

Analysis of tensions intrinsic to Medically Assisted Procreation through gamete donation based on the Pragmatic Sociology perspective

| Análise das tensões intrínsecas ao dispositivo de Procriação Medicamente Assistida com doação de gâmetas sob o olhar da Sociologia Pragmática

ABSTRACT | Introduction:

Medically assisted procreation (MAP) through gamete donation not only triggers scientific, moral, political, social and religious debates; it concerns personal involvement in close relationships.

Objective: *Analyzing the visible or invisible controversies, tensions and constraints regarding MAP involving third-part donors in France and Portugal. Methods:* *In total, 66 interviews were conducted with a different set of actors for the present project. These actors were directly linked to MAP techniques, either because they looked for them (heterosexual and homosexual couples) or because they were responsible for their implementation (specialists in reproductive medicine and embryology) or for discussions and regulations about them (deputies / senators and members of ethics committees). We interviewed 20 beneficiaries (ten in France and ten in Portugal) and 46 professionals (22 in France and 24 in Portugal).*

Results: *The ten women interviewed in the two countries pointed out biographical and care trajectory similarities in the succession of trials to overcome their infertility experience. All these women had heterosexual marriages, were in the age group 34 - 43 years, worked in the tertiary sector and had higher education, except for two cases (complete secondary education). It was possible exploiting the tensions and commitment that have emerged between partners who have chosen MAP with third-part donors due to infertility issues. Conclusion:* *It is possible to standardize and regulate the MAP procedure with third-part donors. However, even if couples have volunteered to participate and manifest process secrecy, the tension remains because it is constitutive of the object.*

Keywords | *Assisted Reproduction; Gamete Donation; Public Health; Pragmatic Sociology.*

RESUMO | Introdução: A procriação medicamente assistida (PMA) com recurso à doação de gâmetas não suscita somente debates científicos, morais, políticos, sociais e religiosos, mas abrange também os envolvimento pessoais nas relações mais próximas. **Objetivo:** Analisar as controvérsias, tensões e constrangimentos, visíveis ou invisíveis, em torno da PMA com dadores terceiros em França e em Portugal. **Métodos:** Para este projeto, foram realizadas 66 entrevistas a um conjunto diferenciado de atores diretamente ligados às técnicas de PMA, seja porque a elas recorrem (casais heterossexuais e homossexuais) seja porque são responsáveis pela sua implementação (especialistas em medicina reprodutiva e embriologia) ou pela sua discussão e regulamentação (deputados/senadores e membros de comissões de ética). No total, entrevistámos 20 beneficiários (dez em França e dez em Portugal) e 46 profissionais (22 em França e 24 em Portugal). **Resultados:** As dez mulheres entrevistadas, nos dois países considerados, apresentam uma semelhança de trajetórias biográficas e de cuidados, numa sucessão de provações no que respeita às suas vivências da infertilidade. Encontram-se todas em situação de conjugalidade heterossexual, têm idades compreendidas entre os 34 e os 43 anos, trabalham no sector terciário e possuem formação superior, exceto em dois casos (ensino secundário completo). Além disso, foi possível explorar as tensões – mas igualmente os compromissos – que emergem no seio de casais com problemas de infertilidade que optam por recorrer à PMA com dadores terceiros. **Conclusão:** É certamente possível padronizar e regular o procedimento de PMA com dadores terceiros. No entanto, mesmo que os casais se encontrem num processo voluntário e manifesto de anonimização do procedimento, essa tensão permanece, porque é constitutiva do objeto.

Palavras-chave | Reprodução Assistida; Doação de Gâmetas; Saúde Pública; Sociologia Pragmática.

¹Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

INTRODUÇÃO |

A procriação medicamente assistida (PMA) com recurso à doação de gâmetas não suscita somente debates científicos, morais, políticos, sociais e religiosos, mas abrange também os envolvimento pessoais nas relações mais próximas. A análise do uso de gâmetas não pertencentes ao património genético do casal faz emergir tensões intrínsecas a esse dispositivo. Essas tensões podem ser apreendidas a partir das narrativas biográficas das nossas entrevistadas e das suas experiências íntimas no seio de casais que recorreram à PMA, formas discursivas que constituem elas próprias formas de ação.

