnicas da ciência para tentar solucionar problemas que eram aparentemente condições naturais impossíveis de ultrapassar, dando lugar a novas possibilidades de escolha (Strathern 1991: 1013). Hoje, como refere Helena Machado (2009), o olhar sobre a sociedade implica cada vez mais uma consciência da “...constituição simultânea da ordem natural e da ordem tecnológica.”

(Machado 2009: 9). As novas tecnologias reprodutivas são um dos terrenos que fundem estes dois universos, revelando por um lado o reducionismo do essencialismo genético (Silva 2009) e a necessidade de enquadrar estas práticas terapêuticas num universo social mais vasto, que é aqui caracterizado a partir de conceitos elaborados por autores como Paul Rabinow (1996), Zigmint Bauman (2003) e Giberto Velho (2003).

Paul Rabinow (1996), centra a sua análise nas práticas da vida como o *locus* actual mais impregnado de novos conhecimentos e poderes. Analisando as potencialidades científicas e sociais do projecto do genoma humano, refere que existem empresas e instituições adjacentes nas quais e através das quais novos entendimentos, práticas e tecnologias da vida e do trabalho serão articuladas, principalmente na indústria biotecnológica. De facto, para além das novas oportunidades e escolhas permitidas pelas técnicas de RMA (ver Strathern 1991), nascem novas questões éticas e políticas e novos espaços de actuação individual. De forma semelhante àquilo que acontece com o projecto do genoma humano e as novas investigações que propicia no domínio da genética (Rabinow 1996: 98) também as RMA vêm acrescentar novas dimensões à forma tradicional de ver a infertilidade e a família (Inhorn e Birenbaum-Carmeli 2008:178), capacitando novas formas de intervenção médica (Augusto 2009:47) e novos fenómenos sociais como a deslocação de indivíduos entre países com o objectivo de realizar tratamentos de RMA.

A associação de um sistema mundial globalizado (no qual o capital económico equivale ao capital social) a uma evolução tecnológica contínua desencadeia processos cujas consequências nos são desconhecidas. Bauman fala-nos da globalização (ou *mondalization*. Ver Bauman 2003: 14) como um agregado global de desenvolvimentos realizados a velocidades muito diferentes e que tem como consequência um hiato entre a política e a economia, bem como a sensação de uma ausência de controlo sobre a abstracção das lógicas de mercado. A nível cultural, não podemos negar que a globalização é um processo dialéctico, no qual existem apropriações particulares daquilo que circula mundialmente, havendo uma interdependência entre o local e o global (Bauman 2003:14). Tsing (2005) aborda um ângulo da globalização especialmente interessante para a presente análise. A autora avança com o conceito de *fricção* (*Friction*), como designação da forma como se dão conexões globais entre diferentes sociedades e indivíduos e das negociações entre diferentes valores, acções e perspectivas daqueles. Assim, o universalismo, ou universalismos, globais não

existiriam se não fossem manifestações de formas específicas em encontros práticos e conexões globais (científicas, políticas ou sociais) (Tsing 2005: 8-9). Também Beck (1998) aborda dimensões da globalização relevantes para o presente estudo. Não abordando esse aglomerado de fenómenos como algo que se impõe à sociedade, o autor toma-o como uma espécie de horizonte mundial caracterizado pela diversidade que integra e que só se mantém através da actividade e comunicação humana contínuas (Beck 1998:31). Na abordagem da “terapêutica reprodutiva transnacional” será utilizada uma articulação entre as perspectivas destes autores.

Novos meios são criados para atingir determinados fins e surgem novas oportunidades e desigualdades dentro das configurações das sociedades. Gilberto Velho (2003) desenvolve dois conceitos assaz úteis para a compreensão de fenómenos biográficos na modernidade, que se aplicam também ao turismo médico: o conceito de *projecto*, baseado em Schütz (1967), que denota as condutas organizadas para atingir finalidades específicas e, o conceito de *campo de possibilidades* (conceito que se aproxima ao de *habitus*, de Bourdieu (1977: 72)) que constitui o espaço para a formulação e implementação de projectos (Velho 2003: 40). Entre as novas configurações biográficas individuais possíveis na contemporaneidade, existe um processo de naturalização da tecnologia potenciadora de novas formas de socialização (ver Rabinow 1996: 98, Pálsson 2007: 2-3), entre as quais as ligadas à biomédica e ao processo de fusão entre identidades e tecnologia a que Rabinow chama *biosocialização* (*biosociality*. Ver Rabinow 1996: 99). O conceito representa a infiltração da tecnologia nas relações humanas de formas imprevisíveis, criando novos tipos de interacção e de autoprodução mediados pela tecnologia naturalizada (ver Rabinow 1996:99 ou Pálsson 2007: 2-3).

É neste domínio que podemos enquadrar os movimentos internacionais de indivíduos na procura de um tratamento de RMA (ver, por exemplo, Bergmann 2007: 3-4): nascem novos poderes e margens de manobra que tiram partido de vazios legais ou regulações inexistentes e de um mundo, impregnado de interacções e conexões globais desiguais e realizadas a diferentes níveis (ver Tsing 2005), no qual o poder económico pode comprar quase tudo (ver Pennings 2002: 338). Os mercados e a noção de propriedade já não se limitam a objectos, cada vez mais os corpos humanos entram neste processo (ver Scheper-hugues e Wacquant 2002).

Para além dos aspectos gerais da conjuntura actual do chamado “turismo médico”, devemos ter em conta a forma como os indivíduos o vivem na pele. Como refere Boltanski (1975), o corpo da análise sociológica não é o mesmo corpo que estudam outras ciências, entre elas a médica ou genética. Para além do seu lado biológico, o corpo é também composto pelas representações e usos sociais que os indivíduos dele fazem. Estas representações e usos são, em parte, fruto das contingências sociais e económicas presentes no quotidiano (Inhorn e Birenbaum-Carmeli 2008: 179-180, Thompson 2009:435, Fassin 2007:260). Existe uma diferença clara na recorrência à biomedicina por parte de indivíduos em diferentes situações. O sistema capitalista no qual vivemos e a privatização crescente da medicina (em determinados países europeus, como a França, ou nos EUA, entre outros) iluminam as desigualdades estruturais existentes e a forma como os indivíduos vêem os seus corpos (ver, por exemplo Fassin 2007:262). O caso dos fenómenos de movimentação de pessoas do seu país para outro para a realização de tratamentos de RMA, reflecte estas mesmas desigualdades. Apenas alguns, na maioria aqueles que têm poder sócio-económico para isso, têm a possibilidade de procurar tratamentos inovadores (ou mais baratos e em melhores instalações) para a sua condição, noutros países (ver, por exemplo, Pennings 2002: 338).

As desigualdades existem a vários níveis: dentro do próprio país e entre os indivíduos que conseguem ir ao estrangeiro procurar soluções mais eficientes para a infertilidade, e os que não possuem uma condição sócio-económica que lhes permita essa mobilidade (ver Pennings 2002:338). É certo que neste caso o quadro se apresenta de forma mais complexa, os constantes fluxos paralelos do turismo médico global criam a necessidade de analisar novas relações e visões do corpo (ver Lock 2002 e Tober 2002), sempre com a consciência de que existem vários grupos de poder de agência e conhecimento em jogo: o dos pacientes, o dos profissionais médicos e o das instituições políticas, nacionais e internacionais que afectam os anteriores. Estabelece-se assim uma dialéctica entre o *projecto* individual de quem tem capacidade para tal (Velho 2003), o poder e discursos médicos, a crescente medicalização da sociedade, e a legislação que tenta regular as práticas de clientes e prestadores de serviços (ver Bauman 2003).

A partir da patologização da infertilidade (Augusto 2009; Fathalla 2002) criaram-se novas possibilidades de acção para aqueles que padecem desta condição e novos processos de legitimação da intervenção médica através das novas tecnologias

reprodutivas. Fathalla, no relatório da Organização Mundial da Saúde de 2002 sobre aspectos médicos, éticos e sociais da RMA, fornece-nos a definição de infertilidade segundo a instituição: algo que afecta o *bem-estar* físico e psicológico dos indivíduos, dando-lhes direito, de acordo com as suas liberdades e com os recursos disponíveis, a procurar um tratamento adequado ao seu problema (Fathalla 2002: 5-6). Referindo-se ao sofrimento inerente à infertilidade e à forma como afecta o bem-estar dos indivíduos, o autor acrescenta:

“Health, as defined in the constitution of the World Health Organization, is not merely the absence of disease or infirmity. It is a state of complete physical, mental and social well-being. Patients do perceive the suffering from infertility as very real.”(Fathalla 2002: 5).

O sofrimento derivado da incapacidade de ter filhos, especialmente em indivíduos provenientes de sociedades com uma forte valorização simbólica e social da reprodução<sup>4</sup> faz com que, aqueles que podem, recorram a tratamentos no exterior quando não os encontram no seu país. O estigma projectado em certos países em vias de desenvolvimento nas mulheres ou homens inférteis (Inhorn e van Balen 2002:7-8, Daar e Merali 2002: 16) tem consequências graves na sua vida social e familiar. A acrescentar a esta situação, vários países nos quais prevalecem valores familiares e pressões para a reprodução, possuem menos recursos tecnológicos de RMA e os tratamentos não são acessíveis a todos (como o caso de certos países em desenvolvimento, em especial da África Subsariana. Ver Inhorn e van Balen 2002: 11 ou Hörbst e Schuster 2006).

Centremo-nos na situação da infertilidade na região africana a sul do Saara. Daar e Merali, no relatório da OMS (2002: 16) referem que esta zona (à excepção da África do Sul) tem as maiores taxas de infertilidade do mundo, com especial incidência de infertilidade secundária<sup>5</sup>: casais inférteis entre os 10% e os 25%, dos quais 30% a 40% são homens, cerca de 55% são mulheres e 10% a 15% não conseguem ter filhos por razões desconhecidas. As causas principais de infertilidade nesta área são doenças

---

<sup>4</sup> Também a reprodução pode ser considerada um projecto segundo a definição de Gilberto Velho, e a impossibilidade de realizar este projecto “naturalmente” faz com que os indivíduos tirem partido do seu campo de configurações possível, criando uma nova opção: realizar um tratamento de RMA.

<sup>5</sup> Incapacidade de ter filhos depois de já ter abortado ou dado à luz (Giwa-Osagie 2002:22).

sexualmente transmissíveis e infecções com elas relacionadas, associadas por vezes, a condições higiénicas precárias (Giwa-Osagie 2002:22). Giwa-Osagie (2002:23) refere que as unidades de RMA estão normalmente incorporadas em clínicas privadas ou fundações e que na maioria dos países não existe um sistema de comparticipação dos tratamentos, tendo os indivíduos que sustentar as despesas, algumas vezes com o auxílio económico da família (Giwa-Osagie 2002: 26, ver também, por exemplo, Hörbst 2006: 41).

Os países aqui em questão, da África Subsariana em geral, e PALOP em particular, são regiões onde existe uma forte pressão social para a reprodução (Giwa-Osagie 2002: 21). Gerrits e van Balen (2001: 216) referem que nos países em desenvolvimento (nos quais podemos incluir vários países da África Subsariana), as consequências da infertilidade são mais agressivas que nos países ditos desenvolvidos. A Infertilidade pode criar problemas sérios, desde a exclusão social, estigmatização, atribuição de conotações simbólicas negativas (como associação da mulher à bruxaria ou ao demónio) ou violência doméstica, até ao abandono da mulher por parte do marido, ou assunção por parte daquela da condição de segunda mulher num casamento poligâmico (Gerrits 2002: 233-234, Giwa-Osagie 2002a: 50, Hörbst 2006: 38-39).

No entanto, o tipo de consequências sociais ligadas à infertilidade difere, entre outras razões, consoante o tipo de sistema de parentesco vigente (Gerrits e van Balen 2001:216). Em sociedades patrilineares é essencial para a mulher e para a consumação do seu papel social ter filhos, especialmente do sexo masculino (Giwa-Osagie 2002a), por nomearem com o seu apelido a geração seguinte e herdarem o património da família (Giwa-Osagie 2002a: 50). Já em sociedades matrilineares, como os Macua de Moçambique (Gerrits e van Balen 2001, Gerrits 2002), os homens são tão afectados pelo estigma da infertilidade como as mulheres, sendo a pior consequência serem considerados impotentes (Gerrits e van Balen 2001:216). Neste tipo de sociedades, a mulher sofre também as vicissitudes de não poder ter filhos, mas atribuição de culpas e estigmatização funcionam de forma distinta das sociedades patrilineares (Gerrits 2002: 234). O nome familiar que passa de geração em geração é o da mulher, e os bens circulam dentro da linhagem matrilinear. O marido sofre tanto, ou mais as consequências de não conseguir ter filho, o facto de não conseguirem reproduzir-se ou a

“incompatibilidade sexual”<sup>6</sup> são razões suficientes para um pedido de divórcio por parte da mulher (Gerrits 2002: 238-239).

Outro factor que possivelmente contribui para a infertilidade é a manutenção de relações sexuais com vários parceiros (para as mulheres com fins económicos, ou em rituais de aumento de fertilidade e, para os homens, no período de abstinência sexual do casal após o parto), que dá muitas vezes origem a infecções sexualmente transmissíveis, potenciadoras da incapacidade de procriar (Gerrits 2002: 240).

Os estudos relativos à infertilidade na África Subariana e o exemplo dos Macua de Moçambique, revelam a complexidade e diversidade dos processos sociais, culturais e médicos (tradicionais ou biomédicos) que a envolvem. Generalizando, Giwa-Osagie refere que:

“The past two decades of the 20<sup>th</sup> century have seen the interplay of traditional and modern concepts regarding infertility in Africa. Evidence supports the conclusion that traditional African society recognized that infertility could be due to female or male factors and that the society had its own remedies, however scientifically imperfect, for infertility. The advent of western education, urbanization and the rural to urban migration has had an impact on the perception and management of infertility in Africa.”(Giwa-Osagie 2002: 52).

Farmer e Castro (2005) falam da situação da SIDA no Haiti, das desigualdades e violência estrutural exercida sobre a população do país. Como o Haiti, existem regiões que se encontram dependentes da ajuda humanitária comprometida com o Banco Mundial e intervenções determinadas pelo princípio de efectividade/custo. Também no caso da infertilidade as desigualdades no acesso ao tratamento são claras, principalmente em países subdesenvolvidos e com poucos recursos disponíveis para a população em geral (Vayena et al. 2002, Gerrits e van Balen 2001). Nestes casos, à estigmatização da infertilidade, acrescenta-se a extrema desigualdade ou impossibilidade total de acesso aos tratamentos, denunciada pelo poder económico daqueles que deixam a sua casa para tentar a sua sorte noutra país. Para além destas possibilidades de projectos de vida desiguais (Velho 2003), a exploração dos corpos de indivíduos sem capacidades financeiras torna-se comum, através de processos como a

---

<sup>6</sup> Segundo a caracterização da mesma feita pelos curandeiros tradicionais (ver Gerrits 2002: 238-239).

maternidade de substituição, ou venda de gâmetas e tecido humano (Storror 2005: 310-311, Spar 2006: 35-46).

Sven Bergmann (Bergmann 2007), por exemplo, aborda questões interessantes ligadas à doação de gâmetas, tendo em conta toda a conjuntura da RMA e os novos tipos de pensamento sobre parentesco, negociação de categorias de género e interacção entre pessoas e tecnologia. A análise do autor articula questões ontológicas mais gerais com processos sócio-económicos transnacionais (legais e ilegais) ligados à referida doação de gâmetas, à sua regulação e às deslocações de pessoas a Espanha para a realização de tratamentos de RMA envolvendo dadores. Na sua abordagem, Bergmann utiliza o conceito de *coreografia ontológica*, elaborado por Thompson (2005: 8-11), que se revela de grande utilidade na presente investigação. A *coreografia ontológica* constitui a coordenação dinâmica na RMA de ordens que aparentemente seriam pertencentes a domínios ontológicos distintos (aspectos técnicos, específicos, científicos, emocionais, de género e parentesco, legais, políticos e financeiros) (Thompson 2005:8).

As deslocações de indivíduos a países que não o seu para realizar tratamentos de fertilidade serão aqui abordadas através da expressão “ mobilidade terapêutica reprodutiva”. Esta é apoiada no conceito de “reproductive tourism”, ou mais correctamente *cross-border fertility care*, construído por Pennings (2002: 337), com base na noção de “procreative tourism” avançada por Knoppers e LeBris em 1991: deslocação de candidatos que pretendam utilizar um serviço de reprodução medicamente assistida (RMA) de uma instituição, jurisdição ou país onde o tratamento não está disponível, para outra instituição, jurisdição ou país onde podem obter o tipo de RMA que desejam<sup>7</sup>.

Estes movimentos são condicionados por factores éticos, sociais, religiosos, económicos e legais, sendo que as razões da deslocação variam em cada caso e são muitas vezes determinadas pelo contexto nacional de cada país e possibilidades de movimentação internacional dos pacientes (Pennings 2002:338, Inhorn e van Balen 2002:7-8 e Inhorn 2009:904).

O papel dos estados e da legislação aparecem nestas situações como uma faca de dois gumes. Segundo Pennings (2002) e Storror (2006), o carácter da elaboração de

---

<sup>7</sup> Ver introdução p. 2-5.

legislações, criadas por dirigentes e especialistas, idealmente de forma democrática, nunca são aceites por unanimidade da parte da população. No caso da RMA, a esta incapacidade de aceitação unânime da lei acrescentam-se as margens de manobra existentes devido a vazios legais dos quais os indivíduos tiram partido. A heterogeneidade legal no que respeita à RMA, devida na maioria das vezes a razões religiosas ou económicas (Pennings 2002: 337-339, Inhorn e Birenbaum-Carmeli 2008: 184) associada à circulação de bens, indivíduos e tecidos, capacitada pelo sistema mundial actual, são mecanismos que se tornam viáveis devido à “mobilidade terapêutica reprodutiva” e que, em simultâneo constituem uma das razões da sua existência (Storror 2006: 298-299).

Existem essencialmente dois tipos de opiniões jurídicas no que diz respeito às deslocações de indivíduos com a finalidade de realizarem tratamentos de RMA: A de autores como Pennings (2004), que vêem este tipo de “turismo médico” como criador de um equilíbrio de oportunidades entre indivíduos (Pennings 2004: 2691), perante a imposição de leis nacionais rígidas, com convicções éticas específicas subjacentes. Pennings (2004: 2694 e 2002: 339) assume a “mobilidade terapêutica reprodutiva” como um fenómeno que deve ser regulado através de uma lei livre de convicções morais específicas, baseada no menor denominador comum entre as leis dos vários países envolvidos. Outra opinião é a de autores como Spar (2006: 31-96), que exploram os riscos e problemas derivados da entrada das forças de mercado no domínio da RMA, da realização de tratamentos no estrangeiro, e da venda de gâmetas e maternidade de substituição. A autora acrescenta a necessidade de estabelecer uma regulação mais eficaz destes processos (Spar 2006: 227-228). Os posicionamentos destes autores serão utilizados de forma complementar nesta investigação: se por um lado os tratamentos de RMA no estrangeiro podem solucionar, na prática, situações problemáticas para casais inférteis, por outro, há que ter em conta os riscos do tratamento noutra país e analisar criticamente as dimensões fenomenológicas dos processos deste tipo de turismo médico tendo em conta estas duas dimensões. De facto, aproximando-nos das afirmações de Bauman relativas às novas questões políticas despoletadas pelas realidades do nosso tempo (Bauman 2003: 14); podemos considerar o avanço tecnológico, e os fenómenos sociais que com ele se relacionam, como uma dimensão impregnada de novas problemáticas.

Como surge na apresentação da conferência sobre saúde e *biosocialização*, realizada em Atenas em 2008: “...biological life is no longer viewed as a natural and immutable destiny but rather as a flexible object of social-epistemic planning and administration.” (Grinberg 2008).

Para além das questões mais gerais, ligadas ao âmbito político-institucional, é essencial explorar a experiência individual dos indivíduos e profissionais de saúde face ao tratamento no estrangeiro e ao tratamento de estrangeiros. De acordo com Franklin (1997) dar inteligibilidade a processos de reprodução que vêm trazer novos sentidos e novas relações para espaços onde anteriormente se encontravam concepções diferentes coloca algumas questões. Das problemáticas desenvolvidas pela autora, podemos salientar as formas de “re-naturalização” das novas tecnologias reprodutivas e a discrepância das noções de tratamentos como a FIV, vistos por um lado como uma série de etapas de tratamento e por outro como vivências dolorosas sofridas pelos pacientes devido a falhas e crescentes incertezas (Franklin 1997:103). O conceito de *embodied progress* é utilizado pela autora de forma interessante, aproximando-se talvez de noções como o *bio-poder* de Foucault (2008), e *biosocialização* de Rabinow (1996), para descrever o processo de inscrição nos corpos de tecnologias avançadas, apropriadas pela medicina como “ajudantes” quando a natureza não tem capacidade para cumprir as suas funções (Franklin 1997: 9-10).

A autora aproxima-se do conceito de *biosocialização* na referência à re-naturalização das tecnologias reprodutivas e na forma como capacitam novas visões acerca da intervenção da tecnologia na vida (humana ou não). Num processo que inverte a tendência da basear a *vida* no natural, as tecnologias são naturalizadas como forma de intervenção em algo naturalmente determinado como a reprodução (Franklin 1997: 10). A aproximação ao conceito de *bio-poder* parte do papel de corpos de conhecimento ou especialidade (*discursos*) em práticas reguladoras ou classificatórias. A autora refere a importância destas instâncias de conhecimento na identificação de definições biológicas de patologia que constituem potenciais fontes para a construção cultural do ser humano, da sexualidade, da família e da reprodução (Franklin 1997: 20).