A análise inovadora aqui proposta pretende demarcar-se das abordagens clássicas de uma série de dimensões, a saber: o desconforto provocado pela PMA com doação de gâmetas aos casais e em particular às mulheres desses casais, nomeadamente no que respeita à figura do dador; o modo como os cônjuges enfrentam as diferentes provações decorrentes da PMA; a importância do anonimato e das semelhanças físicas no quadro dos programas de doação de gâmetas e concomitantemente para a criação de laços de parentesco.

Pretendemos evidenciar a complexidade das técnicas de PMA heteróloga descrevendo, por um lado, os elementos paradoxais específicos do dispositivo e, por outro, o conjunto de limites pessoais com que se confrontam os respetivos beneficiários, em França e em Portugal. É a partir do confronto desses dois pontos de fragilidade que procuramos estabelecer um paralelo entre ambos os países: o contexto histórico e nacional que deu origem a esse dispositivo orientou mais ou menos especificamente o correspondente quadro institucional, o qual faz valer diferentemente os recursos políticos e morais e se compatibiliza, com maior ou menor facilidade, com as dimensões emocionais mobilizadas pelos beneficiários.

Esta abordagem explicativa baseia-se, em particular, nos trabalhos sobre os regimes de envolvimento que permitem apreender conjuntamente essas duas dimensões (institucionais e pessoais) sem recorrer a ruturas conceptuais demasiado acentuadas e ideologicamente conotadas (individual/coletivo, público/privado, etc.). Apoiamo-nos nos instrumentos de análise da pluralidade de críticas e justificações nas disputas em público³, bem como na dinâmica de prova dos regimes de envolvimento de menor publicidade, envolvimento que implicam a concretização

de um plano (a ideia da “forma projeto” à escala individual) ou numa escala mais intimamente pessoal por referência às coisas do *familiar*^{31,35}.

Boltanski e Thévenot³ propõem um quadro de análise para descrever o tipo de recursos e princípios comuns a que os actores recorrem em contexto de disputa quando pretendem manifestar o seu (des)acordo ou as suas pretensões de justiça. Thévenot^{31,35} desenvolve uma análise da arquitetura básica de três regimes de envolvimento que reflectem uma pluralidade de formas de colocar em comum a relação activa com o mundo, a saber, o regime de justificação pública, o regime de ação em plano e o regime familiar ou de proximidade.

No caso do presente artigo, quando se desce na arquitetura de envolvimento até à dimensão mais privada, as tensões entre as várias formas de se engrandecer (de “compor a coisa pública” e de “subir em generalidade”) e de compatibilizar exigências contraditórias, vão-se ampliando e diversificando: o desconforto e a perturbação, mas também a necessidade de se tranquilizar. De facto, esta abordagem permite considerar a dinâmica desafiante gerada pela transição (ou “alternância”) de um regime de envolvimento para outro. Essa passagem cria tensões e, às vezes, expectativas discordantes. É o caso, por exemplo, quando a planificação dos objetivos médicos (conforme ao “regime de ação em plano”), com os quais os beneficiários concordaram, incomoda o casal nos seus hábitos e perturba as representações acerca da criança que este foi capaz de construir na sua intimidade (correspondente ao “regime de familiaridade”).

Ao descrever os contornos dessas disputas e tensões decorrentes do uso de técnicas de PMA, procuramos ilustrar a importância da composição dos regimes de ação postos em prática pelos atores envolvidos – os casais com problemas de infertilidade que procuram ajuda médica para conseguirem ter um filho – e que podem ou não conduzir a compromissos diversos, se bem que, por vezes, precários. Procuramos também identificar os dispositivos e objetos que esses casais, através das vozes das mulheres, trazem aos diferentes cenários e que, de acordo com as circunstâncias, ajudam a explicitar os argumentos utilizados e a qualificar os seres e objetos em causa (por exemplo, os dadores terceiros, os especialistas de medicina reprodutiva e as próprias tecnologias biomédicas). Desenvolvemos esse trabalho de decomposição dos dispositivos – técnicos e relacionais cumulativamente – descendo abaixo da dimensão pública e

aproximando-nos do nível mais próximo, íntimo e pessoal (o corpo, a cama, a família).

Recorremos igualmente a outros dois conceitos para interpretar os dados etnográficos recolhidos: o de *insuportável* e o de *incerto*. Marc Breviglieri⁵ analisou os efeitos da proximidade estreita no trabalho social, demonstrando como “a proximidade pode, em excesso, derivar para estados insuportáveis, capazes de suscitar uma indignação e, conseqüentemente, um ímpeto crítico”⁴.

O conceito de *insuportável*, emprestado de Breviglieri^{4,5}, refere-se aqui à situação das mulheres encontradas que sentem, em relação à hipótese de um levantamento do anonimato, um desconforto ou emitem um juízo negativo sobre a intromissão do dador no relacionamento familiar e íntimo que mantêm com o cônjuge, com a criança nascida ou por nascer e com o seu próprio corpo.

Tanto para as mulheres entrevistadas com problemas de infertilidade, como para os casais de lésbicas também inquiridos, qualquer potencial laço ou relação de proximidade com o dador (de ovócitos e/ou espermatozoides) é imediatamente qualificado de forma negativa e encarado como inquietante (ou até mesmo insuportável); chegam inclusive a apagar a figura do terceiro, que é afastado e totalmente descartado da esfera privada e íntima, que deve ser protegida de toda e qualquer intrusão. Nesse contexto, introduzimos o conceito de *operação de desapego*¹² para analisar as estratégias elaboradas por essas mulheres, permitindo-lhes distanciar-se da figura do dador e assim apaziguar-se.

Pelo contrário, os casais homossexuais franceses entrevistados que recorreram à gestação de substituição nos EUA (uma vez que é uma prática interdita em França) – também entrevistados no âmbito do nosso estudo – estão próximos da gestante de substituição, e por vezes mantêm laços com a dadora de ovócitos, embora sem conhecer a sua identidade civil, num quadro legal de semianonimato, onde a criança poderá contactá-la se assim o desejar após alcançar a maioridade. Esses casais do mesmo sexo mobilizam e integram essas duas figuras femininas na história dos filhos porque consideram que não podem ser suprimidas das suas vidas. No entanto, uma apresentação completa desse outro cenário transcende o escopo deste artigo.

A noção de *incerto*, por sua vez, é uma construção ao nível do “regime de ação em plano”³¹, que nos remete para a incerteza (dúvida e receio) das nossas entrevistadas sobre

a confiabilidade da prossecução do projeto de ter um filho com recurso à assistência médica e à contribuição genética de terceiros. Caracteriza-se pelo facto de não haver garantia quanto ao sucesso desse projeto, devido às sucessivas tentativas infrutíferas a nível dos tratamentos. Esta última dimensão refere-se às tensões críticas entre as formas de avaliação e as modalidades de gestão da incerteza que as acompanham²⁸. No projeto de ter um filho, as mulheres levam em conta a incerteza e circunscrevem-na, tentando medi-la (i.e., avaliam a situação e aquilo com que podem contar para alcançar o seu objetivo, por exemplo, analisando e comparando estatísticas de taxas de sucesso de tratamentos de infertilidade em diferentes centros de PMA). No entanto, a medição não leva em conta o nível do “próximo”, definido como “regime de familiaridade”. De facto, a imprevisibilidade dos resultados das técnicas biomédicas de reprodução assistida encontra-se associada ao baixo grau de controlo exercido pelos casais inférteis sobre essa fonte de incerteza (que é importante para alcançar as metas definidas como seja ter um filho) e à sua capacidade de a gerir.

Os regimes de envolvimento são, assim, por nós mobilizados para analisar as tensões existentes entre, por um lado, as políticas de cuidados e, por outro lado, as necessidades de acompanhamento e as representações que os casais delas criam. Essa tensão está na raiz da dificuldade das pessoas envolvidas em empreender e desenvolver a “ação que convém”²⁷. Para estudá-la, dever-se-ão levar em conta as capacidades de os atores utilizarem registos de ação precisos e os alterarem de acordo com as circunstâncias, em função das outras pessoas com as quais se têm de coordenar. Tal pressupõe que a pessoa identifique a ação, o seu desenrolar e emita um juízo sobre a sua concretização, o que pode gerar momentos de inquietação.

Convém ainda sublinhar que o trabalho de cuidados prestado, que requer protocolos e planeamento, pode ser intrusivo e ter um efeito dissuasor, porque considerado insuportável pelo doente. Essas atitudes de rejeição face ao insuportável e ao incerto, mais ou menos violentas, muitas vezes difíceis de verbalizar, acabam por enfraquecer tanto a continuidade do protocolo médico, como o projeto parental do casal ou a vontade dos beneficiários se envolverem no dispositivo de PMA.

Abordaremos esses tópicos a partir das seguintes questões: de que modo os casais inférteis, especialmente as mulheres, são afetados por esse dispositivo de procriação em ação?