Além das alterações ou modelações ontológicas potenciadas pela tecnologia, e pela sua intervenção na vida, como sucede com a RMA, não devemos esquecer o sofrimento, desgaste e os vários ciclos de tratamentos pelos quais os pacientes têm de passar ao

incorporar essas tecnologias. Se todo o processo da experiência de tratamentos de RMA só por si é desgastante, quando os pacientes se vêm obrigados a sair do seu país para os realizar a angústia ligada à terapia pode ter tendência para se agravar.

A infertilidade é, como referem Amélia Augusto (2009) ou Inhorn e van Balen (2002) um fenómeno multidimensional. Em Portugal, o processo de regulação da RMA deteve-se durante muito tempo (sensivelmente desde a metade da década de 1980 até 2006) num vazio legal preenchido por controvérsias e oposições políticas (Augusto 2009: 48-49). Apenas em 2006 foi criada a Lei da RMA (Lei nº 32/2006) e posteriormente a CNPMA<sup>8</sup>.

Autores como Amélia Augusto, Susana Silva, Luísa Veloso ou Helena Machado (ver, por exemplo, Silva e Veloso 2009, obra que inclui participações das autoras) marcam numa compilação de vários artigos a produção nacional relativa à análise da RMA sob uma perspectiva sociológica. Em diversas publicações, para além da anteriormente referida (por exemplo, Augusto 2004, 2006, 2008 ou, Machado e Remoaldo 2006, 2008, 2009) as autoras colocam questões que se prendem com o tipo de relação que existe entre a ciência, os profissionais de saúde e o poder que detêm como tal; a forma como as suas práticas são reguladas (Lei Nº32/2006) e a forma como a imagem da RMA é construída para o público em geral e para os pacientes em particular.

Embora haja em todas as publicações de carácter científico ou académico uma consciência da existência de fenómenos de movimentação internacional para a realização de tratamentos de RMA, não existe uma abordagem que possa ser utilizada como um mapeamento reflexivo acerca do fenómeno em Portugal. É apenas tido em conta nas abordagens como uma característica genérica da dimensão social e das desigualdades de acesso relativas às novas tecnologias reprodutivas.

As perspectivas desenvolvidas pelas autoras são um solo fértil para uma reflexão sobre questões ligadas às novas tecnologias reprodutivas e RMA em Portugal. Graça Carapinheiro (2007) apresenta-nos o panorama nacional da sociologia da saúde e dos poderes e saberes em jogo (Carapinheiro 2006) dentro das instituições sanitárias nacionais e da biomedicina ocidental (2006). Amélia Augusto centra a sua investigação

---

<sup>8</sup> A CNPMA: Comissão Nacional da Procriação Medicamente Assistida é a entidade responsável pela fiscalização e verificação das práticas médicas ligadas à RMA em Portugal.

na RMA sob várias perspectivas interessantes e úteis para a presente investigação: explora questões gerais acerca da infertilidade como um fenómeno multidimensional, que engloba questões sociais, éticas, políticas e culturais, onde se produzem novos significados e contextos de maternidade e parentesco através da crescente medicalização de áreas da vida que anteriormente não o eram (Augusto 2006). Desenvolve uma análise do papel dos *media* na imagem pública da infertilidade (Augusto 2004) e analisa a forma como operam as noções de risco no domínio médico e no social (Augusto 2008). O seu trabalho mais recente (Augusto 2009) aborda o avanço moroso da regulamentação da RMA em Portugal e os debates, processos e pressões políticas a ele inerentes.

Para além de Amélia Augusto, Susana Silva e Luísa Veloso (2009) abordam questões ligadas à forma como as NTR são utilizadas na sociedade Portuguesa e o seu papel nesse contexto (Silva e Veloso 2009a), bem como questões relacionadas com a doação de gâmetas (Silva 2009: 83). Machado e Remoaldo investigam processos ligados à RMA, à experiência de infertilidade (Machado e Remoaldo 2008, Machado e Remoaldo 2009, entre outros), à genética e biocidadania. Para além destes temas, outra publicação destas autoras foi útil no processo de investigação aqui apresentado, na qual, (Machado, Reis e Remoaldo 2006) falam dos contributos científicos da medicina e das ciências sociais em geral na abordagem e compreensão da infertilidade.

A dialéctica entre as publicações dos autores mencionados, permitiu a construção de uma imagem do paradigma científico-social actual do estudo de questões ligadas à RMA, bem como verificar a escassez de análises dos fenómenos internacionais e ela ligados e do papel de Portugal nesse campo. Assim, a construção teórica do objecto de estudo desta investigação pretende por um lado responder aos desafios de novos debates e perspectivas sobre as RMA e, por outro, explorar o fenómeno da “mobilidade terapêutica reprodutiva” em Portugal. Na abordagem serão articuladas diferentes perspectivas utilizadas pelos autores anteriormente referidos, naquilo que pretende ser uma primeira incursão ao fenómeno no nosso país, tendo em conta as vertentes institucionais, políticas e médicas, e o experiencial subjectivo dos pacientes.

## Capítulo II

### RMA: Contextos de aplicação e regulação na Europa

#### Portugal e a Europa

“When the first baby conceived *in vitro* was born, a completely new frontier was opened up in reproductive medicine...” (Fathalla 2002:3).

As mudanças e fronteiras ultrapassadas pela medicina reprodutiva a que Fathalla se refere, tiveram não só efeitos no domínio científico e na criação de novas oportunidades para casais inférteis, mas também nos domínios especulativo, económico, político e jurídico. Como refere Alejandra Rotania (2003: 16), a tecnologia faz parte de um certo desejo de agir sobre o mundo e sobre os indivíduos, através do conhecimento.

A reprodução medicamente assistida (RMA), e as novas tecnologias que engloba são domínios técnico-científicos em constante mutação, que se desenvolvem constantemente através de novas descobertas e modos de as aplicar clinicamente. Neste capítulo serão apresentadas as principais formas de terapia associadas ao domínio da RMA e do tratamento de infertilidade. Serão também delineados os contextos - médico, institucional e social - em que estes tratamentos se desenrolam em Portugal. Posteriormente será feito um enquadramento do paradigma português da prática médica associada à RMA na Europa. O enquadramento proposto será essencialmente jurídico e centrado nas formas como as leis capacitam, ou não, o desenvolvimento de fenómenos de mobilidade internacional com finalidades médicas em geral e ligadas à RMA em particular.

As principais movimentações transfronteiriças na procura de tratamentos para a infertilidade abordadas neste estudo, são as de indivíduos provenientes dos PALOP. A razão desta opção deve-se ao facto de serem essencialmente indivíduos destes países que constituem, quase por inteiro, o reduzido fluxo de pacientes estrangeiros que realizam tratamentos de RMA em Portugal. Dado o pequeno número de indivíduos estrangeiros que procuram acesso à RMA no nosso país, será feita, em tom hipotético, no capítulo III, uma abordagem de outros locais passíveis de receberem este tipo de pacientes e dos contextos legais respectivos relacionados com as novas tecnologias reprodutivas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (Vayena et al. 2002), os procedimentos de reprodução medicamente assistida são todos aqueles que envolvem o manuseamento de gâmetas ou embriões, com a finalidade de conseguir uma gravidez. Estes procedimentos incluem: Fertilização *in vitro* e transferência transcervical de embriões; transferência intrafalopiana de gâmetas ou zigotos; inseminação artificial (com ou sem gâmetas de dadores); transferência tubária de embriões; criopreservação de gâmetas e embriões; doação de óvulos e embriões e, maternidade de substituição (Vayena et. Al. 2002: IXX). Aos processos enumerados pela OMS, poderemos acrescentar também a ICSI (microinjeção intracitoplasmática de espermatozóides), por vezes utilizada na fertilização *in vitro*.

Os procedimentos acima enumerados podem fazer parte de ciclos de RMA associados de diferentes formas, dependendo de cada caso e mapa terapêutico. Tentarei, em tom de exemplo, explicar as fases e métodos terapêuticos envolvidos num ciclo de tratamento. Para tal, devemos começar com as possíveis causas para a infertilidade, considerada aqui, de forma análoga à maioria das publicações sobre este tema, como a incapacidade de procriar após, pelo menos, um ano de relações sexuais sem a utilização de qualquer tipo de contraceptivos (Vayena et. Al. 2002:XX).

A infertilidade pode ser definida de várias formas. Para a identificar, utilizaremos novamente as definições da OMS (Rutstein e Shah 2004: 7). Existem, essencialmente, dois tipos de infertilidade em termos conceptuais: a infertilidade primária, que consiste na incapacidade total de procriar em mulheres casadas, sem filhos, com relações sexuais regulares e que não utilizam contraceptivos e, a infertilidade secundária, que consiste na incapacidade de procriar em mulheres casadas, com relações sexuais regulares, que não utilizam contraceptivos mas que já tiveram um filho, ou uma gravidez (Rutstein e Shah 2004: 7). Para além dos dois tipos de infertilidade anteriormente definidos, as causas da mesma, em termos clínicos, podem ser masculinas, femininas ou desconhecidas.

As causas conhecidas da infertilidade feminina são, segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (APF): o síndrome dos ovários poliquísticos, endometriose, obstrução tubar, muco cervical incompetente, anomalias do cariótipo, patologias uterinas, tumores malignos, malformações anatómicas, gravidez ectópica, abortamentos de repetição, interrupção voluntária da gravidez em condições de higiene e segurança duvidosas e, por fim, auto-anticorpos. (Sousa et al. 2007)

A realização de partos ou interrupções voluntárias de gravidez em más condições de higiene poderão ser uma das causas de infertilidade secundária (ou patológica) em países em vias de desenvolvimento, nos quais se incluem várias regiões de África Subsariana (ver, por exemplo, Larsen 2000: 289):

“A better understanding of the association between parity and infertility may provide clues to determine the extent to which complications at delivery lead to subsequent infertility. (...) if a relatively large proportion of couples became infertile after they had their first child, then this would suggest that poor access to health care during the first pregnancy and delivery, poor resources for midwifery care, possible poor midwifery practices, and a high incidence of complications that cannot be remedied or prevented may be important causes of secondary infertility.” (Larsen 2000:289).

As causas conhecidas da infertilidade masculina são, segundo a mesma fonte (APF): alterações do espermograma, criptorquidia, anomalias endócrinas, anomalias do cariótipo, ejaculação retrógrada, anejaculação, azoospermia obstrutiva, azoospermia secretora, lesões no escroto, tumores malignos e, anomalias anatómicas. (Sousa et al. 2007)

Para as várias causas apresentadas existem diferentes modalidades terapêuticas, cuja complexidade de explicação tornaria demasiado extensa qualquer tentativa de sintetização dos tratamentos. No entanto, existem algumas fases gerais na maioria das terapias que parece importante descrever.

Um tratamento básico da RMA começa pela realização de vários tipos de exames de diagnóstico, que podem durar meses. Para além da morosidade dos processos de diagnóstico em geral, o facto de os exames estarem, por vezes, ligados ao ciclo menstrual da mulher tornam o processo mais demorado. Em segundo lugar, são feitos tratamentos hormonais de indução da ovulação<sup>9</sup>. Se não for concretizada uma gravidez sem FIV<sup>10</sup>, é realizado um ciclo de hiperestimulação controlada dos ovários, de indução da maturação ovocitária e da ovulação. Os folículos ováricos são aspirados e é realizado

---

<sup>99</sup> No caso da causa de infertilidade ser feminina e relacionada com problemas na ovulação.

<sup>10</sup> Em casos onde a causa de infertilidade seja masculina; em casos onde a estimulação ovárica e inseminação intra-uterina não terem tido sucesso; ou em casos onde existam outros factores para a infertilidade que impeçam o casal de engravidar sem ser através da FIV.

um tratamento vaginal com progesterona. Simultaneamente às duas últimas etapas, são recolhidos e preparados os espermatozóides. De seguida inicia-se a fase laboratorial de FIV, cuja maturação pode durar de dois a seis dias. O número máximo de embriões que é permitido transferir em Portugal são três (lei nº 32/2006). A frequência dos ciclos de FIV é de 3/3, 4/4 ou 6/6 meses para repouso dos ovários. (Sousa e tal. 2007)

O preço base de um ciclo de tratamento que envolva FIV ronda os 5000 euros, mas há diversas variáveis que podem alterar o preço, desde o local onde é realizado até ao tipo de infertilidade que afecta o casal. Em anexo está uma tabela geral dos preços, fornecida pela Associação Portuguesa de Fertilidade, com a indicação do custo médio de cada procedimento (Anexo 1.p. 90).

As descrições das terapias acima expostas são bastante sintéticas e servem apenas como auxílio informativo para o desenrolar do argumento da investigação, no glossário (Anexo 2.p. 92) encontram-se descrições mais pormenorizadas dos tratamentos apresentados.

Feita uma breve incursão aos possíveis métodos terapêuticos envolvidos na reprodução medicamente assistida, parece necessário definir a forma como estas práticas se desenvolvem e desenrolam em Portugal.

No último registo nacional de procriação medicamente assistida, da Comissão Nacional de Procriação Medicamente Assistida<sup>11</sup> (CNPMA), publicado em 2007 (CNPMA 2007), encontram-se representadas vinte e duas unidades de medicina da reprodução, públicas e privadas. Destes vinte e dois centros, dos quais dois são multinacionais, existem quatro com uma média de menos de cem pacientes por ano; sete com uma afluência entre os cem e os cento e noventa e nove; nove com um número de pacientes compreendido entre os duzentos e os quatrocentos e noventa e nove, e dois com um número de pacientes superior a quinhentos e inferior a mil (CNPMA 2007:1. Ver gráfico 1, p. 47).

A um nível geral, englobando todas as unidades de medicina da reprodução, foram iniciados 1536 ciclos de Fertilização *in vitro* e 2960 ciclos de ICSI, nos quais foram transferidos respectivamente 1170 e 2415 embriões. O número de partos

---

<sup>11</sup>Os dados do presente relatório referem-se ao ano de 2006.

correspondentes a estes dois procedimentos foi de 315 produto de FIV e 548 produto da ICSI, o que corresponde a taxas de sucesso de 20,5% na FIV e 18,5% na ICSI. O número de embriões crio-preservados transferidos (fruto de FIV ou ICSI) foi de 388, em 524 ciclos, dos quais 62 resultaram em parto, representando uma taxa de sucesso de 11,8% (CNPMA 2007:1. Ver gráfico 2, p. 48).

Como referido, os tratamentos de FIV e ICSI podem ser divididos entre tratamentos *a fresco* ou com embriões crio-preservados. Dentro dos tratamentos *a fresco*, o total de embriões transferidos foi de 3585: 622 foi o número de transferências de um embrião, que correspondeu a um total de 75 partos; 2480 de dois, que correspondeu a 676 partos; 476 de três, que originou 111 partos e 7 de quatro, que deram origem a um parto (CNPMA 2007:5. Ver gráfico 3, p. 48). Dentro dos tratamentos com transferência de embriões criopreservados, a transferência de um embrião aconteceu em 87 casos, de onde nasceram 10 crianças; de dois em 288, com 39 partos; de três em 71, com sucesso em 13 partos e de quatro em 2, onde não nasceu qualquer criança ( CNPMA 2007:5. Ver gráfico 4, p. 49)

Os ciclos iniciados com doação de ovócitos foram 15 (CNPMA 2007: 6). Com doação de esperma foram iniciados 236 ciclos (CNPMA 2007:9). A taxa média de sucesso é, segundo o CETI (2010), de 30% a 40% por transferência de embrião, um valor relativamente alto. No entanto, como referido pelo centro, os valores divulgados são variáveis, dependendo em grande medida da idade e caso clínico específico do casal.

A utilização de técnicas de RMA foi iniciada em Portugal em 1985, com os primeiros tratamentos de inseminação artificial intra-uterina, na Faculdade de Medicina do Porto. A FIV, foi introduzida pouco tempo depois, ainda no ano de 1985, com a realização do primeiro ciclo no Hospital de Santa Maria. A primeira criança fruto de RMA nasceu em Fevereiro de 1986. Com o passar do tempo e a constante evolução das técnicas laboratoriais e clínicas, foram sendo introduzidos novos procedimentos, como o Diagnóstico Genético pré-implantação, realizado também pela primeira vez na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (CNPMA 2010).

Perante os números apresentados e com base no relatório de 2009 da ESHRE (referente ao ano de 2005), podemos situar a magnitude da RMA em Portugal dentro do contexto europeu.

De um total de 20 clínicas existentes em Portugal em 2005, 18 enviaram dados para o relatório europeu. À data, o número de ciclos de RMA iniciados era de 1181 para a FIV e de 2054 para a ICSI. O número de ciclos iniciados em Portugal situa-se abaixo da Bélgica, França, República Checa, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Itália, Noruega, Polónia, Rússia, Espanha, Suécia, Suíça, Holanda, Turquia e Reino Unido (ESHRE 2009:3. Ver gráficos 5 e 6, p. 50). Os números são no entanto relativos e dependem de uma série de factores económicos, legais e sociais dos quais não podemos dar conta através de estatísticas. Para além de outro tipo de razões, o número de clínicas e a sua dimensão variam bastante. Portugal tem uma dimensão pequena relativamente a outros países europeus e ao tamanho das clínicas e unidades públicas de RMA (ESHRE 2009:5. Ver gráfico 7, p. 51). A dimensão e capacidade económica e tecnológica de cada país afectam, com certeza, a magnitude deste tipo de tratamentos. Se, por um lado os centros de RMA, exigem materiais e tecnologias dispendiosas, por outro, os tratamentos não são acessíveis a todos. A retro-alimentação do ciclo de oferta-procura é, portanto, menor em certos países e maior noutros. Preferencialmente as pessoas procuram os serviços do estado, razão pela qual existem filas de espera morosas em Portugal, e são criados novos protocolos de parceria com o sector privado, associados a políticas de fomento da natalidade (ver projecto *FERTIS*).

Portugal, embora acompanhando a nível tecnológico o tipo de evolução europeia nos tratamentos de RMA é, numericamente, um país com uma actividade médica reduzida na área. Segundo a CNPMA (2010):

“Como é possível objectivar com a análise dos resultados europeus publicados anualmente, Portugal encontra-se num patamar técnico-científico semelhante ao dos países mais desenvolvidos. (...) Em termos quantitativos, tem havido no nosso país algum incremento da actividade nesta área mas ainda insuficiente para responder aos problemas dos casais com indicação para estas técnicas no âmbito da resolução do seu problema de infertilidade. De acordo com os últimos dados disponíveis, em 2005 o número de crianças originadas em tratamentos com PMA representou cerca de 0,9% do total de crianças nascidas em Portugal.” (CNPMA 2010).

Os factores legal e de custo dos tratamentos pode afectar o crescimento da área da medicina da reprodução. A disponibilidade de profissionais especializados e a

existência um maior, ou menor, número de cursos de especialização em RMA pode também influir no crescimento e evolução deste tipo de tratamentos.

As diferentes contingências nacionais, sejam legais, sociais, religiosas ou éticas têm uma grande influência em todas as áreas ligadas com a manipulação genética e reprodução humana. Assim, a heterogeneidade legal Europeia, associada um conjunto de valores nacionais específicos, pode despoletar fenómenos associados ao desejo dos casais resolverem problemas de infertilidade<sup>12</sup>. (ver, por exemplo, Pennings 2002).

A maioria das regulações dos estados europeus relativamente à RMA, foi influenciada pelo Relatório da Comissão Warnock, realizada em 1984 (Sándor 2009: 25) e pela Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos, adoptada pela UNESCO em 1997. Tal como refere Sándor:

“Apresentar um panorama dos principais modos de regulação legal da RMA na Europa afigura-se uma tarefa complicada, sobretudo porque existem diversas visões em torno das questões éticas e de segurança que são suscitadas por estas técnicas.” (Sándor 2009:25).

Procedimentos englobados pela RMA, como a doação de gâmetas, a maternidade de substituição ou a utilização de embriões para investigação genética são alvo de controvérsias e posicionamentos diferentes que conferem ao quadro legal europeu alguma diversidade<sup>13</sup>.

A lei portuguesa da RMA (Lei nº 32/2006) é relativamente recente e, segundo Amélia Augusto resulta de um conjunto de formulações, feitas e refeitas, durante o debate em torno das questões relacionadas com as novas tecnologias reprodutivas e as limitações da sua utilização na procriação humana. (Augusto 2009:45-46).

Na formulação das leis entram efectivamente aspectos que transcendem a prática médica associada à RMA. Começando pela forma como a infertilidade é encarada, pela forma como se constrói socialmente e, pela opinião pública, que acaba por afectar

---

<sup>12</sup> No final do capítulo encontra-se uma tabela comparativa referente ao quadro legal europeu da RMA e aos procedimentos médicos nela envolvidos.

<sup>13</sup> Por razões ligadas aos idiomas específicos de cada país, foi impossível analisar todas as leis referenciadas de forma directa, tendo sido necessário recorrer a artigos e publicações (o mais actuais possível) acerca das mesmas.

alguns posicionamentos políticos. Em Portugal, acrescenta-se participação, ainda que indirecta, da Igreja Católica (Ver, por exemplo Storrow 2006: 306), que tem algum poder de influência em certas matérias.