Que benefícios e malefícios – associados às pressões de diferentes níveis de envolvimento cujos efeitos são difíceis para a consistência das personalidades^{33,35} – experimentam ao longo das suas trajectórias biográficas e de cuidados? Quais as capacidades ou incapacidades de enfrentar as contrariedades encontradas, manifestando embaraço e/ou elaborando-o para fazer ouvir a sua voz em público? Como é que, na prática, conseguem recuperar o controlo das suas vidas, respeitando as próprias escolhas?

Tendo em conta todos os debates em torno da PMA com dadores terceiros, pareceu-nos oportuno não nos centrarmos na questão política em torno da prática, mas examinarmos minuciosamente todas essas tensões – impossíveis de eliminar – inerentes ao procedimento e os meios de que os atores dispõem para as gerir e contornar.

MÉTODOS |

Os dados empíricos foram recolhidos como parte integrante do nosso projeto de pós-doutoramento, que teve como objetivo analisar as controvérsias, tensões e constrangimentos, visíveis ou invisíveis, em torno da PMA com dadores terceiros, em França e em Portugal. O projeto de investigação, sob a supervisão do Prof. Doutor Laurent Thévenot (EHESS, França) e do Prof. Doutor José Manuel Resende (NOVA FCSH, Portugal), foi financiado através uma bolsa de pós-doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (referência SFRH/BPD/62866/2009). O referido projeto não necessitou de aprovação por uma Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais aplicada ao domínio da Saúde. Embora não seja proposto um trabalho exaustivo de análise comparativa entre França e Portugal, este texto destaca a similitude dos problemas, de natureza existencial, que surgem em diferentes contextos, especialmente se tomarmos como ponto de partida os instrumentos da sociologia dos envolvimentos.

Para além de um enquadramento jurídico da PMA bastante semelhante, as particularidades institucionais desses dois países explicam certas especificidades dos dois contextos etnográficos. Aquando da recolha de dados, ambos os países adotavam uma abordagem terapêutica da PMA na medida em que um casal devia fazer prova da existência de problemas de saúde (infertilidade/esterilidade ou risco de transmissão de doenças) para poder adquirir o estatuto de beneficiário de técnicas de reprodução assistida. A

essas condições médicas somavam-se certas condições sociais: o interesse da criança nascer no seio de um casal parental estável e unido, e as escolhas da própria sociedade, ao instituir certas formas de parentalidade. Em Portugal, todavia, a primeira lei da PMA, datada de 2006, foi alterada em meados de 2016, alargando o acesso a todas as mulheres, independentemente do seu estado civil ou orientação sexual, abrangendo assim as solteiras e os casais de lésbicas.

As primeiras leis de bioética em França datam de 1994, enquanto em Portugal a lei da PMA é somente adotada em 2006, vinte anos após o nascimento do primeiro bebé proveta. Em ambos os países a regra vigente era o anonimato do dador de gâmetas, sendo que a situação foi recentemente alterada em Portugal. O primeiro CECOS (*Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains*) foi criado em França em 1973, enquanto que só em 2011 é criado o primeiro Banco Público de Gâmetas em Portugal.

Convém sublinhar que, em França, a doação de gâmetas é totalmente a título gratuito, porque historicamente assimilada a outras doações de elementos do corpo humano (sangue, medula óssea). Em Portugal, de acordo com a lei, é interdita a venda ou compra de óvulos, esperma, embriões e todo e qualquer material biológico resultante da aplicação das técnicas de PMA. No entanto, os dadores recebem um montante compensatório pela doação de células reprodutivas (ovócitos e espermatozoides), como reembolso das despesas efectuadas ou indemnização pelos prejuízos dela resultantes, diferenciado em função da natureza da dádiva e dos diferentes transtornos das respetivas intervenções. O montante máximo da compensação foi fixado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), a partir do cálculo do valor do Indexante dos Apoios Sociais (IAS), que serve de referência à Segurança Social para o cálculo das contribuições dos trabalhadores, das pensões e de outras prestações sociais. Entre 2009 e 2016, esse valor esteve congelado nos 419,22 euros, tendo sido atualizado em 2017 para os 421,32 euros. O montante máximo da doação de ovócitos é de uma vez e meia o valor do IAS e, no caso da doação de esperma, de 1/10 desse valor.

Para este projeto, foram realizadas 66 entrevistas a um conjunto diferenciado de atores directamente ligados às técnicas de PMA, seja porque a elas recorrem (casais heterossexuais e homossexuais) seja porque são responsáveis pela sua implementação (especialistas em medicina reprodutiva e embriologia) ou pela sua discussão

e regulamentação (deputados/senadores e membros de comissões de ética). No total, entrevistámos 20 beneficiários (dez em França e dez em Portugal) e 46 profissionais (22 em França e 24 em Portugal), entre janeiro de 2013 e abril de 2016.

Neste texto, baseamo-nos sobretudo nas dez entrevistas realizadas com mulheres heterossexuais (cinco em França e cinco em Portugal) que recorreram à doação de gâmetas (espermatozoides e/ou ovócitos). Nos excertos de entrevista apresentados, os nomes foram alterados para preservar o anonimato das inquiridas e a confidencialidade dos dados. Centrâmo-nos intencionalmente nas situações de maior penosidade para os beneficiários: é, de facto, a compreensão dessas provações que nos pareceu mais relevante, em articulação com a dinâmica de desapego – tanto em nível físico quanto moral – mobilizada pelas entrevistadas em relação à figura do dador. Essas situações difíceis também permitem analisar certas falhas institucionais do procedimento que regula o uso da contribuição genética de terceiros no âmbito da assistência médica à reprodução.

Para ter acesso aos beneficiários heterossexuais, publicámos uma mensagem explicitando o projeto e um apelo a testemunhos nos sites de duas associações: a Associação Portuguesa de Fertilidade e a sua congénere francesa, a Association MAIA. As duas associações foram criadas nos anos 2000 como resultado de movimentos cívicos de pessoas com problemas de fertilidade em cada um desses países. São associações fundamentalmente orientadas para apoiar, informar e representar a comunidade infértil. Nenhum elemento masculino do casal se mostrou disponível para ser entrevistado, mesmo estando presente no momento da entrevista. Consequentemente, são as mulheres que discorrem sobre este assunto, quer participando nos fóruns de discussão *online* de associações de infertilidade (onde os homens estão praticamente ausentes), quer correspondendo aos pedidos de entrevista (para estudos ou reportagens nos *media*). Tal pode ficar a dever-se ao facto de a utilização das técnicas de PMA implicar sempre a medicalização do corpo das mulheres, independentemente da origem do problema de infertilidade ser feminino ou masculino, e de essas mulheres estarem sujeitas à pressão associada à expectativa de uma gravidez bem-sucedida.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

As dez mulheres entrevistadas, nos dois países considerados, apresentam uma semelhança de trajetórias biográficas e de cuidados, numa sucessão de provações no que respeita às suas vivências da infertilidade. Encontram-se todas em situação de conjugalidade heterossexual, têm idades compreendidas entre os 34 e os 43 anos, trabalham no setor terciário e possuem formação superior, exceto em dois casos (ensino secundário completo).

Quando o casal decidiu ter um filho, a mulher parou de tomar a pílula anticoncepcional; depois, face à não ocorrência de uma gravidez no ano seguinte, o casal solicitou ajuda médica. Em três casos, era o marido que tinha um problema de infertilidade (azoospermia), tendo o casal optado por uma doação de esperma. Foi diagnosticada falência ovárica prematura em duas mulheres; outros cinco sofriam de endometriose.

Essas mulheres submeteram-se a tratamentos de PMA durante quase uma década. Foram sujeitas a várias tentativas de inseminação artificial, fertilização *in vitro* (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), antes de se decidir pela doação de ovócitos ou pela dupla doação de gâmetas (ovócitos e espermatozoides). Apenas quatro mulheres com endometriose, que recorreram à doação de ovócitos, ainda não estão grávidas nem têm filhos.

O consentimento informado, mediante o qual os membros do casal – especialmente o cônjuge que não contribui com os seus gâmetas para a conceção – concordam em submeter-se às técnicas de PMA com dadores terceiros, reencaminha-nos para o regime de ação em plano. De acordo com as entrevistas realizadas, essa figuração do agir não é, todavia, espontânea, mas corresponde a uma apreensão da realidade, ou seja, ao envolvimento do ator num projeto (neste caso, o projeto de ter um filho), a partir da adaptação a um ambiente material e funcionalmente preparado – em termos médicos, científicos e tecnológicos – para satisfazer a sua aspiração a uma descendência biológica.