Augusto refere que a ausência de uma regulação efectiva para a reprodução medicamente assistida criou, por vezes, espaços para a manipulação do debate e dos seus termos e para a definição, na opinião pública e médica das terapias aqui em questão (Augusto 2009: 49). A primeira proposta de lei para a reprodução medicamente assistida foi entregue em 1997 (lei nº 135/VII), privilegiando o laço genético e social de paternidade (Augusto 2009: 49). A lei foi aprovada em 1998, mas com a aprovação final do diploma, acenderam-se novas discussões e opiniões partidárias opostas. As polémicas giravam principalmente em torno da utilização de embriões excedentários, uma vez que, relativamente à doação de gâmetas e maternidade de substituição os posicionamentos eram algo proibitivos na generalidade. A lei aprovada não era fruto de um acordo com a comunidade científica, embora fosse mencionada como tal (Augusto 2009: 51).

A SPMR procurou, então, manter aceso o debate para a formulação de uma lei para a regulação da RMA, propondo além disso a criação do CNPMA, com o objectivo de supervisionar as práticas médicas e regular a concretização de procedimentos de RMA. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNEV) que teve alguma influência da criação da primeira proposta de lei, continuou a exercer pressão, embora de forma menos intensa que a SPMR, para colmatar o vazio legal da RMA em Portugal.

Na ausência de uma regulação oficial, as práticas eram controladas apenas pela consciência dos profissionais médicos dela encarregues. Em 2006, a 23 de Maio, foi finalmente aprovada a Lei nº 32/2006, aceite pela generalidade das entidades e grupos envolvidos. Existem pontos que ainda são debatidos, como a utilização de embriões para investigação ou o tipo de comparticipação dos tratamentos de infertilidade, mas o restante conteúdo do documento foi na generalidade aceite pela opinião pública, comunidade científica e política (Augusto 2009: 54).

A lei actual (lei nº 32/2006 de 26 de Julho) é menos restritiva que as anteriores propostas, no entanto, não é uma lei liberal. A lei é aplicada às seguintes técnicas de RMA: inseminação artificial; fertilização *in vitro*; microinjecção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI); transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; diagnóstico

genético pré-implantação; técnicas laboratoriais de manipulação de gâmetas ou embriões, equivalentes ou subsidiárias.

Em primeiro lugar, a RMA é proclamada como um método subsidiário de procriação, não pode ser utilizado como alternativa ou escolha, e só está disponível para casais inférteis ou para a prevenção de doenças genéticas hereditárias.

As técnicas terapêuticas da RMA só podem ser realizadas em centros oficialmente certificados para esse fim (pelo CNPMA). Só podem recorrer a técnicas de RMA casais heterossexuais casados há mais de um ano ou em união de facto há mais de dois anos. A idade mínima estabelecida para a recorrência a este tipo de tratamento é de 18 anos, a lei não define uma idade máxima mas esta é geralmente estabelecida de acordo com a idade fértil da maioria das mulheres. O sexo da criança não pode ser escolhido através do diagnóstico genético pré-implantação, excepto em determinadas situações como existência de um elevado risco de doença genética, ligada ao sexo da criança, que não possa ainda ser detectada pelo mesmo exame. A maternidade de substituição é proibida, e a mulher que suportar a gravidez é considerada como mãe da criança para efeitos legais.

Não é permitida a criação de embriões para investigação científica, mas podem ser utilizados embriões excedentários, desde que de tal investigação "... possa resultar benefício para a humanidade." (Lei nº 32/2006: 5245), todos os projectos de investigação em embriões têm de ser previamente aprovados pelo CNPMA.

A recorrência a gâmetas de dadores é permitida apenas se o tratamento não tiver sucesso quando realizado com gâmetas do casal que a ele recorre. A compra ou venda de gâmetas está interdita e a identidade dos dadores é mantida em anonimato, não podendo estes ser considerados pais da criança que vai nascer. O médico pode recusar realizar determinados tratamentos, por razões clínicas ou objecção de consciência. Os pacientes têm o direito de ser informados sobre as implicações médicas, sociais e jurídicas do tratamento a que recorrem. É proibida a recolha de gâmetas após a morte do cônjuge. É igualmente proibida a inseminação com gâmetas crio-preservedos se o casal não se mantiver casado ou em união de facto, mas é permitida transferência de embriões *post mortem*, no caso desse desejo ter ficado claramente registado por escrito.

Na FIV, só devem ser criados embriões suficientes para o êxito do processo. Os embriões criopreservados devem ser utilizados nos três anos posteriores à congelação. Após esse espaço de tempo, podem ser doados a outro casal mediante a autorização do casal ao qual pertenciam.

A lei nº 32/2006 sedimenta também as condições e funções a serem desempenhadas pelo CNPMA. Estas englobam, entre outras alíneas: a actualização das técnicas e informação científica sobre a RMA; o estabelecimento das condições em que devem ser autorizados os centros de medicina da reprodução; a fiscalização da actividade dos respectivos centros; a elaboração de pareceres sobre a autorização de novos centros e sobre a revogação de licenças de outros, sobre a constituição de bancos de células estaminais e sobre o material biológico resultante dos mesmos. A CNPMA encarrega-se também da aprovação ou rejeição projectos de investigação que envolvam a utilização de embriões. A comissão deve enviar um relatório anual ao ministério da saúde e à assembleia da república.

A lei portuguesa é bastante rígida e nitidamente baseada na noção da RMA como uma ajuda ao que não é possível mas seria "naturalmente" expectável. Estabelece um posicionamento baseado no parentesco genético como prioridade, impedindo a utilização destes métodos por homossexuais ou pessoas que não vivam como casal.

Em comparação com as restantes leis europeias<sup>14</sup> encontra-se quiçá entre regulações como a italiana (Lei 40/2004), sueca ou alemã, mais rígidas e regulações com posturas mais liberais, como a do Reino Unido (public acts 1990/cap. 37) ou a espanhola (Lei nº 14/2006). As limitações que impõe aproximam-se, por exemplo, da lei francesa (Lei nº 800/2004).

A inexistência de um regulamento europeu relativo à RMA, é efeito e simultaneamente causa da existência de opiniões, por vezes inconciliáveis, acerca das questões éticas que impregnam o universo da investigação genética e da intervenção científica na reprodução humana. A comparação entre diferentes leis de diferentes estados torna-se complexa. Tentarei, no entanto, enquadrar a lei portuguesa relativamente a leis de outros países.

---

<sup>14</sup> Para além das leis citadas, a informação apresentada sobre aquelas às quais, por motivos linguísticos ou por não estarem publicadas, foi impossível aceder, foi retirada de Vega et al. 2004 e Barbosa 2010.

Há uma clara diferença, por motivos ideológicos, religiosos ou éticos, na determinação de quem tem acesso a tratamentos de RMA em cada país, dos procedimentos autorizados (como a escolha do sexo ou as finalidades para as quais se realiza o diagnóstico genético pré-implantação), e do tipo de investigação realizada em embriões (que quando é permitida é na generalidade em pré-embriões até aos 14 dias de idade).

A Espanha e o Reino Unido permitem o acesso geral a tratamentos de RMA, mediante uma avaliação prévia dos pacientes a nível psicológico e físico. Sendo que um tratamento só é realizado com a certeza de que existem as condições de saúde, física e mental, e os meios apropriados para a paternidade ou maternidade. Na Europa<sup>15</sup>, apenas no Reino Unido é permitida a maternidade de substituição de carácter não-comercial. A doação de gâmetas e o acesso a tratamentos por parte de casais homossexuais (maioritariamente do sexo feminino) e mulheres solteiras, além de casais heterossexuais, é permitida dentro de parâmetros de elegibilidade médicos (ver Lei 14/2006, para Espanha e public acts 1990/cap. 37, para o Reino Unido).

A compensação económica dos dadores gâmetas é possível no Reino Unido, desde que esteja dentro de um valor simbólico: por exemplo, um dador de esperma só pode ser compensado por um valor inferior a 15 Libras. No país, o filho do casal que utilizou o esperma de determinado dador tem direito, aos 18 anos, de saber a identidade genética do respectivo dador se assim o desejar. Em Espanha não é permitida a atribuição de compensações económicas aos dadores e a sua identidade não pode ser revelada, excepto em determinadas circunstâncias médicas, se for assim decidido judicialmente. O Reino Unido, à semelhança de Portugal e da maioria dos países europeus, possui um comité nacional regulador e informativo ligado à RMA (Human Fertilisation and Embryology Authority).

Outros países, como Itália, não permitem a doação de gâmetas. Na Áustria, Alemanha ou Suíça é permitida a doação de esperma mas é proibida a doação de óvulos. Países como Portugal, Áustria, Bélgica, Espanha, permitem que a criança que nasça de uma inseminação de um dador obtenha informação genética sobre ele a partir de uma determinada idade, embora o procedimento tenha de ser judicialmente consentido. Na

---

<sup>15</sup> Dentro dos países sobre os quais a informação legal foi consultada.

Suécia, os únicos tratamentos permitidos com doação de esperma são os que não envolvem FIV.

Na maioria dos países os tratamentos estão apenas disponíveis para casais heterossexuais, funcionando como uma “ajuda à natureza” e não como uma alternativa para a realização de um desejo biologicamente impossível. Entre esses países estão a Alemanha, Itália, Suíça, Suécia, Portugal ou França.

Na generalidade dos países o diagnóstico genético pré-implantação é permitido dentro de restrições específicas, como por exemplo a redução da probabilidade de desenvolvimento de doenças genéticas familiares pela criança. A escolha do sexo da criança ou de atributos físicos determinados é proibida em todos os países europeus com uma regulação nacional da RMA.

A questão que, para além da doação de gâmetas e maternidade de substituição, cria mais controvérsia ética é a investigação em embriões. A criação propositada de embriões para investigação científica é proibida em todos os países, a investigação é geralmente permitida dentro de determinados parâmetros. Em países como a Bélgica, França, Finlândia, Dinamarca, Reino Unido, Espanha e Portugal, pode ser realizada investigação em embriões, mediante o controlo e aprovação por parte de mecanismos estatais de regulação e, desde que, daí possa resultar uma contribuição para o progresso científico e bem-estar humano ou melhor conhecimento da infertilidade. Em países como a Alemanha, a Suíça ou a Itália a investigação em embriões é estritamente proibida.

Uma das razões que Guido Pennings (2002) aponta para a existência do fenómeno das movimentações internacionais ligadas à RMA é justamente a associação de legislações nacionais específicas que criam um espaço global de heterogeneidade legal. Esta diversidade de regulações, associada à livre circulação internacional, cria a possibilidade de certos indivíduos procurarem noutro país um tratamento que não podem receber no seu.

Nestes cenários, o papel dos estados e das leis parece colocar-nos numa situação ambígua, como o referem vários autores, entre eles Pennings (2002) e Storrow (2006): a legislação de um país é determinada e definida pelos seus dirigentes, idealmente de forma democrática, nunca podendo ser, em termos práticos, universalmente aceite pela

totalidade da sua população. Por outro lado, no que respeita à RMA existem vários vazios legais, que permitem uma margem de manobra considerável a cada indivíduo. A legislação de cada país referente ao tema difere e, na maioria dos casos, por razões religiosas ou económicas (Pennings 2002: 337-339, Inhorn e Birenbaum-Carmeli 2008: 184). Storrow refere que:

“...globalization makes restrictive laws viable by facilitating the importation of proscribed reproductive choices across borders. (...) fertility tourism is a symptom of globalization triggered by local restrictions on reproduction.” (Storrow 2006: 298-299).

Tendo em conta o tipo de razões legais que pode levar a que indivíduos abandonem o seu país em busca de um tratamento no estrangeiro, Pennings refere que a maioria das movimentações são catalisadas pela procura de doação de gâmetas, seja esta anónima ou não (Pennings 2002: 337). Ora Portugal, ao contrário de Espanha, por exemplo, não se apresenta como um país com um grande grau de desenvolvimento neste tipo de procedimentos, sendo que não existe um banco nacional de recolha de gâmetas, que nem todos os médicos realizam tratamentos que incluam a dádiva de óvulos e que, por vezes, as clínicas se vêm obrigadas a importar esperma de Espanha (Diário Público Online 30/04/2010: notícia nº 22).

A lei e, talvez a influência da Igreja Católica na moral e alguma opinião pública do país, tornam o nosso país uma região discreta no que diz respeito à atractividade que possa apresentar para casais de outros países em busca de tratamentos de RMA no estrangeiro. Este factor associado à ausência de estratégias de publicitação e inserção em redes internacionais virtuais de “turismo médico” como as efectuadas por algumas clínicas de outros países, fazem com que a maioria dos pacientes que se dirigem ao nosso país venha por razões para além das legais.

### **A heterogeneidade legal na RMA: debates e fenómenos internacionais**

A regulação internacional dos processos de RMA tornou-se um tema de debate (Pennings 2002). Entre o comércio internacional de gâmetas, embriões ou mães de substituição, a deslocação internacional de pacientes e a de profissionais de saúde, existem novas dimensões problemáticas e de risco acerca das quais é necessário dialogar. Por um lado, os governos ou instituições reguladoras, tomam posicionamentos

mais tolerantes, diante da impossibilidade de controlar o comportamento das pessoas, por outro, podem adotar posicionamentos rígidos, sem terem em conta a posição de vários grupos sociais. A dimensão íntima da infertilidade e da procura de tratamento, faz com que muitos dos pacientes que procuram tratamentos no estrangeiro não o comentem com muita gente. Se o fizessem, provavelmente haveria uma opinião pública distinta nos países onde as legislações da RMA são mais conservadoras (Pennings 2009: 2-3). A “mobilidade terapêutica reprodutiva” corrobora com a elaboração de leis nacionais restritivas e é muitas vezes fruto das mesmas, numa espécie de retroalimentação subentendida. Por outro lado, Pennings (2004) aborda o debate ente a manutenção da heterogeneidade das legislações europeias *versus* a harmonização legal:

“Everyone who attended any congress in recent years will have noticed the immense variety of rules, regulations and legislation in European countries. Although the call for harmonization has an initial appeal, it may be a siren song leading to more restrictive legislation on reproductive technology” (Pennings 2004: 2689).

A dificuldade de criar leis acerca de temas controversos como os limites da investigação genética ou a RMA, deve-se às fricções<sup>16</sup> entre diferentes visões e posicionamentos éticos referentes àqueles processos. Fica a questão, será melhor a existência de uma lei europeia, enquadrada, por exemplo na Declaração Europeia de Direitos Humanos e Biomedicina, que seria provavelmente feita à imagem das mais conservadoras (cujos formuladores são aqueles que na maioria propõem essa harmonização), ou a manutenção da heterogeneidade actual, que, como Pennings (2004: 2694) refere, constitui uma válvula de segurança para evitar conflitos morais e contribui para uma coexistência de visões éticas e religiosas distintas?

A hipótese de Pennings parece ser a mais sensata, no entanto, há que ter em conta os possíveis riscos em que os pacientes incorrem ao realizarem tratamentos noutros países. Há também que considerar o número de processos de tráfico e comércio ilegal internacional, ligado à compra e venda de gâmetas, embriões e maternidade de substituição e as formas como estes fluxos assumem a mesma morfologia que o tráfico de órgãos (ver Scheper-Hughes 2005). Embora existam poucos dados sobre este tema,

---

<sup>16</sup> Ver referências a Tsing 2005, p. 19-20.

será possível inquirir se parte destas “transacções” se efectuam entre países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento? Entre indivíduos de países com mais capital sócio-económico e indivíduos de países pobres, que vêm na venda de tecidos ou partes dos seus corpos uma forma de sobrevivência económica?

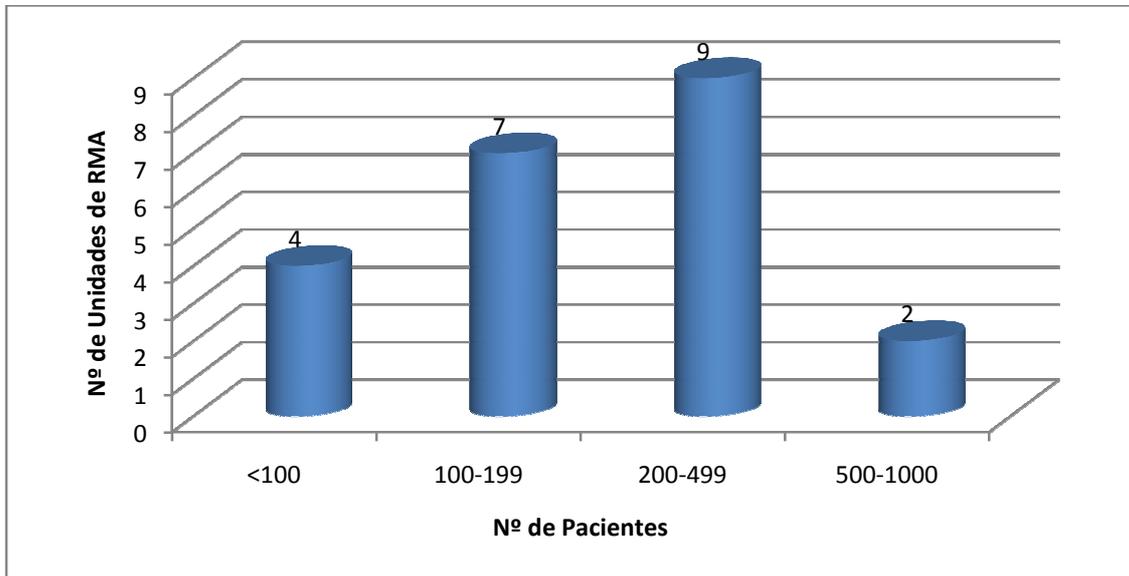
A compra e especulação económica de material genético (ver Storrow 2006: 312) segundo características dos dadores (Ver Spar xii-xiv ou Anyaegbunam 2009), como acontece nos EUA, onde jornais de universidades da Ivy league contêm anúncios de compra de óvulos por milhares de dólares, constitui uma tendência recorrente em certos países. Por um lado, são procurados tratamentos e material genético a baixo preço; por outro, existem universos de especulação económica à volta de tecido humano. A acção humana sobre os indivíduos ligada à RMA desenvolve-se num número infindável de formas, que tornam o controlo internacional sobre as questões com ela relacionadas difícil.

A “mobilidade terapêutica reprodutiva” engloba vários processos legais e ilegais, dependendo das situações. Dado que a infertilidade não é mortal, por vezes é negligenciada na análise social e institucional internacional. As consequências sociais da infertilidade, os limites até onde os indivíduos estão dispostos a ir para consumir o seu desejo, as formas de exploração médica ou comercial desses desejos e limites, parecem conviver numa rede de inter-relacionamentos e conexões das quais as partes integrantes não estão por vezes conscientes. Como refere Storrow:

“For some, the figurative shrinking of the planet betokens increasing global wealth and opportunities for all. Others react with uneasiness, fearing that globalization exacerbates global inequality.” Storrow (2006: 295).

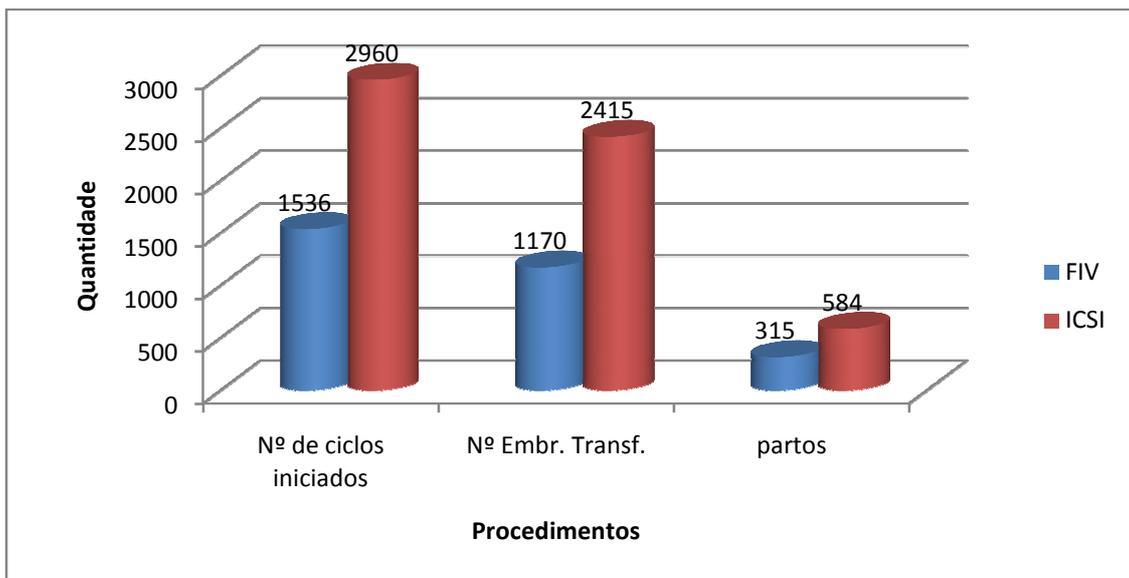
As desigualdades globais existem e continuarão a existir, as desigualdades de acesso a tratamentos de RMA também parecem não ter um fim à vista. Os debates e problemas éticos em torno das novas tecnologias reprodutivas continuarão a existir. Esta conjuntura faz com que fenómenos como a “mobilidade terapêutica reprodutiva” e redes de comércio ou circulação internacionais a ela ligadas não cessem; continuam a desenvolver-se com todos os riscos e novas oportunidades que acarretam e todos os debates e tentativas de regulação que testemunham.