Todas as histórias narradas derivam de uma provação ou teste (o diagnóstico de infertilidade de um dos membros do casal) que atacou a “consistência da pessoa”³⁶, enquanto trabalho reiterado de coerência biográfica que corresponde à manutenção da sua personalidade, na sua

relativa continuidade e solidez, ao longo do tempo, pela composição dos seus múltiplos níveis de envolvimento, do mais próximo ao mais público. É importante enfatizar que é um retomar da questão clássica da identidade pessoal, enriquecida pelo facto de a noção de envolvimento capturar modos plurais de correspondência consigo mesmo, sendo que essa pluralidade de envolvimento com as várias temporalidades oferece a possibilidade de uma abordagem dinâmica da continuidade da pessoa. Como resposta a essa crise extrema, todos os casais fizeram a mesma escolha, optando pela reprodução heteróloga (ação que envolve uma coordenação funcional com um ambiente médico e técnico), após longos percursos de vida e de cuidados marcados por incertezas, fracassos e recomeços.

Foi um pormenor, foi um contornar de uma situação para atingir aquele fim só, porque foi a forma que nós, enquanto casal, encontramos, juntamente com as equipas médicas, claro, a única forma de conseguir ter aquela criança (Dani, portuguesa, 39 anos, casada, sem filhos).

Aos tratamentos, em fase de estimulação e de controlo ecográfico, eu cheguei a ir dia sim e dia não ao Porto, que é muito desgastante fisicamente e psicologicamente também, mas nós quando fazemos as coisas é com um objetivo, não é? E, portanto, se nós sabemos que é aquilo que queremos e que para alcançarmos aquilo é isto que nós temos que fazer, nós vamos (Tita, portuguesa, 36 anos, casada, sem filhos).

O projeto é uma forma endurecida do regime de ação em plano, na longa duração, envolvendo desafios importantes para a pessoa e momentos de constrangimento de integração dos testes e provações que vai enfrentando ao longo da vida. É um plano consolidado que se engrandece e que é fundamental para a “consistência da pessoa”, para a perspetiva integral de sua “biografia pragmática”³⁶. Por outras palavras, esse projeto permite que a pessoa se mantenha, estabeleça uma coerência biográfica e integre os testes e momentos em que transita de um regime de envolvimento para outro ou compõe as suas várias formas de se envolver no mundo e com os outros. O projeto é uma modalidade de integração máxima, que já não respeita a envolvimento específicos, mas que engloba a completa existência da pessoa. Face à violência dos momentos de crise, os membros do casal são totalmente canalizados e reduzidos ao projeto, embora sem garantias de concretização.

Neste caso concreto, envolver-se ao nível do plano significa para o ator a prossecução do objetivo de ter um filho, aceitando submeter-se a tratamentos médicos e decidindo

recorrer a dadores terceiros, o que também convoca a sua própria autonomia individual. Não devemos ignorar que, neste questionamento acerca da necessidade de procurar ajuda para superar a infertilidade do casal, os indivíduos se encontram em situação de grande vulnerabilidade. É, pois, fundamental examinar o modo como esse regime de envolvimento em plano se articula ou, pelo contrário, entra em tensão com a sensação de conforto e bem-estar que prevalece entre pessoas próximas, algo que é próprio ao regime de familiaridade. No entanto, a ideia do projeto, associada ao cálculo e ao “governo por objetivos”³⁴, também se baseia no risco e na incerteza, algo que gera uma ansiedade permanente e que mobiliza as artes de fazer e refazer os próprios projetos, seja para recomeçar após cada fracasso, seja para reorganizar as experiências pessoais e rever os projetos da vida.

Como é que os atores compõem esses complexos cenários de envolvimento diversos e as tensões entre diferentes regimes de envolvimento em situação? Como discorrer acerca das pessoas que são obrigadas a mudar de provas de uma situação a outra? Como se faz a transição entre vários regimes de envolvimento no seio de um mesmo casal? Como se passa das promessas de envolvimento num contrato (vontade individual) às decisões acerca do próprio projeto até à sua revisão (esgotamento pessoal)?

Uma pessoa é capaz de se envolver de uma determinada forma (em detrimento de outra) em situações específicas, o que nos remete para a capacidade de agir, ou seja, para a capacidade de utilizar formatos precisos de ação, de empreender a “ação que convém”²⁷ em função das circunstâncias. Por conseguinte, é importante analisar as dinâmicas de mudança em relação aos vários modos de envolvimento, bem como no interior de um mesmo regime.

As pessoas não apenas alteram o seu projeto, mas também mudam de regime de envolvimento: passam do regime de ação em plano – associado ao projeto – para o regime do próximo ou de familiaridade. É, portanto, particularmente importante analisar as decisões que as pessoas são levadas a tomar: seja continuar e insistir, seja reconsiderar e abandonar o projeto.

Nos dois excertos que se seguem, o projeto continua presente; a pessoa mantém-se num regime de envolvimento em plano. No entanto, a sucessão de falhanços e recomeços, a inquietação, mas também a esperança, fazem igualmente parte da sua dinâmica.

A minha ansiedade era porque eu não sabia se iria algum dia conseguir. [...] quando fiz duas inseminações e não consegui, comecei a ficar um bocadinho mais preocupada, mas depois quando tive a gravidez ectópica, até aí se calhar podia ter ido abaixo porque “finalmente consegui mas isto não vai correr bem”, mas não. Para mim, apesar de tudo foi uma alegria porque eu percebi que conseguia engravidar. Portanto, é este o caminho. É uma questão de tentar outra vez (Bia, portuguesa, 34 anos, casada, gémeos de 4 anos).

Quando se faz uma inseminação artificial ou uma fertilização in vitro, é-se obrigado a acreditar, a estar otimista. Acredita-se nisso, e a nossa vida muda, tornamo-nos num saco de medicamentos, e o resultado continua a ser negativo. Aumentamos a esperança, voltamos a cair no desespero e recomeçamos o processo durante anos e anos (Renée, francesa, 42 anos, com companheiro, grávida de gémeos).

Inversamente, no trecho seguinte, a pessoa está prestes a sair da “forma projeto” ou pelo menos considera a possibilidade de sair, embora o projeto implique sempre repetir e recomeçar.

Mas, quer dizer, também há coisas que nós não conseguimos controlar, e eu sempre disse – e continuo a dizer – eu tenho a certeza absoluta de que eu vou ser muito feliz, eu e o meu marido, que nós vamos ser felizes os dois. Não sei se essa felicidade vai implicar ter filhos ou não. Espero que sim. Neste momento ainda estou numa fase em que digo espero que sim. [...] Aquilo que nós podemos garantir, que é aquilo que nós enquanto casal determinámos, é que vamos fazer tudo aquilo o que estiver ao nosso alcance. [...] Porque essa certeza vai ser apaziguadora no futuro, se as coisas não correrem como nós queremos ou como nós esperamos. [...] poderemos canalizar os nossos interesses e a nossa vida para outras coisas, porque andar uma vida inteira numa luta que nós não sabemos se vamos ganhar, não é para nós enquanto casal. [...] Neste caso, como nós sabemos, não há garantias nos tratamentos. Nós podemos gastar muito dinheiro e nunca conseguir. [...] Acho que vamos passar a uma fase diferente, se calhar, não é, de reaprender, de reorganizar, é mais reorganizar as nossas vivências e aquilo que nós queremos para nós. (Tita, portuguesa, 36 anos, casada, sem filhos).

A entrevistada afirma não saber se a felicidade conjugal é ter ou não filhos, referindo-se a uma felicidade abstrata. Em termos de plano de vida, ela expressa a ansiedade de permanecer no projeto, na medida em que tal pode comprometer a felicidade do casal. O facto da pessoa e do casal se definirem quase exclusivamente por referência ao projeto (planeamento procriativo) constitui uma enorme ameaça, da qual ela tem que se distanciar. Esta mulher coloca-se assim abaixo do regime em plano: o grandioso plano de ter um filho, através da intervenção biomédica,

não pode constituir a totalidade da sua pessoa, nem se tornar um modo de vida. Neste caso, o projeto de ter um filho é afrouxado, quase que abandonado na sua própria delimitação, na medida em que se abre sobre uma composição de envolvimento mais complexa e abrangente do que o próprio projeto, acompanhado constantemente pela repetição possível num contexto de incerteza.

Como é que os casais lidam com situações difíceis, nomeadamente a de ter que suportar o fracasso repetido dos tratamentos planeados para ter um filho? Como (re)agem no confronto com essas situações penosas e adversas? Dada a intensidade dos diferentes “formatos do teste”³⁵, mantêm o seu envolvimento em plano ou, pelo contrário, a situação difícil leva-os a alterar a sua forma de se envolver ou a revê-la completamente, o que implica também a revisão do próprio projeto?