**Gráfico 1 – Dimensão das Unidades de Medicina da Reprodução Segundo o Número de Pacientes em Portugal em 2006**



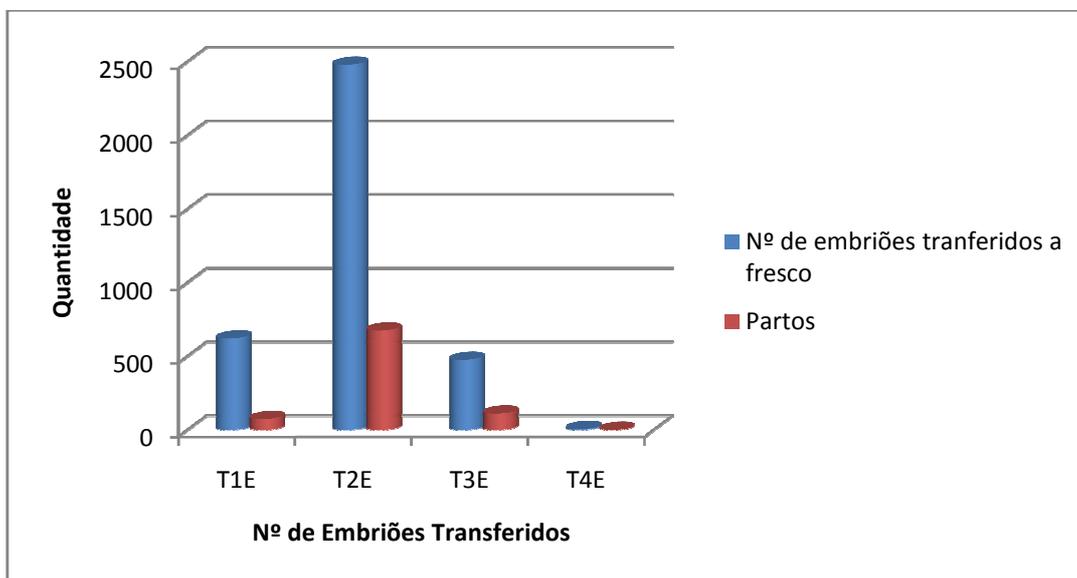
Informação retirada do relatório de 2007 da CNPMA (CNPMA 2007)

**Gráfico 2 – Número de ciclos de FIV e ICSI iniciados, transferências de embriões e partos no ano de 2006 em Portugal**



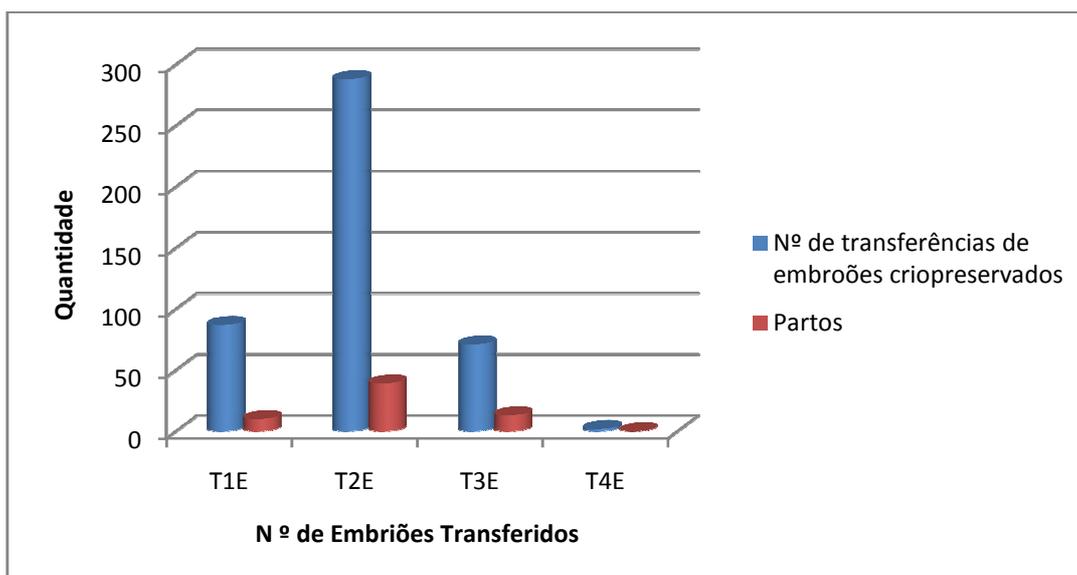
Informação retirada do relatório da CNPMA de 2007 (CNPMA 2007)

**Gráfico 3 - Número de Transferências de Embriões e Partos na FIV/ICSI a fresco no ano de 2006 em Portugal**



Informação Retirada do relatório de 2007 da CNPMA (CNPMA 2007)

**Gráfico 4 - Número de Transferências de Embriões Criopreservados e Partos na FIV/ICSI no ano de 2006 em Portugal**



Informação retirada do relatório de 2007 da CNPMA (CNPMA 2007)

**Legenda gráficos 3 e 4:**

T1E – transferências de 1 embrião

T2E – transferências de 2 embriões

T3E – transferências de 3 embriões

T4E – transferências de 4 embriões

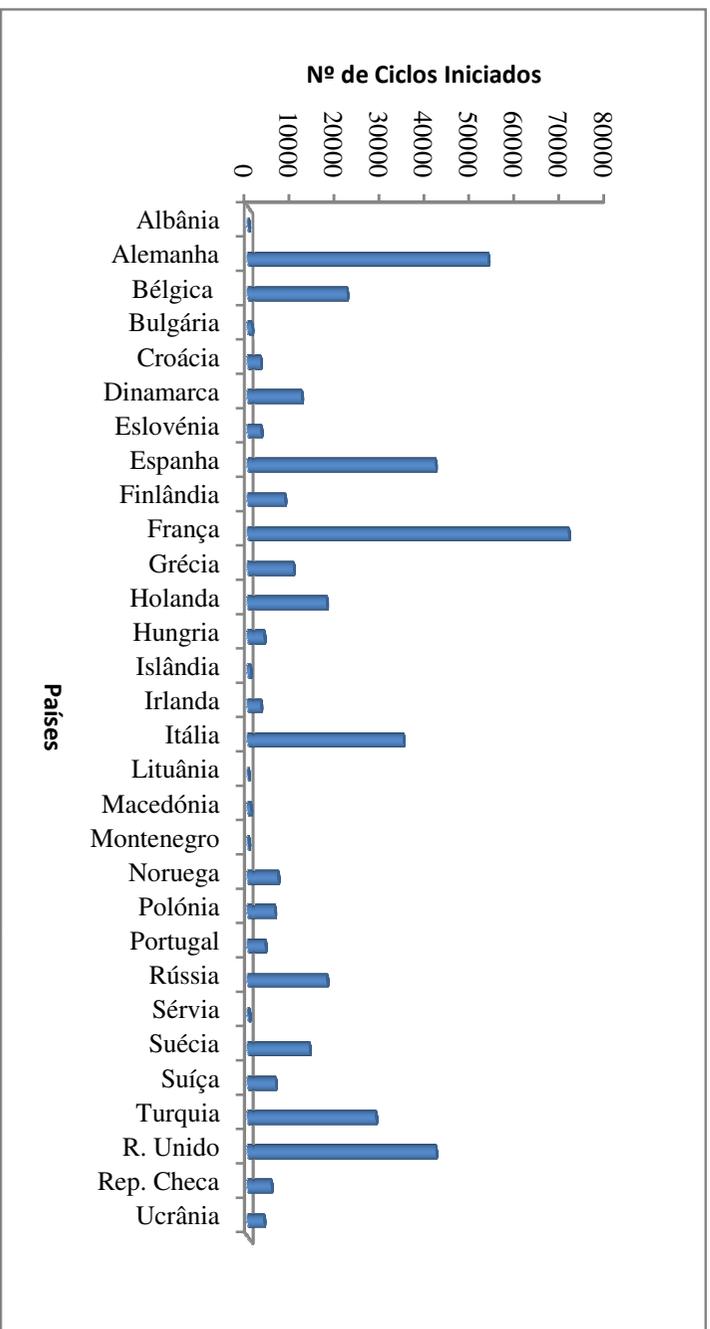


Gráfico 5 - Total de ciclos de tratamento de RMA iniciados em 2005

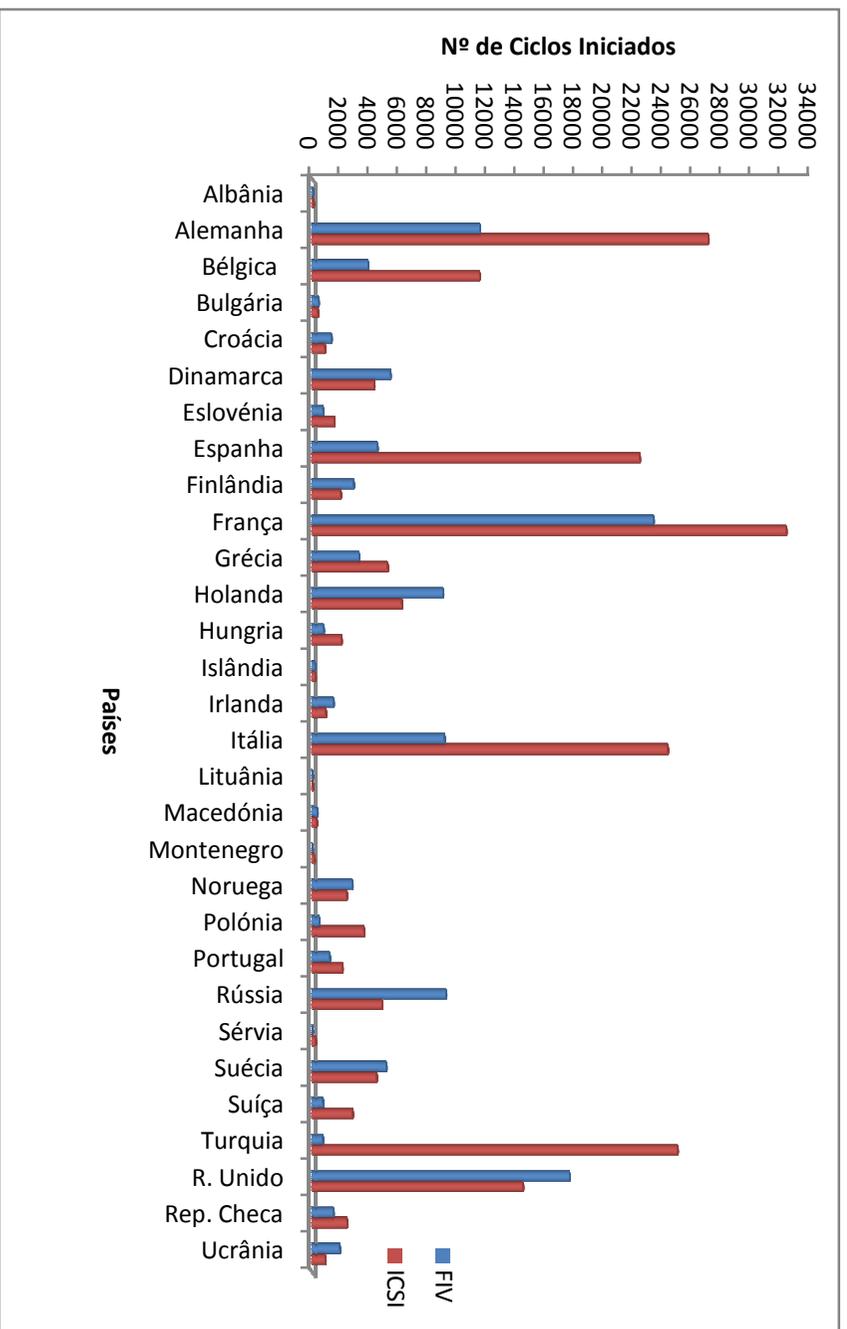
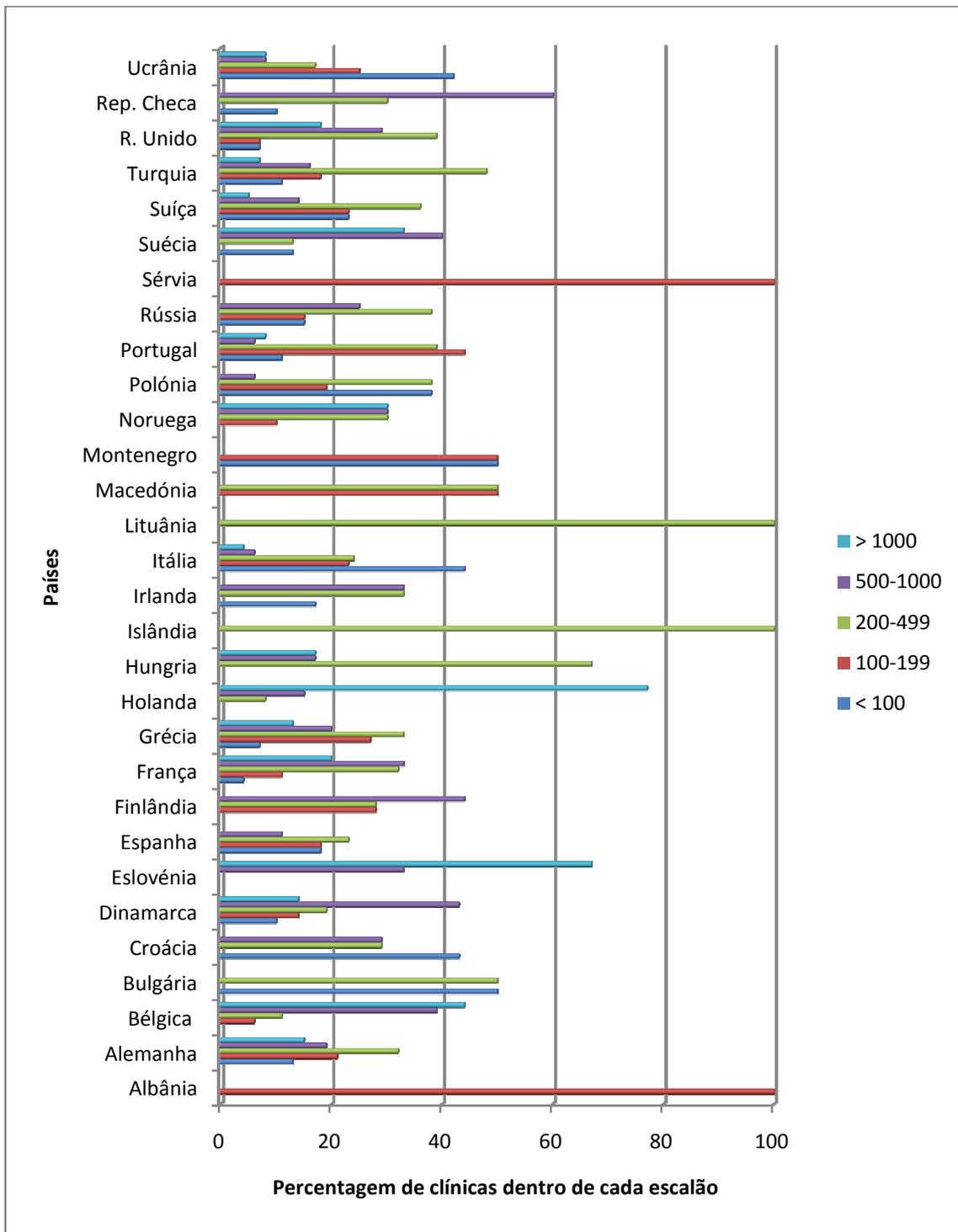


Gráfico 6 - Total de ciclos de FIV e ICSI iniciados em 2005

**Gráfico 7 - Tamanho das Clínicas em Vários países da Europa em 2005 (segundo o número percentual de pacientes)**



Informação gráficos 5,6 e 7 retirada do relatório de 2009 da ESHRE (ESHRE 2009)

**Tabela: Quadro Legal Europeu da RMA**

PAÍSES/LEIS	ACESSO	D. OV.	D. ESP.	ID. G. DADOR	D. EMBRIÕES	CFDG	IUI	FIV/ICSI	MS	DGPI	E.SEXO	IE	IPMC
Alemanha	cs/uf		•			x	•	•	x		x	x	
Áustria		•	•	•			•	•			x		
Bélgica	cs/uf/ch	•	•	•	•	x	•	•			x	•	
Bulgária							•	•					
Croácia	cs/uf/ch						•	•					
Dinamarca	cs/uf/ch		•			x	•	•			x	•	
Eslovénia	cs/uf		•				•	•					
Espanha	cs/uf/ch/ms	•	•	•	•	x	•	•	x	•	x	•	•
Finlândia	cs/uf/ch		•			x	•	•		•	x	•	
França	cs/uf/ch	•	•		•	x	•	•		•	x	•	
Grécia	cs/uf/ch		•				•	•					
Holanda	cs/uf/ch/ms	•	•				•	•		•			
Hungria	cs/uf	•	•				•	•					
Islândia	cs/uf/ch		•				•	•					
Irlanda	cs/uf		•				•	•					
Itália	cs/uf		•			x	•	•					
Noruega	cs	x	•			x	•	•					
Polónia	cs/uf		•				•	•					
Portugal	cs/uf	•	•		•	x	•	•	x	•	x	•	•
Rússia	cs/uf/ch/ms		•		•		•	•					
Suécia	cs/uf	x	•				•	•				x	
Suíça	cs/uf/ch	x	•				•	•				x	
Turquia	cs/uf						•	•					
R. Unido	cs/uf/ch/ms	•	•		•	até 15€	•	•		•	x		•
Rep. Checa	cs/uf/ch	•	•				•	•				•	
Ucrânia	cs/uf/ms				•		•	•					

**Legenda:**

D.OV. – doação de óvulos

D. ESP. – doação de esperma

ID.G.DADOR – é permitida saber, se necessário, a identidade genética do dador de gâmetas

D. EMB. – doação de embriões

CFDG – compensação financeira a dadores de gâmetas

IUI – inseminação intra-uterina

FIV/ICSI – realização de tratamentos de fertilização *in vitro* e injeção intracitoplasmática de espermatozóides

MS – maternidade de substituição

DGPI – diagnóstico genético pré-implantação

ESEXO – escolha do sexo da criança

IE – investigação em embriões

IPMC – inseminação após a morte do cônjuge

• - Permitido

x- Proibido

x - Não Reconhecido

Cs – Casado

Uf – União de Facto

Ch – Cohabitação

Ms – Mulheres Solteiras

OS dados desta tabela foram retirados da secção “guidelines and legal” da ESHRE; de Schenker 1997; de Sandór 2009 e de Vega et al. 2004. Foram consultadas directamente as legislações de países como Portugal, Espanha, e Reino Unido. Alguns dos dados apresentados poderão estar desactualizados, mas foi impossível aceder a publicações mais recentes com referência ao panorama legal europeu na área da RMA. Assim, os dados remetem àquilo que aparece nas obras ou publicações que pude consultar.

### Capítulo III

#### Reflexões e considerações sobre a “mobilidade terapêutica reprodutiva” e os fluxos entre os PALOP e Portugal

##### Formas de encarar a Infertilidade : O corpo e a biomedicina na sociedade global

A relação do Homem com meio em que existe constrói-se, em grande medida, através da interface entre este e a realidade que o envolve: o corpo. O corpo de que falamos engloba, para além da fisionomia, as representações e usos sociais que os indivíduos lhe atribuem na sua existência e relacionamento em sociedade (Boltanski 1975<sup>a</sup>). Como meio por excelência de experimentação e comunicação, o corpo torna-se um espaço ideal para a reflexão e análise de questões relacionadas com a humanidade na sua relação com o mundo.

O fenómeno de que este estudo trata, a “mobilidade terapêutica reprodutiva” constitui um desses espaços, na medida em que, diante de uma incapacidade fisiológica de procriar, determinados indivíduos tiram partido da sua posição mais ou menos privilegiada no mundo para procurar soluções inacessíveis a outros. A procura de cuidados terapêuticos para a infertilidade pode ser despoletada por vários factores: desde a frustração pessoal de não conseguir procriar até à tentativa de solucionar uma condição física com graves repercussões sociais em determinados países. Algumas razões concretas para a procura de tratamentos em países estrangeiros são, como referido na revisão da literatura (Pennings 2002 e Inhorn e van Balen 2002): a proibição de tratamentos ligados à RMA por razões éticas ou religiosas; a falta de equipamentos ou de especialistas na área; a indisponibilidade dos serviços, por serem considerados pouco seguros e os seus riscos não serem totalmente conhecidos; a exclusão de determinados indivíduos devido à idade, estado civil ou orientação sexual; o desejo de privacidade relativamente à utilização do tratamento; a existência de enormes listas de espera e /ou ausência de gâmetas doados para efectuar o tratamento. A deslocação pode ser motivada por razões económicas (as pessoas deslocam-se a países onde o tratamento é mais barato) (Pennings 2002:338) e, por vezes, pela estigmatização da mulher ou casal infértil dentro de determinadas sociedades (Inhorn e van Balen 2002: 7-8).

As regulações e inúmeras estruturas que o homem elabora ao construir a sua existência em sociedades criam, por um lado, espaços de mobilidade e manipulação e, por outro,

pressionam mais ou menos inconscientemente os indivíduos a tirarem partido daqueles quando necessário e possível.

Há algumas décadas que nos deparamos com uma viragem paradigmática na forma de definir o corpo humano e a vida, na sua relação com um contexto político-económico e tecnológico em constante evolução. Os tipos de dialéctica estabelecidos entre os indivíduos e as estruturas sociais e políticas que os rodeiam assumem diferentes morfologias que se reflectem no aparecimento de novos fenómenos sociais.

A “mobilidade terapêutica reprodutiva” pode ser assumida como um desses fenómenos: a associação de um sistema mundo global, com livre circulação de indivíduos e bens (mediante as possibilidades de mobilidade estruturais de cada um), a um sistema económico capitalista, onde as fronteiras são cada vez mais simbólicas e onde as legislações de cada estado-nação podem ser contornadas de diferentes formas, criam novos *lugares* analíticos e fluxos cuja compreensão se torna hoje importante.

Desde o século XIX que teóricos de diferentes áreas abordam temas relacionados com o corpo e o seu papel social. Foucault (1990) refere que foi na primeira metade do século XIX que o corpo, a saúde e a força produtiva dos indivíduos começaram a ser problematizados (Foucault 1990: 125). Desde a libertação, no século XVIII, do estancamento científico em que a medicina se encontrava desde a época medieval, que aquela passou a participar na sociedade de forma distinta: deixando de ser apenas clínica, passou a ser social. Com o surgimento da medicina do estado, da autoridade médica, do hospital e de vários mecanismos de administração sanitária, a saúde tornou-se um campo de intervenção médica na sociedade (Foucault 1990: 108-109).

A crescente participação de domínios científicos e especializados de conhecimento (*discursos*) na sociedade e nos corpos desenvolve-se progressivamente. Franklin (1997:20) refere a importância destes corpos de conhecimento na construção cultural do ser humano, e da reprodução. Algo que é naturalmente determinado como a procriação deixa de ser classificado como tal aos olhos de determinadas disciplinas que agem sobre ela.

Desde o estabelecimento da medicina como disciplina que os progressos e conhecimento médicos têm evoluído para campos que seriam pensados como intocáveis no século XIX. A reprodução e a genética constituem um desses campos, onde o

desenvolvimento tecnológico veio trazer formas de ver e manipular a vida determinantes para mudanças epistemológicas, e de intervenção humana na própria humanidade. Pálsson (2007:2) refere que a descrição e as implicações da introdução da vida na economia e política representam um dos mais importantes temas da agenda acadêmica do início do século XXI.

Embora a ecologia humana e a genética constituam dimensões de investigação bastante desenvolvidas, podemos concordar com Rabinow na ideia de que diante da diversidade de perspectivas e abordagens dos temas, não existe um *logos* adequado à compreensão da relação entre o Homem e um sistema capitalista global, nem meios adaptados à regulação da sua volatilidade (Rabinow 2002: 148). Rabinow refere, numa reflexão sobre a heterogeneidade ontológica capacitada pelas novas relações entre tecnologia, vida e uma sociedade global:

“...ce que nous ne devons pas faire est tenter de trouver une nouvelle rationalité unifiante ou un nouvelle ontologie qui soient plus profondes et plus cachées. L’alternative n’est pas le chaos. Nous pouvons plutôt diriger nos efforts vers l’invention de nouveaux moyens d’observation et d’analyse de la façon dont les différents *logoi* sont assemblés dans ses formes contingentes.” (Rabinow 2002: 148).

As concepções locais da *vida* e as formas conhecidas de agir sobre ela, sejam biológicas ou sociais, devem ser tidas em conta. As formas de ver a vida variam culturalmente, Pálsson sublinha que devemos estar atentos a essas variações (Pálsson 2007: 4), numa vigília para não nos fecharmos num discurso monocórdico ocidentalizado sobre o assunto.

Os conhecimentos do homem acerca da sua própria constituição genética e de diferentes possibilidades de agir sobre si mesmo têm sido alvo de grandes desenvolvimentos, dos quais o exemplo mais marcante é o Projecto do Genoma Humano, terminado em 2003, através do qual se tornaram conhecidos os genes do ADN do Homem. Os progressos científicos dentro da área da RMA testemunhados nas últimas décadas são fruto do crescente conhecimento do homem sobre a vida e a forma como se constitui. A tecnologia é hoje, como refere Rotania (2003):

“...um processo que avança segundo as suas próprias leis, baseadas na ideia do progresso ilimitado, da novidade e da superação constante. Cada estágio posterior é superior ao precedente conforme os critérios da própria técnica (...). A observação do processo histórico tecnológico das novas tecnologias reprodutivas conceptivas, desde a inseminação artificial até às complexas tecnologias genéticas, permite constatar que as mesmas respondem a esta dinâmica no contexto da tecnociência.” (Rotania 2003: 16).

De facto, existem zonas de risco e controvérsia ética no progresso tecnológico e na sua orientação prática, tanto na RMA como noutras áreas da biomedicina. Os corpos passam por diferentes situações, existindo uma tendência para a sua objectificação fragmentada potenciada por algumas áreas da medicina (ver por exemplo Scheper-Hughes 2005, ou Lock 2003). São desenvolvidas novas formas de socialização nas quais a tecnologia é naturalizada e entra na interacção humana como meio de exploração e intervenção dirigida aos corpos.

Na contemporaneidade, existem novas formas de configuração dos percursos individuais. A “mobilidade terapêutica reprodutiva” resulta, possivelmente, dessas novas formas de configuração, potenciadas pela relação entre tecnologia e sociedade. Estas formas e reconfigurações afectam o tipo de *projectos* que os indivíduos criam segundo os campos em que se movem.

Schütz define *projecto* como algo inerente a um acto, sendo que qualquer acção assume o carácter de um projecto (Scütz 1967: 59). Isto é, um acto é projectado como objectivo de uma acção e é concretizado através dela. Ora neste processo, existe a possibilidade de a acção ser racional e ter como finalidade um determinado objectivo premeditado. No entanto, existem inúmeras possibilidades de variação relativamente àquilo que imaginamos de decorreria da nossa acção; por outras palavras existem vários meios para atingir um determinado fim e nunca temos a certeza de que na realidade o iremos atingir até que tal se concretize efectivamente (ver Scütz 1967). Gilberto Velho utiliza estes conceitos, identificando as variações possíveis para atingir uma finalidade e o espaço para a formação e implementação de projectos como *campo de possibilidades*. De forma simplificada, a formulação e concretização de um *projecto* dependem em larga medida do *campo de possibilidades* de quem o projecta.

Um casal que decide sair do seu país para recorrer a técnicas inovadoras de RMA no estrangeiro põe em prática um *projecto*. Este *projecto* pode ser concretizado de várias formas e pode ter vários finais possíveis. E primeiro lugar, o facto de se optar pela realização de um tratamento médico no exterior implica que esta acção esteja dentro do horizonte do *campo de possibilidades* dos sujeitos, ou seja que esteja ao seu alcance mediante o capital sócio-económico que possuem. Em segundo lugar, com esta primeira instância do *projecto*, articula-se uma segunda, independente da vontade e possibilidades sócio-económicas dos pacientes: a concretização do desejo de ter um filho ou a consumação do fracasso e aceitação da esterilidade. Independentemente da possibilidade de irem a outro país procurar um tratamento, o objectivo pode ou não ser atingido, sem que isso dependa do *campo de possibilidades* ou das diversas acções que constituem o *projecto* do casal. Podemos afirmar que no sucesso da RMA estão em jogo dois *campos de possibilidades*: o do casal, que este controla dentro de certos limites e que permite a deslocação e procura da melhor solução possível para o seu problema e, o do tratamento, que o casal não controla e que irá determinar o nascimento, ou não, de uma criança fruto da RMA.

Nesta dialéctica entre trajectórias individuais (ligadas ao conceito de *projecto* e *campo de possibilidades* anteriormente apresentados), Rabinow (1996: 99) elabora o conceito de *biosocialização* (*biosociality*), que deriva de um processo de naturalização das tecnologias na sociedade. Esta naturalização potencia novas epistemologias e formas de socialização (ver, por exemplo, Pálsson 2007: 2-3), que assumem novos contornos, enquadrando no relacionamento humano dimensões que não lhe pertenciam anteriormente e que foram sendo absorvidas pelo homem ao longo do tempo, como é o caso da biotecnologia (impregnada no universo da RMA). O autor refere que a nova genética deixará de ser uma metáfora biológica para a sociedade moderna e irá tornar-se numa rede de circulação de termos identitários, em torno dos quais um novo tipo de autoprodução humana irá emergir – a *biosocialização* (Rabinow 1992: 99).

De facto, no universo da RMA são produzidas novas coreografias ontológicas (Thompson 2005:8-11) e novas formas de relacionamento entre indivíduos, capacitadas unicamente pela tecnologia genética disponível, que torna possível a um paciente adquirir tecidos (gâmetas, embriões ou o útero) de um outro corpo, para remediar o seu problema. Os contactos entre estes indivíduos, dadores, clínicos e pacientes dão-se sob a asa da biomedicina e da intervenção possível da biotecnologia nos seus corpos.

As novas descobertas científicas, associadas a uma veloz circulação global de informação e bens, criam novas bolsas comportamentais, potenciadas por espaços de manipulação até há pouco tempo inexistentes. As novas tecnologias reprodutivas são parte integrante destes novos espaços e constituem um meio por excelência para a análise dos novos conceitos de corpo e relacionamento do mesmo com a biotecnologia e sociedade. Alejandra Rotania (2003) refere:

“As novas tecnologias reprodutivas conceptivas conferem novos poderes económicos e sociais à tecnociência e são condição *sine qua non* de aspectos essenciais da aceleração tecnológica e do seu ‘progresso’ limitado. (...) a análise das mudanças ocorridas na reprodução humana deve ultrapassar o âmbito restrito da medicina entendida como prática inquestionável de saúde ou terapêutica e dos significados das mesmas para os sujeitos envolvidos, pois novos enfoques incorporam novas e significativas facetas na ordem simbólica e valorativa.” (Rotania 2003: 19).

A “mobilidade terapêutica reprodutiva” pode ser encarada como uma complexificação destes relacionamentos mediados pela naturalização da tecnologia nas relações interpessoais. Às interações capacitadas por essa naturalização, acrescenta novas possibilidades e canais de movimentação internacionais. Seja na circulação de órgãos, de pacientes ou de profissionais de saúde, o vulgarmente chamado “turismo médico” constitui-se num sem número de canais de circulação, legais ou não. O sistema económico neoliberal no qual existimos, os avanços tecnológicos e a incapacidade de um controlo total, para além das unidades estatais, das movimentações e acções individuais formam novos espaços de agência e, no caso da infertilidade e RMA, de procura de soluções. As leis nacionais podem, eventualmente, regular as acções dos indivíduos dentro dos limites de um país, mas as escolhas individuais e aquilo que os cidadãos fazem fora dele, que não seja ilegal no local de destino, não pode ser controlado. Como surge em Beck (1998: 28) a globalização aponta para a descentralização dos estados-nação, sendo o seu significado criado, em parte, nos processos em virtude dos quais estados nacionais se misturam e imbricam através de actores transnacionais e das suas respectivas probabilidades de poder, orientações, identidades e matrizes em que se desenrola a sua interacção (Beck 1998: 29).

A globalização tem sido abordada, discutida e caracterizada de diferentes formas. Como fenómeno dentro do qual se desenrolam uma infinidade de outros fenómenos, devemos esclarecer as dimensões daquela que intersectam os movimentos transnacionais aqui abordados. O tipo de abordagem à *globalização* que será utilizada, está directamente ligado à definição de *mondialization* de Bauman (2003: 14) como: um agregado global de desenvolvimentos realizados a velocidades muito diferentes e que tem como consequência um hiato entre a política e a economia, bem como a sensação de uma ausência de controlo sobre a abstracção das lógicas de mercado. O autor acrescenta que, a nível cultural, não podemos negar que a globalização é um processo dialéctico, no qual existem apropriações particulares daquilo que circula mundialmente, havendo uma interdependência entre o local e o global.

É impossível, como refere Tsing (2005) utilizar o conceito de ‘global’ de forma universalista, para explicar tudo no mundo de uma vez. A autora introduz uma forma distinta de pensar o ‘global’, centrada na história dos projectos sociais, onde se incluem o ‘empoderamento local’ e a ‘negociação’. A globalização não se apresenta como um fenómeno ao qual todos os outros se subjagam. A autora avança com o conceito de “zonas de fricção” para enunciar os lugares por excelência onde as interconexões globais actuais devem ser entendidas, seja no domínio económico, social ou político (Tsing 2005: 4-5).

Na abordagem da globalização devemos centrar-nos nos elos que fazem a ponte entre as particularidades locais e os universalismos globais, não caindo na esterilidade do relativismo nem do absolutismo: a globalização não é uma força superior que se impõe sobre a vida dos indivíduos, apenas certas partes de universais são absorvidas e essas partes dependem em grande medida de uma negociação de valores, acções e perspectivas entre diferentes sociedades – as chamadas ‘fricções’. Por outro lado, a globalização não pode ser excluída da vida quotidiana, a rápida circulação global de bens e de informação torna impossível um alheamento ou resistência total local relativamente a estes fenómenos. Como refere Tsing (2005), é na materialidade dos encontros práticos e das conexões globais que o capitalismo, a ciência e a política são incorporados, em parte como universais, mas de formas específicas.

Há portanto uma co-produção cultural nestas interações através da diferença. Vários académicos<sup>17</sup> têm vindo a desenvolver teorias da globalização de forma diferente em diferentes áreas, deixando por vezes escapar algumas dimensões manifestas dos inter-relacionamentos contemporâneos à escala mundial: não devemos ver a globalização como um novo imperialismo euro-americano, os universais são eficientes sim, mas dentro de conjunturas históricas particulares que lhes dão conteúdo e força. A autora refere:

“Actually existing universalisms are hybrid, transigent, and involved in constant reformulation through dialogue. Liberal universals mix and meld with the universals of science, world religions (...), and emancipator philosophies including Marxism and feminism. Moreover, the embrace of universals is not limited to just one small section of the globe.” (Tsing 2005: 9).

A globalização pode ser considerada como um horizonte mundial caracterizado pela ausência de integração, que só se abre quando se produz e conserva em actividade e comunicação (Beck 1998:31). A difusão do capitalismo globalizado não constitui um poder hegemónico só por si, nem nenhum regime político ou económico internacional. As forças universais compõem-se através da unidade de redes de interacção humana específicas, que afectam mais, ou menos, o estado das coisas. Abre-se um novo espaço mundial onde movimentos como o chamado “turismo médico” podem ser incluídos.

É precisamente nas chamadas zonas de ‘fricção’ das interconexões globais (Tsing 2005), que os indivíduos se movem e encontram margens de manobra e negociação para

---

<sup>17</sup> Desde o Manifesto Comunista, de Marx e Engels (1848) onde foram avançadas as primeiras ideias acerca do papel revolucionário da burguesia e da exploração de um mercado mundial até à actualidade multiplicam-se diferentes teorias centradas em diferentes aspectos da globalização ou mundialização. Entre estas teorias encontram-se: a teoria do *sistema mundial moderno*, avançada por Wallerstein, na obra *O sistema Mundial Moderno* (1974,1980 e 1989). Teorias relacionadas com as dimensões e manifestações/efeitos culturais da globalização, como as de Hannerz (1996). A teoria da política pós-internacional, de autores como Rousneau (1990), que salienta a descentralização dos estado nação, para dar lugar a uma sociedade mundial onde actores nacionais-estatais dividem o seu *lugar* de poder com empresas, organizações e movimentos sociais transnacionais. Outras teorias focam-se no lado fenomenológico e psico-social da globalização, como Robertson (1992), que salienta a intensificação de dependências recíprocas que vão para além das fronteiras estatais e a tendência para a crescente percepção do mundo como um lugar singular. Outra teoria ou abordagem interessante da globalização é a de Arujn Appadurai (1990,1996), que aborda o imaginário como uma composição de elementos de fluxos culturais globais: *ethoscapes*, *mediascapes*, *technoscapes*, *finanscapes*, e *ideoscapes*. (Sobre estas teorias ver por exemplo, além das obras referidas, Beck (1998)).

criar os seus *projectos*<sup>18</sup>, num mundo caracterizado pela descentralização do estado na sua vida. A incapacidade de ter filhos origina um desejo incessante de conseguir contornar essa situação e consumir aquilo que para muitas pessoas é o objectivo da sua existência. É importante notar, no entanto, que há diversas formas de lidar pessoal e socialmente com essa impossibilidade de procriar.

As formas de encarar a infertilidade variam entre sociedades, por várias razões, que na maioria estão ligadas com questões éticas, religiosas ou valores tradicionais. Se nos países ditos ocidentais as consequências da infertilidade são eminentemente pessoais, em certos países da África Subsariana, as consequências desta estendem-se à representação e estigmatização social da mulher ou casal infértil<sup>19</sup>.

A infertilidade na África Subsariana constitui um problema grave, com consequências e formulações sociais que transcendem em muito as de países mais desenvolvidos ou com outras epistemologias. A infertilidade potencia discriminações de género em determinados países, que variam normalmente de acordo com o tipo de parentesco de cada comunidade: nas sociedades patrilineares, as mulheres sofrem normalmente sozinhas o estigma derivado da incapacidade de procriar, independentemente de, na generalidade, a infertilidade masculina representar cerca de 50% das taxas totais de infertilidade. (Daar e Merali 2002:1).

“For women in developing countries, infertility may occasion life-threatening physical as well as psychological violence. Childless women are generally blamed for their infertility, despite the fact that male factor causes contribute to at least half of the cases of infertility around the world. In developing countries, especially, motherhood is often the only way for women to enhance their status within the family and community.” (Daar e Merali 2002: 16).

Já nas sociedades matrilineares, como os Macua de Moçambique estudados por Gerrits, (2002) as consequências ou estigmatização não são tão centradas nas mulheres, mas não chegam a ser tão extremas para os homens quanto são para aquelas em sociedades patrilineares.

---

<sup>18</sup> Ver pág. 20

<sup>19</sup> Ver p. 6-7 e 22-23.

Paradoxalmente, é muitas vezes nos locais onde a infertilidade se apresenta como um problema fatal para os casais, que existem possibilidades ínfimas de poderem recorrer a tratamentos de RMA. Por um lado, os países onde essas consequências são mais graves são geralmente regiões *hiperférteis* ou com excesso de população relativamente aos recursos. Quando olhados de fora, especialmente por instituições internacionais, pouca atenção é prestada aos casos de infecundidade. Esta falta de atenção deve-se, por um lado à sobreposição de outros problemas sanitários e sociais à infertilidade e, por outro, à tendência para a hiperfertilidade verificada em estatísticas internacionais e presente na opinião pública. Assim, na África Subsariana, por exemplo, a prioridade é dada à colocação de um travão a epidemias infecciosas como a malária ou a SIDA e à contraceção (ver Inhorn e van Balen 2002:4). Em articulação com esta conjuntura, está a falta de informação sobre tratamentos possíveis para contornar a incapacidade de procriar.

A preocupação dos organismos internacionais centra-se principalmente, como referido, na contraceção e abrandamento da propagação de doenças infecciosas, do que na criação de opções para o tratamento de infertilidade; muitos países da África Subsariana, na região a que Inhorn e van Balen (2002) chamam *infertility belt* estão nesta situação. Embora a urgência não esteja tanto na implementação de mecanismos de RMA, por serem dispendiosos e pouco produtivos em termos de efectividade custo, parece necessário, pelo menos, fomentar condições sanitárias e divulgação de informação para tentar atenuar a enorme prevalência de infertilidade secundária, derivada de infecções ou do pequeno número de hospitais e de condições higiénicas precárias em instituições de cuidados médicos (ver, por exemplo, Fathalla 2002:6).

Embora a inacessibilidade a tratamentos seja uma das principais críticas feitas ao universo da RMA (ver, por exemplo Fathalla 2002: 6), determinado tipo de indivíduos, geralmente de classe média-alta, pode tirar partido da possibilidade de procurar tratamentos noutra país, quando estes não estejam disponíveis no seu, seja em termos legais ou por falta de equipamentos. Não ignorando o facto de que os desequilíbrios no acesso a tratamentos de RMA sejam flagrantes, podemos verificar que as perspectivas relativamente à infertilidade começam a mudar. Como confirma Giwa-Osagie, a forma de lidar com a infertilidade em certos países Africanos tem testemunhado uma coordenação de conceitos tradicionais e “modernos”; as migrações para as grandes

cidades e a urbanização produzem um impacto considerável na forma como a infertilidade e as soluções para esta são encaradas na região (Giwa-Osagie 2002:52).

São os fluxos representados por indivíduos que vêm de países onde a RMA ainda não foi introduzida (ou é praticamente inacessível) que nos interessam, especialmente no caso dos movimentos entre os PALOP e Portugal. Embora tenhamos descoberto a residualidade do fenómeno, este constitui um bom exemplo da capacitação e da criação de novos *campos de possibilidades*<sup>20</sup> para a concretização do *projecto* de ter filhos em países onde a grande maioria da população, que padeça da condição de infértil, tem de se resignar a ela e às suas consequências.

Além das desigualdades de acesso a tratamentos biomédicos para a infertilidade, existem, para aqueles que podem consumir uma viagem a outro país para realizar RMA, diferentes manobras possíveis. Dependendo do tratamento que procuram, das relações com países de destino possíveis, ou de questões económicas e legais, a escolha do local onde vão tentar procriar com ajuda médica é afectada por determinados factores que devemos considerar.

### **Contextos de regulação da RMA no Brasil, África do Sul e Espanha: alternativas a Portugal na procura de tratamentos?**

A maioria dos pacientes que recorre aos centros de medicina da reprodução em Portugal é proveniente dos PALOP, e mesmo esta maioria representa um número bastante reduzido de casais. A justificação para a procura de tratamentos de fertilidade noutros países deve-se á inexistência de unidades de RMA no seu país, ou a inexistência de um serviço nacional de saúde, a que poderão aceder sob determinadas condições noutros estados. Existem países que possivelmente constituirão uma alternativa na procura destes tratamentos, entre eles estão o Brasil, a África do Sul e eventualmente Espanha. Como tal, parece necessário analisar, de forma mais aprofundada, o tipo de regulação que existe nestes países em relação à medicina da reprodução.

A proximidade linguística entre os PALOP e o Brasil, bem como baixo o custo dos tratamentos, a ausência de uma legislação restritiva e o clima, são factores plausíveis de

---

<sup>20</sup> Ver pág. 20

exercer influência na hora de escolher o destino onde se irá realizar o tratamento. A legislação espanhola, a boa divulgação de “pacotes” de FIV para estrangeiros e a facilidade de comunicação são também factores que poderão tornar este país atractivo. Já a proximidade geográfica da África do Sul, associada à ausência de uma legislação específica para a utilização das novas tecnologias reprodutivas e ao preço dos tratamentos, podem tornar este país uma hipótese viável para realizar procedimentos de RMA.

A maioria dos pacientes dos PALOP que pode permitir-se procurar tratamento para a condição de infértil num país que não o seu, pertence a uma classe média alta reduzida. A maioria destes indivíduos é proveniente de Angola; são pessoas com uma considerável facilidade de movimentação internacional, por vezes reforçada por laços informais de relacionamento com outros países.

A África do Sul, devido à grande disponibilidade de unidades de RMA, à proximidade geográfica e ao custo relativamente baixo dos tratamentos poderá constituir uma alternativa para pacientes dos PALOP. No país, mediante a inexistência de uma legislação efectiva para a RMA, o profissional de saúde é que decide em última instância aquilo que se permite fazer ou não. A África do Sul, embora tenha uma regulação destinada à manipulação genética, investigação em embriões e pré-embriões e clonagem (national health act 2003), não possui uma lei ou mecanismo de controlo das práticas clínicas a ela ligadas no âmbito da RMA. A manipulação genética de gâmetas, embriões ou zigotos é directamente proibida na África do Sul. Relativamente à FIV, maternidade de substituição, doação de gâmetas ou outros métodos de RMA existem apenas comentários e debates, talvez com a intenção de preencher o vazio legal existente no país relativamente a esses temas. Não existe qualquer oposição moral relativa à realização da FIV com gâmetas do casal que a procura, mas quando entram dadores em jogo, existem alguns posicionamentos que consideram o procedimento eticamente incorrecto e passível de ser perigoso a nível físico (devido à possível transmissão de doenças infecciosas como o HIV). Dentro da doação de gâmetas, a doação e utilização de espermatozoides de um dador cria menos problemáticas que a de óvulos. A maternidade de substituição não é legalmente reconhecida e não é, portanto, regulada.

Os países com um vazio legal relativamente a estes aspectos constituem locais bastante procurados por pacientes internacionais, que graças aos novos meios de comunicação

podem verificar se poderão realizar, ou não, nessas regiões, o tratamento a que pretendem recorrer.

O Brasil, um dos principais destinos de mulheres angolanas na procura de uma resolução para a incapacidade de procriar (ver Jornal *O Dia*, Brasil, 19/08/2009 ou Angola Xyami 20/08/2009), constitui-se como um sítio aprazível para realizar tratamentos, onde as condições, no sector privado, são bastante boas.

As técnicas de reprodução medicamente assistida são, neste país, reguladas pelo Conselho Federal de Medicina, em específico na resolução nº 1358/92. A acessibilidade às NTR está condicionada a mulheres solteiras ou casais, casados, em união de facto ou apenas juntos, mediante uma autorização por escrito do cônjuge e ou companheiro (envolvendo ou não doação de gâmetas por parte de terceiros). Os doadores de gâmetas são anónimos, mas as clínicas e unidades de medicina da reprodução devem manter os dados dos mesmos para finalidade médica. A comercialização de gâmetas e embriões é proibida, mas a doação de embriões excedentários é permitida.

No que diz respeito à maternidade de substituição, o processo é permitido, mas as doadoras de útero devem pertencer à família da doadora genética (de gâmetas). Os casos em que a relação genética entre doadores de gâmetas e a de útero não seja directa devem ser submetidos à autorização do Conselho Regional de Medicina. A maternidade de substituição não pode ser feita de forma comercial.

Existem leis em debate, ou a aguardar análise e votação. A proposta de lei nº 1184/2003 visa regulamentar o uso das novas tecnologias reprodutivas, em específico, a implantação artificial de gâmetas e embriões (inseminação artificial), a FIV e definir o estatuto do embrião dentro da RMA. Associados ao projecto de lei nº 1184/2003, surgem outros, cerca de 13, com propostas de regulamentação que divergem, por vezes, em alguns pontos: a maioria destas propostas rectificam as decisões tomadas e publicadas na proposta de lei nº 1184/2003, no entanto, algumas destas regulam de forma diferente pontos importantes. Por exemplo, o número limite de embriões a transferir em cada ciclo de tratamento de FIV é fixado em dois, sendo de quatro na proposta de lei 1184/2003; o acesso à RMA é excluído a mães solteiras e casais homossexuais; advoga-se a permissão aos filhos de doadores de conhecerem a sua identidade e é proibida a investigação científica em qualquer tipo de células embrionárias (Barbosa 2010). Não foram encontradas, nestas propostas de lei,

referências à inseminação artificial *post mortem*. A última actualização na regulação das técnicas de RMA consta nos artigos 14 a 16 da Resolução 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina. Os referidos artigos tratam de questões ligadas à investigação em embriões (criação de híbridos ou quimeras, manipulação genética desnecessária ou proibição da criação de embriões para investigação), proibição da implantação sistemática de múltiplos embriões e determinação da necessidade com consentimento informado do paciente para a realização do tratamento.

Existe, entre outros, um ponto importante em comum entre todas as propostas de lei, que remete à necessidade da criação de um novo tipo penal e penalizações para quem realize procedimentos proibidos relacionados com a RMA. Na inexistência de uma lei estatal sólida, embora exista a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), as normas sobre a matéria são ditadas pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo Conselho Federal de Medicina.

Espanha tem, ao lado do Reino Unido um dos posicionamentos mais liberais entre os países em que a RMA é regulada por um decreto-lei. A última lei publicada sobre o tema é a lei nº 14/2006, de 24 de Maio.

Em Espanha, de acordo com a referida lei, os serviços de RMA estão acessíveis a qualquer mulher, maior de 18 anos que reúna as condições físicas e psicológicas essenciais à realização do tratamento com um mínimo de sucesso. Não existem referências à restrição destes serviços a casais homossexuais, nem à necessidade de serem casais a recorrer ao método terapêutico. No entanto, se a mulher for casada ou junta em regime de união de facto, é necessária a autorização informada do marido ou companheiro para a realização do tratamento. A doação de gâmetas é permitida, desde que não tenha carácter comercial; a identidade dos dadores é anónima, embora a sua identidade genética possa ser conhecida por razões médicas se assim for juridicamente decidido. O número máximo de inseminações que podem ser efectuadas com gâmetas de um mesmo dador é 6. Qualquer contrato de maternidade de substituição é considerado nulo, seja ele de carácter comercial ou não. A maternidade biológica é decidida, para todos os efeitos, pelo parto.

A investigação em embriões é permitida, desde que estes tenham sido doados com autorização do casal. Os embriões devem ter menos de 14 dias e a investigação deve ter como finalidade a obtenção de novos conhecimentos sobre infertilidade ou genética,

sobre determinadas doenças e constituir uma possibilidade de bem para a humanidade. Todos os projectos de investigação devem ser submetidos à consideração da Comisión Nacional de Reproducción Humana Asisitida.

A Comisión Nacional de Reproducción Humana Asisitida (CNRHA), que assume um papel semelhante à CNPMA em Portugal: tem, entre outros, o dever de atualizar informação sobre a evolução da RMA e das tecnologias e ela associadas; emitir pareceres sobre questões relacionadas com tratamentos específicos ou utilização de novas tecnologias; definir e verificar o cumprimento dos critérios de funcionamento dos centros de medicina da reprodução e publicar relatórios anuais sobre a RMA no país.

Para além da permissividade legal, ausência de regulação ou existências de leis restritivas, existe um outro facto que influencia bastante a procura de tratamentos de RMA e os locais fora do seu país onde os indivíduos os procuram: o preço.

O preço básico de um tratamento de FIV em Portugal, como já foi referido, ronda os 5000 euros. Os preços podem variar, mas para que se possa estabelecer um termo de comparação, este é o preço base correspondente a um ciclo de FIV, sem complicações acrescidas no nosso país. As participações estatais e os preços de consulta e exames diferem entre o sector privado e o serviço nacional de saúde. Os preços apresentados incluem os medicamentos com as respectivas participações.

Em Espanha, os preços não diferem muito dos de Portugal, mas as diferenças entre unidades de RMA e a amplitude de variação do preço de um tratamento é maior: um tratamento de FIV pode ir dos 4000 aos 9900 euros. A África do Sul e o Brasil apresentam preços mais baixos. Na África do Sul, o preço médio de um tratamento de FIV, ronda os 3000 euros. Já no Brasil, ronda os 4000 euros.

De facto, tendo em conta o tipo de despesas que acarreta a permanência noutra país, seja para a realização de um tratamento médico ou não, este é um factor de peso na hora de escolher o destino por parte dos pacientes. Entre a lei e o custo elevado dos tratamentos, será talvez mais provável que os pacientes se dirijam a locais em que associado a boas condições de serviços e higiene, esteja o preço adequado às suas posses e uma lei que permita a realização do tratamento que desejam.

Embora a hipótese destes países constituírem uma alternativa a Portugal na procura de RMA carregue consigo um tom eminentemente especulativo, parece-me uma

possibilidade digna de verificação em investigação futura. A compreensão dos catalisadores dos movimentos de “mobilidade terapêutica reprodutiva”, sejam eles exteriores ou interiores a determinados países, relacionamentos internacionais ou determinações da conjuntura internacional, é essencial para a interpretação deste fenómeno.

### **Os Pacientes dos PALOP em Portugal: factos e reflexões sobre a “mobilidade terapêutica reprodutiva”**

A maioria dos pacientes dos PALOP que têm a possibilidade de se deslocar do seu país para realizar um tratamento de RMA é angolana, de Luanda. Embora alguns casais procurem tratamentos em Portugal, o Brasil é o país onde a maioria se dirige (ver Jornal *O Dia*, Brasil, 19/08/2009 ou Angola Xyami 20/08/2009). Aqueles que se deslocam ao nosso país vêm, na maioria das vezes, por recomendação de amigos ou parentes, alimentados por redes informais de conhecimentos, sejam profissionais, fraternas ou familiares.

As entrevistas realizadas, a observação de terreno e a consulta de artigos de jornais relacionados com o tema em questão, permitiram concluir que a maioria dos pacientes dos PALOP que têm a possibilidade de se deslocar do seu país para realizar um tratamento de RMA é angolana, de Luanda.

De entre as clínicas contactadas que forneceram informações acerca da afluência de pacientes estrangeiros à procura de tratamentos de RMA, a maioria referia que o número de “turistas médicos” que recebia era residual. Sublinhavam que, na generalidade, havia um grande número de pacientes estrangeiros, mas todos residentes em Portugal há vários anos. A directora clínica do centro de medicina da reprodução onde foi efectuado o trabalho de terreno confirmou:

*Nós temos aqui pacientes estrangeiros que vêm da comunidade que vive aqui em Portugal, ucranianos, toda a comunidade imigrante que vive em Portugal.*

*Pessoas que vêm propositadamente do estrangeiro para fazer um ciclo aqui são os dos PALOP's, isto é, essencialmente Angola, é o país que mais vêm de fora*<sup>21</sup>.

José e Luarmina<sup>22</sup>, de Luanda, ambos empregados em empresas ligadas à indústria petrolífera, explicaram como tiveram conhecimento da clínica em Lisboa onde realizaram o seu tratamento:

*Nós fomos recomendados, por acaso contactámos uma pessoa amiga, que no caso é o meu chefe...o meu chefe contactou uma pessoa amiga que vive cá, que realmente é angolano, e indicou-nos alguns profissionais que têm mais ou menos sucesso nesses ramos. Então através deles conhecemos os doutores e começámos a fazer a consultas...se não me engano já vamos, aproximadamente em 5 ou 6 meses.*

Já Idalina, uma jovem de 26 anos, teve conhecimento da clínica também através de um amigo que já tinha feito um tratamento com os médicos do local. No entanto, o facto de ter família a residir em Lisboa constitui uma forma de apoio. Ainda que não viva com os familiares residentes em Portugal, convive com eles.

A maioria dos pacientes não é atraído por publicidade ou pela permissividade da legislação portuguesa<sup>23</sup>. As conexões internacionais para a realização da deslocação para o tratamento são, na maioria da vezes, feitas por canais informais de conhecimentos.

As deslocações são financiadas pelos próprios pacientes, que na ausência de tratamentos no seu país procuram no exterior uma solução para tentar procriar. A experiência de passar pela RMA assume custos e alterações do quotidiano no país de origem. José, durante a entrevista comentou:

*Atendendo ao nosso trabalho, tem que estar lá. A gente aproveita os momentos em que temos um pouco menos trabalho...graças a Deus os nossos chefes são bons colaboradores e vão dando alguns dias que a gente vem, tratamos do que é*

---

<sup>21</sup> Por questões de simplificação e inteligibilidade do texto, as citações de entrevistas estão representadas em itálico, para que melhor se distingam das citações bibliográficas.

<sup>22</sup> Os nomes de todos os entrevistados são fictícios, para preservar o seu anonimato.

<sup>23</sup> Ver pág. 38-39.

*mais essencial e fazemos a medicação em Angola. Quando acabamos a medicação voltamos novamente.*

O desconforto de realizar viagens periódicas e as vicissitudes de financiar todos os custos dos tratamentos, viagens e alojamento são manifestos:

*Olha desconfortável é muito...porque primeiro já é o clima....já nos afecta muito. Depois, os gastos, as despesas, a gente é obrigada também a estar em hotéis e essa coisa toda. (...)‘Tamos por conta própria e tudo o que a gente trás é tudo o que a gente tem de tratar e poupar ao máximo...até ter o veredicto final que é o que a gente quer.*

A incorporação dos tratamentos, especialmente por parte da mulher, também constitui uma dimensão de sofrimento. De facto, na RMA a mulher constitui o espaço de incorporação das tecnologias e tratamentos de forma muito mais intensa que o homem. Franklin (1997) refere que os ciclos de FIV constituem dois lados de uma mesma moeda: sendo o último recurso para concretizar o desejo reprodutivo, podem também constituir o meio através do qual o fracasso se consuma. O conceito de *embodied progress*, que incorpora dimensões dos conceitos de *bio-poder e disciplina* de Foucault (2008), e *biosocialização* de Rabinow (1996), descreve o processo de inscrição nos corpos de tecnologias avançadas, apropriadas pela medicina como “ajudantes” quando a natureza não tem capacidade para cumprir as suas funções (Franklin 1997: 9-10)<sup>24</sup>. Num tipo de *biosocialização* específico, entre os membros do casal, os profissionais de saúde e a tecnologia, produzem-se interacções específicas. Acrescentam-se à oportunidade e incorporação de tecnologias biomédicas, incertezas e dúvidas acerca do veredicto final. O *campo de possibilidades* que permite ao casal projectar a sua saída de Angola, para procurar tratamento em Portugal e, o *campo de possibilidades* imprevisível, que determina o sucesso ou fracasso da biomedicina e biotecnologia na criação de uma criança estão latentes nessas interacções.

A forma como os tratamentos são apresentados, como uma série de etapas, deixa por vezes escapar os processos complexos da sua incorporação. O desgaste, as suposições, a ansiedade e a possibilidade de fracasso que leva à necessidade de realizar vários ciclos

---

<sup>24</sup> Ver pág. 20 e 27-28.

de tratamento, são características inerentes a tratamentos de RMA que muitas vezes não são consideradas na sua apresentação (Franklin 1997: 103).

O desgaste provocado por um tratamento de RMA e pela condição de infértil é, portanto, considerável; quando o casal ou paciente sai do seu país para tentar solucionar a sua dificuldade em procriar, aos níveis de incerteza e desgaste somam-se a presença num local que não é a sua “casa” e a necessidade de aí permanecer durante o período crítico da evolução e realização da terapia em questão.

Os tratamentos de RMA vieram oferecer novas oportunidades a casais que de outra forma não conseguiriam reproduzir-se, mas vieram também criar novos conceitos e visões acerca do parentesco e família (Franklin 1997 e Strathern 1991). Strathern refere que: “...podemos agora pensar na procriação como algo que está sujeito a preferências e opções pessoais de uma maneira que nunca anteriormente fora possível.” (Strathern 1991: 1013).

Se estas novas oportunidades e escolhas se apresentam através da RMA, outras oportunidades e escolhas ganham existência, quando a elas se associam desigualdades e possibilidades, que limitam ou permitem, o acesso a estas terapias por parte de pessoas que não lhes teriam acesso se não existíssemos num sistema mundial liberal. Se olharmos para aqueles que podem deslocar-se do seu país, fugindo a um estigma, para comprarem um tratamento de RMA noutra, vemos imediatamente que estes tratamentos não estão disponíveis para todos. Aqueles que podem pagá-los são os que podem libertar-se informalmente das legislações apertadas ou da falta de recursos dos serviços de saúde dos seus países.

A percentagem de pacientes dos PALOP que têm a possibilidade de se deslocar ao exterior para aceder a um tratamento indisponível no seu país é ínfima. Assim, a RMA e a “mobilidade terapêutica reprodutiva” apresentam, para cada oportunidade de escolha e acesso, outras tantas de resignação e incapacidade de agência ligada à biomédica. A mobilidade acontece para uns, mas é impossível para uma percentagem muito maior. Assim, as inovações da genética, a biotecnologia e a sua associação a uma sociedade global permitem conexões e fluxos de determinados tipo de pessoas com capacidade económica e/ou laços sociais informais que os catalisem. Apesar do seu crescimento económico e de elites, Angola mantém-se um dos países mais pobres da África Subsariana. José e Luarmina referiram:

*...embora há muita gente a sair....E acho que nós ainda temos determinadas condições para este tipo de tratamento então na sua maioria, eu diria que eh...99% de todo mundo sai para procurar fora...também tem muito a ver com meios financeiros né...nem todos têm essas possibilidades então preferem manter-se e lutar...é só mesmo para quem tem a possibilidade de conseguir.*

Há uma consciência por parte dos próprios pacientes de que, ao saírem do seu país para o tratamento, estão a consumir um *projecto* de vida que é viável mediante o seu *campo de possibilidades*, e que muitos outros ficam para trás, lutando com os meios que possuem. No entanto, estas hipóteses acarretam outros riscos: ao saírem do seu sistema nacional de saúde, os pacientes ficam de certa forma limitados na sua capacidade de agir no que diz respeito ao controlo do tratamento, na medida em que não estão protegidos de profissionais negligentes ou incompetentes. Pennings (2009) refere que existem dimensões de perigo dignas de serem mencionadas: a análise dos dadores de gâmetas para doenças genéticas ou outras, o risco de gravidez múltipla e a publicitação de taxas de sucesso superiores às reais. O contexto de competitividade no qual as clínicas funcionam faz com que as taxas de sucesso funcionem como um mecanismo de propaganda (Pennings 2009: 3) O “isolamento” social, no qual os pacientes se encontram ao realizarem um tratamento fora do seu país, constitui uma dimensão de desconforto ou insegurança. Ao estarem deslocados das suas redes de apoio comuns, como a família ou os amigos, carecem de um tipo de ajuda importante durante o processo gerador de stress que caracteriza um tratamento de RMA (Pennings 2009:3).

A “mobilidade terapêutica reprodutiva” constitui um desafio internacional em vários domínios, para além dos pacientes, os profissionais de saúde e órgãos internacionais como a European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) têm revelado uma preocupação crescente com este fenómeno, ainda pouco conhecido e com tendência para se manter (Pennings 2002, 2005 ou Schenfield 2009). A instituição criou uma comissão de estudo deste fenómeno, intitulada *Task Force on Cross-border Reproductive Care*. O objectivo deste grupo é o de reunir dados fiáveis acerca do número de pacientes que atravessa fronteiras europeias para a realização de tratamentos de RMA e acerca das razões pelas quais o fazem (ESHRE 2010). No entanto, ainda não existe uma base informativa desenvolvida acerca deste tema, apenas publicações reunindo os primeiros dados obtidos.

Se por um lado estas movimentações parecem manter-se e talvez acentuar-se, quais as razões para que os movimentos para Portugal sejam tão residuais? Qual a morfologia que verificam? Quais serão as alternativas possíveis ao nosso país?

A RMA representa uma percentagem relativamente reduzida da prática médica em Portugal. Em entrevista, a directora da clínica onde foi realizado o “trabalho de campo”, Dr. Maria, referiu:

*Há falta de médicos com formação na área da reprodução assistida.(...) Para os médicos é uma formação suplementar à formação de ginecologia, obriga a ter conhecimentos hormonais, de controlo das hormonas que são administradas. Depois, a própria recolha dos óvulos tem aspectos clínicos que têm uma formação específica. Depois os biólogos: há muitos, mas com formação específica em embriologia há poucos. Tanto para médicos como embriólogos, é preciso praticar e a prática é longa, não se pode praticar em organismos vivos. Portanto nem os biólogos podem praticar facilmente em embriões, porque esses embriões representam com certeza uma possibilidade de gravidez para casais, portanto não podem praticar nesses embriões, por isso é uma formação que é longa, e por isso há falta de profissionais neste campo.*

Embora estejamos a acompanhar o panorama europeu a nível científico e tecnológico, a RMA é uma especialização pouco feita por profissionais de saúde. Por outro lado, o mercado da “mobilidade terapêutica reprodutiva” é pouco explorado no nosso país. Existem várias possibilidades para esta situação: a lei, os custos, o tipo de procedimentos realizados nas clínicas e unidades de RMA; a falta de divulgação de Portugal em *sites* e redes internacionais informativos para o “turismo médico”, ou a vizinhança com países onde as práticas relacionadas com as novas tecnologias reprodutivas são mais liberais (Espanha ou Reino Unido por exemplo).

No caso específico dos fluxos dos PALOP para Portugal, a fraca densidade de pacientes poderá dever-se a factores como: a existência de países onde se realizam tratamentos de RMA a preços mais reduzidos e com uma regulação mais liberal que a portuguesa – como o Brasil; a facilidade de se deslocarem a países mais próximos, como a África do Sul, onde não existe qualquer tipo de regulação da prática médica ligada às novas tecnologias reprodutivas e onde os custos de um tratamento são baixos. A forte

publicitação e fama espanhola na área da RMA<sup>25</sup>, podem ser factores catalisadores de deslocações a esse país, por ter uma quantidade de informação disponível bastante grande e isso conferir alguma segurança ao casal.

Para além da permissividade da regulação dos procedimentos englobados pela RMA, o preço afecta a escolha do país onde se realizam os tratamentos: na maioria das vezes não existe qualquer tipo de comparticipação, logo, ao terem de sustentar todas as despesas os casais tendem a procurar locais mais baratos.

O caso de Portugal assume contornos muito específicos, uma vez que os casais dos PALOP que procuram tratamento não vêm forçados por restrições legais no seu país mas pela inexistência de unidades de RMA (actualmente uma clínica de S. Paulo está a construir uma sucursal em Luanda<sup>26</sup>). Muitos pacientes vêm para as unidades de medicina da reprodução portuguesas por terem forma de conseguir comparticipações, como refere a Dr. Maria:

*Eu acho que essencialmente têm familiares cá, alguns têm segurança social, não sei porquê, mas têm. Não sei se têm cá algum tipo de trabalho que lhes permite ter segurança social, se se inscrevem, como têm cá familiares. Como é que têm segurança social, não entro nesse pormenor. Mas é engraçado que para as receitas, não para o tratamento, mas para as receitas é útil para eles terem segurança social portuguesa, porque os remédios têm um acordo, por causa de uma portaria 19/09/10 de 2009 em que os remédios têm de facto uma comparticipação muito importante. E assim usufruem da vantagem da segurança social nesse aspecto.*

Apesar de muitos pacientes virem por terem familiares que residem em Portugal, provavelmente devido ao passado das relações coloniais entre Angola e Portugal, outros vêm por conhecimentos informais, como é o caso de José e Luarmina. Como referido anteriormente, o casal tomou conhecimento da unidade de medicina da reprodução na

---

<sup>25</sup> Ver, por exemplo, o programa de acolhimento de estrangeiros do centro murciano de fertilidade ou o site treatment in spain (<http://www.treatmentinspain.com/medical-tourists/infertility/fiv-recoletos-spain/>). Espanha surge também referenciada como destino para casais que procuram doação de óvulos (<http://www.news-medical.net/news/2005/06/20/11161.aspx>). Em redes como o Global IVF (<http://www.globalivf.com/travel-tourism.php>), podemos encontrar informação legal, de custos e clínicas em vários países para avaliar a melhor escolha para cada caso específico.

<sup>26</sup><http://www.clinicamater.com.br/blog/?tag=fiv>

qual realiza o tratamento através do chefe de José, com quem mantém uma relação de amizade.

Idalina, que já tem um filho, parou os estudos em Luanda e veio também através da recomendação de um amigo, mas neste caso, porque este já tinha vindo a Portugal realizar um tratamento que infelizmente não teve sucesso:

*Encontrámos um amigo, que vive em Angola, que aconselhou a vir aqui porque ele já tentou fazer aqui....mas não teve a sorte, não conseguiu. Mas ficou contente com o hospital....*

Através do testemunho de médicos e pacientes, podemos verificar uma tendência para os laços informais ou familiares de conhecimentos afectarem, por vezes, a escolha do país onde se dirigem. Há que notar a importância da reprodução para estes pacientes, o caso de Idalina, que parou os estudos e reside em Portugal durante o tratamento, denota a preocupação com a criação de descendência do seu segundo casamento (sendo que já tem um filho do primeiro e que a causa da infertilidade no segundo casamento é masculina). O seu testemunho constitui um dos muitos exemplos práticos que comprovam que o corpo da mulher é o local principal da incorporação das novas tecnologias reprodutivas (ver, por exemplo Franklin 1997).

Apesar de terem sido contactados outros estabelecimentos, a referência à vinda de pacientes dos PALOP foi sempre feita relativamente à escassez da presença de casais estrangeiros, dos quais o maior número provém realmente destes países, mas não é de qualquer forma significativo.

A morfologia *passa-a-palavra* que parece alimentar estes fluxos pode ser também uma das razões da sua fraca presença. Assume um carácter familiar ou relacional mais intimista do que em países com maior divulgação como os referidos Brasil, África do Sul e Espanha. Além da proximidade linguística, as relações informais são, no caso português, aquilo que parece ser o maior catalisador do fenómeno da “terapêutica reprodutiva transnacional”. Resta a questão: será que este é um fenómeno em crescimento ou apenas residual com tendência para se manter assim?

Com regiões que exploram cada vez mais o tratamento para a infertilidade como forma

de atrair pacientes de outros países, qual será a tendência que estas movimentações transnacionais vão seguir? A imprevisibilidade da acção humana deixa obrigatoriamente questões em aberto. Aquilo que podemos é avançar com a breve caracterização destes fluxos em Portugal e no Mundo, daquilo que os torna possíveis e como os torna possíveis e das consequências sociais e psicológicas a que os pacientes tentam fugir ao procurarem a reprodução tecnológica.

Os tempos que correm revelam de facto a tendência humana para administração e manipulação da vida pela tecnologia e as diferentes formas *globalizadas* como estas se manifestam, criando novas questões e problemas, quotidianos e político-institucionais. Como refere Grinberg (2008), a vida biológica já não é vista como uma entidade natural e imutável, mas sim como um objecto flexível, permeável ao planeamento e administração socio-epistemológicos.

Parecem estar a construir-se as bases para uma aproximação epistemológica global, não anuladora da diversidade, mas constituinte de um diálogo construtivo, no domínio da genética, biomedicina e valores tradicionais de determinadas sociedades. A procura de mecanismos biomédicos de manutenção do *bem-estar* a nível quotidiano faz-se, hoje, através de canais produzidos pela interacção transnacional entre actores sociais. A aceitação de métodos terapêuticos não tradicionais ou de outras regiões dá-se nos dois sentidos (entre países mais e menos desenvolvidos), numa troca cada vez mais intensa de práticas e técnicas que desfaz dogmas e mistérios característicos do desconhecido. A procura de tratamentos biomédicos para a resolução de problemas de saúde, como a infertilidade, é aceite, hoje em dia, por indivíduos que, se não existissem numa sociedade em constante interacção e negociação globais, nunca teriam pensado em recorrer àqueles.

## Capítulo IV

### Conclusões

Existem diversas formas de ver o mundo e existir dentro dele, que chocam, que se contradizem, que se articulam e relacionam de formas cada vez mais variadas e complexas.

Dentro das sociedades ditas desenvolvidas, ocidentalizadas, complexas, modernas ou apelidadas com outras expressões que lhes queiramos atribuir, a biomedicina constitui uma entidade de intervenção na vida as pessoas que se infiltra nos seus corpos como nenhuma outra.

Desde o século XVII, o desenvolvimento desta área de conhecimento tem sido contínuo. O papel social da medicina e a sua penetração na sociedade cresceram de forma exponencial (Ver Foucault 1990:108-109). A genética, a evolução dos instrumentos e tecnologias de investigação e a capacidade de construir um conhecimento altamente pormenorizado e especializado sobre o corpo humano tornam possível a intervenção em áreas tão essenciais à humanidade como espécie como a reprodução. De facto, o desenvolvimento da medicina da reprodução, associado ao conhecimento genético e do ADN humano, veio abrir as portas a um *admirável mundo novo* de saberes, poderes e negociações que mudou, com certeza a forma como vemos a vida.

A RMA traz, com todos os métodos terapêuticos e engloba e continua a criar, novas possibilidades e oportunidades de manipulação corporal e genética que desnaturalizam a irreversibilidade de condições físicas como a infertilidade. Mas, como todas as inovações e novidades, a RMA tem vindo a tornar-se uma área a cuja exploração económica e comercial cada vez mais indivíduos se dedicam em diferentes domínios (Ver Spar 2006, Storrow 2006 ou Bergmann 2007). O comércio de gâmetas e a deslocação de pacientes entre países para realizares tratamentos para a infertilidade são duas dimensões desta exploração económica, que transcende a área biomédica, para se fundir com o tráfico de órgãos e tecidos ou com o domínio do turismo (em pacotes de tratamento criados por empresas em determinados países). Os contornos de processos e

canais internacionais, legais ou não, presos com as novas tecnologias reprodutivas estão ainda pouco definidos, talvez pelo seu carácter fluído e imprevisível.

A “mobilidade terapêutica reprodutiva” constitui um domínio desta relação entre a RMA e uma sociedade capitalista global ainda pouco explorado, o que propusemos nesta investigação foi uma primeira incursão a este fenómeno em Portugal. De facto, o nosso país não se inclui dentro do grupo de países como Espanha ou Brasil que recebem um grande número de pacientes de outros países. A maioria das pessoas que se dirigem a Portugal em busca de uma solução para a sua incapacidade de procriar são provenientes dos PALOP, e as razões da sua deslocação não são legais, mas sim devidas à inexistência de unidades de RMA nos seus países.

Quem procura RMA em Portugal são especificamente angolanos, da classe média alta de Luanda, com possibilidades económicas e sociais para viajar por motivos médicos. A ponte entre os pacientes e as unidades de medicina da reprodução é feita geralmente, através de contactos pessoais derivados, por vezes, do relacionamento histórico e linguístico entre os dois países. Um grande número de pacientes vem por recomendações de amigos ou pessoas conhecidas, através de familiares que residem em Portugal e a sua vinda raramente é determinada por pesquisas feitas pelos pacientes acerca do melhor sítio para se submeter a um tratamento de RMA. O Brasil constitui a principal opção das mulheres angolanas para este tipo de terapia.

Por um lado, a morfologia *passa-a-palavra* que a mobilidade reprodutiva transnacional para Portugal assume, está provavelmente ligada com o número reduzido de pacientes que recebemos, por outro lado, é através deste tipo de redes familiares ou informais que os pacientes conseguem muitas vezes participações para medicamentos ou tratamentos através da segurança social. Assim, à existência de poucos pacientes estrangeiros nas unidades de RMA portuguesas, associa-se aquela que pode ser uma das razões da sua vinda, a possibilidade, de determinadas pessoas em determinadas condições, conseguirem participações estatais para o seu tratamento ou medicação. Embora nem todos os casos sejam representativos desta tendência, é uma hipótese que esta constitua uma razão plausível para procurarem clínicas em Portugal.

Existem várias formas de projectar uma viagem com objectivos médicos, e a dimensão económica está muitas vezes inserida nesse projecto. A RMA é um tratamento dispendioso, ao qual a grande maioria da população não pode aceder, cada paciente que

recebemos de Angola ou do nosso próprio país, corresponde a um grande número de casais inférteis que tiveram que se resignar à impossibilidade de inverterem a sua situação. A pressão para a reprodução e a sua valoração simbólica e social na África Subsariana e também nos PALOP, associada às consequências sociais conhecidas para casais inférteis, constituem um bom exemplo do sofrimento daqueles que têm de se sujeitar à sua posição, aceitar a infertilidade e a incapacidade de recorrerem à biomedicina para a solucionar.

Ao recorrerem à RMA, os pacientes envolvem-se naquilo a que Thompson (2005) chama *coreografia ontológica*; uma coordenação dinâmica de diversas dimensões intelectuais, que vão de aspectos técnicos e científicos até aspectos pessoais e emocionais, passando pelos domínios legal, político e financeiro. De facto, recorrer a um tratamento deste tipo, com a dose de incertezas e ansiedade que despoleta, constitui uma experiência de *biosociação* (Rabinow 1996) por excelência. A interacção, mediada pelo corpo físico, entre a tecnologia e a ciência e o desejo de ter um filho, associados a uma viagem para um país estrangeiro capacitada pela sociedade, economia e políticas internacionais actuais é um fenómeno que transporta o conceito de reprodução para um universo muito mais complexo do que o natural ou instintivo. Dicotomias como natureza/cultura, ou sexualidade/reprodução desintegram-se para abrir espaço a novas visões e utilizações que envolvem a tecnologia (ver, por exemplo, Strathern 1991). As fronteiras ontológicas tradicionais são nos dias de hoje etéreas e permeáveis, modificando-se de acordo com as dimensões da vida em questão e com as *fricções* (Tsing 2005), criadas nas conexões quotidianas globais entre ciência, política, valores sócio-culturais e ecológicos.

O parentesco assume, através da RMA e da doação de gâmetas, novos contornos, que criam questões acerca da primazia genética tradicional na construção identitária (Silva 2009). A opção tornou-se, através da tecnologia, uma dimensão ligada à reprodução e à infertilidade (Strathern 1991).

Assim, a globalização, a economia mundial, o desejo reprodutor e as novas tecnologias reprodutivas trazem na sua inter-relação a hipótese de configurar percursos individuais de diferentes formas, permitindo a existência de projectos de vida outrora impossíveis.

A investigação científico social tem, na “mobilidade terapeutica reprodutiva” uma unidade de análise recente e potenciadora da exploração novas perspectivas. É

certamente importante que sejam abordados temas ligados com: a saúde reprodutiva nos PALOP, a exploração das consequências sociais da infertilidade nesses países; as desigualdades de acesso à RMA e a sua morfologia; os diferentes tipos de conexões internacionais potenciados pela tecnologia e RMA ou, a “mobilidade terapêutica reprodutiva” ligada aos PALOP e a Portugal como países de origem.

Nos temas de investigação propostos correspondem a algumas das questões deixadas em aberto neste estudo e, constituem seguramente um solo fértil para investigação antropológica ou científico social. Cabe aos cientistas sociais ou investigadores de outras áreas a concretização de avanços no sentido de colmatar da falta de informação acerca da infertilidade em determinados países.

## Bibliografia

Anyegbunam, Jenniffer A. Ivy League Women Get Offers For Their Eggs. <http://pagingdrgupta.blogs.cnn.com/2009/08/12/ivy-league-women-get-offers-for-their-eggs/http://pagingdrgupta.blogs.cnn.com/2009/08/12/ivy-league-women-get-offers-for-their-eggs/>. 2009. [Último acesso: 04/06/2010]

Appadurai, Arjun. Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. In *Public Culture* n° 2. 1990. 1-24

Appadurai, Arjun. *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis: University of Minesota Press. 1996.

Augusto, Amélia. Os media e a Construção Social da Infertilidade e da Procriação Medicamente Assistida em Portugal. In *Actas do Vº Congresso Português de Sociologia: Sociedades Contemporâneas, Reflexividade e Acção. Atelier: Saúde*. 2004. 1-7.

Augusto, Amélia. Infertilidade e RMA: Definição de Contextos e Produção de Significados. In Carapinheiro, Graça. *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página. 2006. 47-76.

Augusto, Amélia. Reprodução Medicamente Assistida: da definição dos riscos médicos à construção do risco social. In *Actas do VIº Congresso Português de Sociologia: Mundos Sociais Saberes e Práticas. Área Temática: Saúde, Corpo e Sexualidade*. 2008.1-12.

Augusto, Amélia. A Regulação da Reprodução Medicamente Assistida em Portugal: Agentes, Contextos e Processos. In Silva, Susana e Veloso, Luísa (org.). *Representações Jurídicas das Tecnologias Reprodutivas: Contributos para uma Reflexão*. Ed. U. Porto. 2009. 45-60.

BBC Brasil. Acordo Oficializa o fim da Guerra Civil de Angola. In BBC Brasil: Notícias. Dia 4 de Abril de 2002.

[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/020404\\_angolacb.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/020404_angolacb.shtml) [Último Acesso 27-09-2010].

Barbosa, Adilson José Paulo. Direitos Reprodutivos e a Regulamentação das Técnicas de Reprodução Assistida no Brasil. 15/04/2010. [http://www.informes.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3355:direitos-reprodutivos-e-a-regulamentacao-das-tecnicas-de-reproducao-assistida-no-brasil-adilson-jose-paulo-barbosa-&catid=39:politics&Itemid=110](http://www.informes.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3355:direitos-reprodutivos-e-a-regulamentacao-das-tecnicas-de-reproducao-assistida-no-brasil-adilson-jose-paulo-barbosa-&catid=39:politics&Itemid=110). [Último Acesso 07/06/2010].

Bauman, Zygmunt. L'Humanité Comme Project. Em *Anthropologie et Sociétés*. Vol. 27. N° 3. 2003. 13-38.

Beck, Ulrich. *Qué es la Globalización ? Falacias del Globalismo, Respuestas a la Globalización*. Barcelona : Padiós. 1998.

Bergmann, Sven. Managing Transnational Kinship: An Ethnographic Account of Gamete Donation in a Spanish IVF Clinic. Conference Past, Present and Future, June 2007, Umea, Sweden.

Boltanski, L. Introducción. In *Los Usos Sociales del Cuerpo*. Editoria Periferia. 1975. 10-20.

Boltanski, L. La Necesidad Médica. In *Los Usos Sociales del Cuerpo*. Editoria Periferia. 1975a. 21-34.

Boltanski, L. La Cultura Somática. In *Los Usos Sociales del Cuerpo*. Editoria Periferia. 1975b. 57-81.

Bourdieu, Pierre. Structures and the Habitus. In *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University Press. 1977. 72-95.

Carapinheiro, Graça. *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página. 2006.

Carapinheiro, Graça. Saúde e Risco na Sociedade Portuguesa: Para uma Nova Agenda das Políticas da Vida. In Viegas, José Manuel Leite. Carreiras, Helena e Malamud, Andrés. *Instituições e Política (Portugal no Contexto Europeu. Vol. 1)*. CIES-ISCTE. Lisboa: Celta Editora. 2007.189-201.

Censo 2007: Recolha de Dados Apura 20 Milhões de Habitantes em Moçambique. In Portal do Governo de Moçambique: [http://www.portaldogoverno.gov.mz/noticias/news\\_folder\\_sociedad\\_cultu/Agosto2007/nots\\_sc\\_528\\_ago\\_07/](http://www.portaldogoverno.gov.mz/noticias/news_folder_sociedad_cultu/Agosto2007/nots_sc_528_ago_07/). [Último Acesso 27-09-2010]

Comissão Nacional de Procriação Medicamente Assistida: [www.cnpma.org.pt](http://www.cnpma.org.pt). RMA em Portugal. CNPMA 2010. [Último acesso: 04/06/2010]

CNPMA. Registo Nacional de Procriação Medicamente Assistida 2007.

CETI. Centro de Estudo e Tratamento de Infertilidade. <http://www.ceti.pt/>. [Último acesso 08/06/2010].

Culley, Lorraine. Hudson, Nick and van Rooij, Floor. *Marginalized Reproduction*. London: Earthscan. 2009.

Daar, Abdallah e Merali, Zara. Infertility and Social Suffering: The Case of ART in Developing Countries. In In Vayena, Effy. Rowe, Patrick J. And Griffin, P. David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: World Health Organization. 2002. 15-20.

Deech, Ruth. Reproductive Tourism in Europe: Infertility and Human Rights. In *Global Governance*. Oct-Dec 2003.

[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_7055/is\\_4\\_9/ai\\_n28169024/?tag=content;coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_7055/is_4_9/ai_n28169024/?tag=content;coll)

ESHRE. Assisted Reproductive Technology and Intra-Uterine Inseminations in Europe 2005: Results Generated from European Registers by ESHRE. In *Human Reproduction*. Vol. 1, n° 1. 2009. 1-21.

Farmer, Paul e Castro, Arachu. Medical Anthropology in the United States. In *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Blackwell. 2007. 42-58

Farmer, Paul e Castro, Arachú. El Estigma del Sida y su Evolución Social: una Visión desde Haití. En *Revista de Antropología Social*, N° 14, 2005. 125-144.

Fassin, Didier. The Politics of Life: Beyond the Anthropology of Health. In *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Blackwell. 2007. 252-266.

Fassin, Didier. Entre Políticas de lo Vivo y Políticas de la Vida. Para Una Antropología de la Salud (Trad. Alvaro Pazos). Versão Original: Politiques de la Vie et Politiques du Vivant: Pour une Anthropologie de la Santé. In *Terrains D’Avenir*. N° 24 (1) (Ed. Especial). 2000. 95-116.

Fathalla, Mahmoud. Current Challenges in Assisted Reproduction. In Vayena, Effy. Rowe, Patrick J. And Griffin, P. David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: World Health Organization. 2002. 3-14.

Feldman-Savelsberg, Pamela. Is Infertility an Unrecognized Public Health and Population Problem? The View From the Cameroon Grassfields. In Inhorn, Marcia C. and Balen, Frank Van. *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. University of California Press. 2002. 215-232

FERTIS. Critérios de acesso a PMA. <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/criterios+pma.htm>. [Último acesso 08/06/2010].

Frankenberg, Ronald. British Medical Anthropology: Past, Present and Future. In *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Blackwell. 2007. 183-211.

Franklin, Sarah. Origin Stories Revisited: IVF as an Anthropological Project. In *Culture, Medicine and Psychiatry*. 30: 547-555.

Franklin, Sarah. *Embodied Progress: a Cultural Account of Assisted Conception*. London: Routledge. 1997.

Foucault, Michel. *The History of Sexuality: The Will to Knowledge (Vol.I)*. Penguin. 2008 .

Foucault, Michel. *La Vida de los Hombres Infames*. Ed. La Piqueta. 1990.

Gerrits, Trudie. Van Balen, Frank. Quality of Infertility Care in Poor-Resource Areas and the Introduction of New Reproductive Technologies. In *Human Reproduction*. Vol. 16. Nº 2. 2001. 215-219.

Gerrits, Trudie. Infertility and Matrilineality: The Exceptional Case of the Macua of Mozambique. In Inhorn, Marcia C. and Balen, Frank Van. *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. University of California Press. 2002. 233-246.

Giwa-Osagie, Osato F. Art in Developing Countries With Particular Reference to Sub-Saharan Africa. In Vayena, Effy. Rowe, Patrick J. And Griffin, P. David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: World Health Organization. 2002. 22-30.

Giwa-Osagie, Osato F. Social and Ethical Aspects of Assisted Conception in Anglophone Sub-Saharan Africa. In Vayena, Effy. Rowe, Patrick J. And Griffin, P. David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: World Health Organization. 2002a. 50-54.

Governo de Angola. Perguntas e Respostas: República de Angola. In Portal do Governo

da República de Angola. 2006. [Último Acesso 27-09-2010].

Grinberg, Julieta. Resumo da Conferência: *Politics of Life: Anthropological Perspectives on Health and Biosociality*. Que decorreu em Atenas (Grécia), dias 16-17 Maio de 2008. [http://doctorants.mshparisnord.org/actualite/article.php3?id\\_article=593](http://doctorants.mshparisnord.org/actualite/article.php3?id_article=593)

Hannerz, Ulf. *Transnational Connections*. London: Routledge. 1996

Hörbst, Viola. Infertility and In-vitro Fertilization in Bamako, Mali: Women's Experience, Avenues for Solution and Social Contexts Impacting on Gynaecological Consultations. In *Curare*. Nº 29. 2006. 35-46.

Hörbst, Viola e Schuster, Sylvie (Org.). *Curare: Reproductive Disruptions: Perspectives on African Contexts*. Nº 29. 2006.

Inhorn, Marcia C e van Balen, Frank . Introduction. In Inhorn, Marcia C. and Balen, Frank Van. *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. University of California Press. 2002. 3-33.

Inhorn, Marcia C. And Birenbaum-Carmeli, Daphna. Assisted Reproductive Technologies and Culture Change. In *Annual Review of Anthropology*. Vol. 37:177-196. Oct. 2008.

Inhorn, Marcia. Rethinking Reproductive Tourism as Reproductive Exile. In *Fertil Steril*. 2009.92: 904-6. American Society for Reproductive Medicine.

Jornal *O Dia*. Brasil. De dia 19/08/2009.

Jornal *Angola Xyami* . Angola. De dia 20-08-2009.

Jornal Diário *O Público* online. Dia 30/04/2010, notícia nº 22. [www.publico.pt](http://www.publico.pt). [Último Acesso 04/06/2010].

Larsen, Ulla. Primary and Secondary Infertility In Subsaharan Africa. In *International Journal of Epidemiology*. Nº 29. 2000. 285-291.

Lock, Margaret. Utopias of Health Eugenics, and Germline Engineering. In Lock, Margaret e Nichter, Mark. *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*. 2003. 239-266.

Machado, Helena. Prefácio. In Silva, Susana e Veloso, Luísa. *Representações Jurídicas das Tecnologias Reprodutivas: Contributos para uma Reflexão*. Ed. U. Porto. 2009. 9-10.

Machado, Helena; Remoaldo, Paula e Reis, Isabel. O Contributo das Ciências Sociais e Médicas para o Estudo de Infertilidade. In Costa, Manuel Silva e Leandro, Engrácia (Org.). *Participação, Saúde e Solidariedade: riscos e desafios*. Universidade do Minho. 2006. 785-796.

Machado, Helena e Remoaldo, Paula. *O Sofrimento Oculto: Causas, Cenários e Vivências da Infertilidade*. Porto: Afrontamento. 2008.

Machado, Helena e Remoaldo, Paula. Incomplete Women and Strong Men\_ Accounts of Infertility as a Gendered Construction of Well-being. In Machado, Helena; Harris, Bernard e Gálvez, Lina. *Gender and well-being: historical and contemporary perspectives*. Aldershot: Ashgate. 2009. 223-242.

Mantorras, R. Reproductive Exile versus Reproductive Tourism. In *Human Reproduction*. Vol.20.Nº 12. 2005. 3571-3573.

Pálsson, Gísli. Biosocial Relations of Production. Realizado para a conferência “Who Owns Our Species?: Past, Present and Future”. Penn State University, 2007. 1-33.

Pennings, Guido. Reproductive Tourism as Moral Pluralism in Motion. In *Journal of Medical Ethics*. 2002. nº28. 337-341.

Pennings, Guido. Legal Harmonization and Reproductive Tourism in Europe. In *Human*

Reproduction. 2004. 19(12). 2689-2694

Pennings, Guido. The Green Grass on the Other Side: Crossing Borders to Obtain Infertility Treatment. In *Facts, Views and Vision: Scientific Journal of the Flemish Society of Obstetrics and Gynaecology*. Nº 1, Vol. 1. 2009. 1-6.

Rabinow, Paul. Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. In *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton University Press. 1996. 91–111.

Rivers, W.H.R. *The Todas*. London: Macmillian. 1906.

Robertson, Roland. *Globalization: Social Theory and Global Culture*. SAGE. 1992.

Rotania, Alejandra. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas no Contexto da Tecnociência. In Grossi, Miriam; Porto, Rozeli e Tamanini, Marlene. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios*. Brasília: Letras Livres. 2003. 15-30.

Rosenau, James. *Turbulence in World Politics*. Brighton: Harvester. 1990.

Rutstein, Shea O. e Shah, Iqbal H. DHS Comparative Reports 9 - Infecundity, Infertility and Childlessness in Developing Countries. 2004.

Shenfield, Françoise. Is Cross-border reproductive care a problem, and for whom?. In *Bionews* 523. 01-09-2009. [http://www.bionews.org.uk/page\\_47257.asp](http://www.bionews.org.uk/page_47257.asp)

Schenker, Joseph G. Assisted Reproduction Practice in Europe: Legal and Ethical Aspects. In *Human Reproduction Update*. Vol. 3, Nº 2. 1997. 173-184.

Scheper-Hughes, Nancy e Waququant, Loïc. *Commodifying Bodies*. SAGE. 2002.

Scheper-Hughes, Nancy. The Last Commodity : Post-Human Ethics and the Global Traffic in 'Fresh' Organs. Em Ong, Aihwa and Colier, Stephen J. (eds.), 2005 Global Assemblages.

Scütz, Alfred. *The Phenomenology of the Social World*. USA: Northwestern University Press 1972.

Silva, Susana e Veloso, Luísa. *Representações Jurídicas das Tecnologias Reprodutivas: Contributos para uma Reflexão*. Ed. U. Porto. 2009.

Silva, Susana. Direito, Genética e Família: O Caso da Doação de Gâmetas em Portugal. In Silva, Susana e Veloso, Luísa. *Representações Jurídicas das Tecnologias Reprodutivas: Contributos para uma Reflexão*. Ed. U. Porto. 2009. 83-100.

Sousa, Mário; Sá, Rosália e Barros, Alberto. *Manual do Casal Infértil*. Afrontamento. 2007.

Spar, Debora L. *The Baby Business: How Money Science and Politics derive the Commerce of Conception*. Harvard Business School Press. 2006.

SPMR. Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. [www.spmr.pt](http://www.spmr.pt) . [Último acesso 08/06/2010].

Storrow, Richard F. Quests for Conception: Fertility Tourists, Globalization and Feminist Legal Theory. In *Hastings Law Journal*. Vol. 57. 295-330. 2006.

Strathern, Marilyn. Parentesco por Iniciativa: a Possibilidade de Escolha dos Consumidores e as Novas Tecnologias da Reprodução. In *Análise Social*. Vol. XXVI(114). 1991 (5º). 1011-1022.

Sundby, Johanne. Infertility and Health Care in Countries With Less Resources: Case Studies from Sub-Saharan Africa. In Inhorn, Marcia C. and Balen, Frank Van. *Infertility*

*around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. University of California Press. 2002. 247-260.

Thompson, Charis. *Making Parents: the ontological choreography for reproductive technologies*. MIT press. 2005.

Thompson, Charis. Medical Tourism, Stem Cells, Genomics: EASTS, Transnational STS, and the Contemporary Life Sciences. In *East Asian Science, Technology and Society: an International Journal*. Nº 2. 2009. 433-438.

Tober, Diane M. Semen as a Gift, Semen as Goods: Reproductive Workers and the Market in Altruism. In Scheper-Hughes, Nancy e Waqquant, Loïc. *Commodifying Bodies*. SAGE. 2002. 137-160.

Treamayne, Soaraya. *Managing Reproductive Life: cross-cultural themes in fertility and sexuality*. Berghahn Books. 2001.

Tsing, Anna L. *Friction: An ethnography of Global Connection*. Princeton University Press. 2005-

UNESCO. The Universal Declaration of the Human Genome and Human Rights. 1997.

Vayena, Effy. Rowe, Patrick J. And Griffin, P. David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: World Health Organization. 2002.

Vega, M., Veja J. e Baza, P. Martínez. Regulación de la Reproducción Asisitida en el ámbito Europeo. In *Bioética en la Red*. 06/2004. <http://www.bioeticaweb.com/content/view/275/776/> .[Último acceso 07/06/2010].

Velho, Gilberto. *Projecto e Metamorfose: Antropologia das Sociedades Complexas*. Jorge Zahar editor. 2003.

Wallerstein, Immanuel. *One World, Many Worlds*. New York: Lynne Rienner. 1988.

Lei Nº 32/2006. *Diário da República, 1ª série – Nº 143 – 26 de Julho de 2006*. <http://dre.pt/pdfs/2006/07/14300/52455250.pdf> [último acesso 26-11-2009].

WFR 2003: *World Fertility Report 2003*. Relatório do Secretariado das Nações Unidas: Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População.

*National Health Act (South Africa)*. Dezembro de 2003. [http://www.dnapolicy.org/policy.international.php?action=detail&laws\\_id=31](http://www.dnapolicy.org/policy.international.php?action=detail&laws_id=31). [Último acesso 07/06/2010].

Législation en matière de PMA en France (Loi 800/2004). [http://www.natisens.com/Articles/Administration/Legislation\\_France.html](http://www.natisens.com/Articles/Administration/Legislation_France.html) [Último acesso 07/06/2010].

Human Fertilization and Embryology Act 1990. Cap. 37. [http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1990/Ukpga\\_19900037\\_en\\_1.htm](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1990/Ukpga_19900037_en_1.htm). [Último acesso 07/06/2010].

Ley nº 14/2006. [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/114-2006.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-2006.html). [Último acesso 07/06/2010].

## **ANEXOS**

### Preço dos Tratamentos de RMA em Portugal

<b>Consultas:</b>	<b>Preços:</b>
Primeira consulta de infertilidade	De 90 a 100 Euros
Consultas de infertilidade	De 60 a 90 Euros
Consultas de Ginecologia	De 60 a 80 Euros
Consultas de Obstetrícia	De 65 a 85 Euros
Consultas de Psicologia	De 52 a 70 Euros
<b>Exames:</b>	
Ecografia Ginecológica	De 50 a 85 Euros
Espermograma	De 60 a 100 Euros
Lavagem de Esperma	Em média 200 Euros
Papanicolau	De 45 a 65 Euros
Exame da permeabilidade das trompas de Falópio (ecografia), SGG, Salpingosonografia	De 100 a 160 Euros
Exame da permeabilidade das trompas de Falópio (radiologia), HSG, Histerosalpingografia	De 80 a 303 Euros
Teste pós-coital	Em média 65 Euros
Punção aspirativa de quistos	Em média 125 Euros
Colposcopia	Em média 70 Euros
Laparoscopia Diagnóstica com Cromotubação	Em média 500 Euros
Exame da cavidade do útero (ecografia de contraste)	Em média 85 Euros
Biópsia testicular (aspiração e anestesia local)	De 215 a 630 Euros
Biópsia testicular (campo operatório aberto)	De 750 a 1500 Euros
Congelamento do tecido testicular	Em média 250 Euros

Congelamento do tecido testicular (por ano)	Em média 100 Euros
Histeroscopia diagnóstica	De 150 a 345 Euros
Ressectocopia com anestesia geral (sem <i>versapoint</i> )	Em média 350 Euros
Ressectocopia com anestesia geral (com <i>versapoint</i> )	Em média 625 Euros
Dilatação e curetagem uterina	De 230 a 1040 Euros
<b>Tratamentos de RMA:</b>	
Estradiol	23 Euros
Estradiol e Progesterona	36 Euros
Inseminação intra-uterina (IUI-AIH)	De 350 a 750 Euros
Inseminação intra-uterina:	
Com esperma de dador (IUI-AID)	De 350 a 940 Euros
Fertilização <i>in vitro</i> (FIV)	De 2500 a 3300 Euros
FIV com esperma de dador	De 3350 a 3930 Euros
Injecção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI)	DE 3250 A 4000 Euros
ICSI com esperma de dador	Em média 3850 Euros
ICSI com biopsia testicular	Em média 5000 Euros
ICSI com doação de ovócitos	Em média 5700 Euros
Criopreservação de pré-embriões	De 220 a 800 Euros
Criopreservação de embriões (manutenção por cada período de 3 anos)	Em média 600 Euros
Descongelamento com transferência de embriões criopreservados	500 a 1375 Euros
Descongelamento sem transferência de embriões criopreservados	De 230 a 500 Euros
Abertura do invólucro do embrião (AH)	De 190 a 580 Euros
Cultura prolongada de embriões (cultura de	De 210 a 500 Euros

blastocistos)	
Manutenção anual da criopreservação de espermatozóides	De 40 a 100 Euros
Portadores de VIH, VHB e BHC Lavagem e preparação de espermatozóides, estudo molecularvariável	Em média 100 Euros
Diagnóstico genético pré-implantação (biopsia embrionária)	De 300 a 750 Euros
Diagnóstico genético pré-implantação (estudo genético – genético ou cromossómico)	variável

## Glossário

**Anejaculação** – ausência de erecção e/ou ejaculação devido a lesões da medula espinal ou dos nervos pélvicos, a doenças vasculares, a determinadas medicações ou distúrbios psicológicos.

**Anovulação** – falha ou ausência de ovulação.

**Azoospermia** – ausência de espermatozóides.

**Cariótipo** – análise dos cromossomas.

**Cateter** – equipamento descartável flexível utilizado para introduzir gâmetas, ou pré-embriões na cavidade uterina.

**CNPMA** – Comissão nacional de procriação medicamente assistida. Órgão governamental encarregado de: actualizar informação científica sobre a RMA, e técnicas reguladas pela lei nº 32/2006; estabelecer as condições de autorização de centros de medicina da reprodução e fiscalizar a prática clínica dos mesmos; emitir pareceres sobre novos centros e constituição de bancos de células estaminais; aprovar ou rejeitar projectos de investigação que envolvam embriões e publicar relatórios anuais sobre a RMA em Portugal.

**CNEV** – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Órgão consultivo constituído em 1990, que funciona junto da presidência do conselho de ministros.

**Curetagem** – exame complementar utilizado em ginecologia para diagnóstico ou tratamento. Pode ser utilizada para recolha de amostras do endométrio ou para evacuação do conteúdo uterino numa gravidez não evolutiva.

**Criopreservar** – congelação de gâmetas, embriões ou tecido humano a temperaturas baixas (entre -80 e -190 graus centígrados).

**Criptorquidia** – descida incompleta dos testículos para o escroto, ficando na região abdominal ou no cana inguinal.

**Cromossoma** – estrutura onde está o material genético responsável pelas funções das células. Temos 23 pares de cromossomas, entre eles os sexuais X e Y.

**Diagnóstico Genético Pré-implantação** – método de diagnóstico embrionário utilizado na RMA, que tem como objectivo a avaliação dos cromossomas do embrião para detectar doenças genéticas antes da sua transferência para o útero.

**Embrião** – conjunto de células que se formam após a fertilização de um óvulo por um espermatozóide. O período embrionário termina após a 8ª semana depois da fecundação, passando a partir dessa altura a ser denominado de feto.

**Embriões excedentários** – embriões resultantes da RMA que não foram implantados no útero da mulher e são congelados até ser decidido o seu destino.

**Endométrio** – mucosa que reveste a parede uterina, formada por fibras musculares lisas e por estradiol (hormona folicular) e progesterona (hormona produzida pelo ovário).

**Endometriose** – doença feminina, em idade reprodutiva, consiste na presença do endométrio em locais fora do útero.

**Endometrite** – infecção do endométrio causada geralmente por bactérias de transmissão sexual ou pós-curetagem.

**Espermatozóide** – célula sexual (gâmeta) masculina

**Espermograma** – exame laboratorial que avalia o pH, viscosidade, tempo de liquefacção, concentração, mobilidade, infecções e presença de anti-corpos no sémen e a morfologia e resistência dos espermatozóides.

**Esterilidade** - incapacidade de procriar. Condição irreversível que impede a concepção.

**Estimulação da ovulação** – estimulação ovárica feita através de medicamentos. Provoca a libertação de mais óvulos do que o que a mulher liberta normalmente.

**Fertilização *in Vitro* (FIV)** – técnica de RMA, realizada pela primeira vez em 1978. Consiste na colocação dos folículos e espermatozóides numa placa de cultura, numa concentração de 50 000 por folículo ou por ml. A fecundação e o desenvolvimento embrionário ocorrem *in vitro* dentro de uma incubadora.

**Feto** – fase do desenvolvimento da criança das 8 semanas de gestação até ao parto.

**Gâmeta** – células sexuais destinadas à reprodução. O gâmeta masculino humano é o espermatozóide e feminino, o óvulo.

**Gonadotrofinas** – hormonas que controlam a função reprodutora: hormona foliculo-estimulante (FSH) e hormona luteinizante (LH).

**Gravidez ectópica** – gravidez na qual a implantação ocorre na cavidade abdominal ou trompa de Falópio e não no útero.

**Implantação do Embrião** – inserção do embrião no interior do tecido para que possa estabelecer contacto com o suprimento de sangue da mãe para a sua nutrição. Ocorre no útero numa gravidez normal, ou não ectópica.

**Infertilidade** – incapacidade de procriar após um ano de relações sexuais não protegidas, ou após seis meses se a mulher tiver mais de 35 anos. Incapacidade de manter a gravidez.

**Injecção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI)** – Técnica de RMA que surgiu em 1992. Consiste numa variante da FIV na qual um único espermatozóide é directamente injectado no interior do óvulo.

**Inseminação Artificial** – processo de RMA no qual os espermatozóides são directamente introduzidos na vagina ou útero através de um cateter.

**Inseminação Intra-uterina** (parte da Inseminação Artificial) – introdução dos espermatozóides no útero através de um cateter.

**Novas tecnologias reprodutivas (NTR)** – tecnologias envolvidas na reprodução medicamente assistida.

**Ovários poliquísticos** – ovários com um tamanho acima do normal e com quistos.

**Óvulo** – célula sexual (gâmeta) feminina

**Reprodução/ Procriação Medicamente Assistida** – todos os tratamentos que envolvam a reunião entre óvulos e espermatozóides, através da intervenção médica, com o objectivo de obter uma gravidez.

**SPMR** – Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. Existe há cerca de 25 anos e é composta por membros oriundos das áreas da medicina, biologia e genética. Encarrega-se da análise dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos no âmbito da reprodução humana.

**Transferência intrafalopiana de gâmetas** – técnica de RMA que consiste na reunião de espermatozóides e óvulos nas trompas de Falópio, depois de terem permanecido separados em provetas.

**Zigoto** – Célula resultante da fusão entre o óvulo e o espermatozóide.