A sucessão de falhanços e repetições resulta numa “exaustão capacitária”^{6,7}, em particular no esgotamento dos recursos para conseguir resistir à incerteza e no enfraquecimento da capacidade de lidar com as provas de integração da pessoa. Essa exaustão, que decorre da proliferação, sucessão ou sincronização dos testes – que vão desde o íntimo ao plano – nas diversas situações, desde o diagnóstico da infertilidade (endometriose e/ou falência ovárica prematura nas mulheres e azoospermia nos homens) aos sucessivos falhanços (embriões de baixa qualidade, fracasso na implantação de embriões transferidos, gravidez ectópica, aborto, etc.), delinea a perspectiva de colapso da manutenção de si – e do casal – até à rejeição do projeto. Estamos perante uma dinâmica de revisão, que diz respeito não apenas ao projeto em si, mas também ao modo principal de envolvimento, na medida em que se passa do regime de plano ao regime de familiaridade. O esgotamento dos esforços e recursos investidos no projeto corresponde ao enfraquecimento da perseverança e da vontade de tudo fazer para ter um filho, até ao desânimo e resignação, mas, sobretudo, ao recuo para o interior do espaço proximal (fechamento do casal ao exterior).

É, pois, fundamental analisar os constrangimentos de certas situações, que determinam o modo como os atores lidam com os fracassos sucessivos da biomedicina no controlo dos seus corpos. O principal problema que se coloca é a extenuante repetição de uma prova que se situa sempre e completamente no regime do plano: os casais podem diversificar os seus regimes de envolvimento de acordo com as situações e desenvolver uma ligação complexa

com o mundo, mas quando se trata da sua relação com a medicina apenas lhes interessam os resultados (dos exames, dos testes, dos tratamentos, etc.).

Graças ao auxílio das técnicas biomédicas, os entrevistados subordinam o governo das suas vidas aos objetivos que estabeleceram: transformam a sua relação quotidiana e despreocupada com o mundo e a forma como, por vezes, precisam de fechar os olhos face ao seu corpo para não correrem o risco de estar em permanente ansiedade. A dinâmica de envolvimento refere-se assim à alternância entre um momento de adesão confiante ao projeto (“fechar os olhos”) e um momento de dúvida e hesitação sobre o comprometimento pessoal no regime do plano (“abrir os olhos”)³⁴. Encontramos uma relação com o mundo extraordinariamente compósita ou, pelo contrário, uma espécie de cristalização por causa desse regime de ação em plano.

Paralelamente ao que é expresso (sentimentos e emoções), interessa de igual modo analisar o modo como o casal problematiza a PMA, através de um discurso de formato liberal onde se vê o reflexo de toda a retórica do projeto: é um projeto do casal que importa realizar; são as coisas já ditas e reditas na relação com os médicos.

Para além da duração da prova ou teste, o planeamento e adaptação do projeto também devem ser considerados. A ideia não é necessariamente alcançar o objetivo proposto, mas tudo ter feito para realizá-lo. Passa a ser assim a história da vontade de concretização do casal. O que é reconfortante para os casais, nessa eventual saída do projeto, é o facto de terem um projeto parental e de tudo terem tentado para alcançar esse objetivo. O objetivo inicial não é efetivamente realizado. O projeto parental é então adaptado para não mais ser simplesmente a trama de uma história já programada (a entrada no processo de PMA); pelo contrário, ajusta-se à história de um casal e de uma família, de acordo com a singularidade do seu percurso, da sua própria história em comum. Constatamos como a temporalidade das provações influencia a maneira segundo a qual as pessoas integram os momentos que marcaram indelevelmente a sua biografia, no sentido de lhes dar coerência. Essa forma de ter uma visão global da sua vida, de colocar em perspetiva a totalidade da sua existência, opõe-se à segmentação decorrente do projeto de ter um filho com a ajuda da medicina.

Podemos ver nessa passagem sobre a exaustão capacitária um eco do conceito de “progresso incorporado”

(“embodied progress”) que Sarah Franklin¹⁶ desenvolveu na sua análise da incorporação das tecnologias e procedimentos biomédicos. Para a autora, trata-se sobretudo de tentar compreender o que designa de “dilemas reprodutivos” e “dilemas de filiação”, i.e, o facto de a inovação tecnológica e o progresso científico possibilitarem formas de escolha inéditas, criando assim incertezas e introduzindo o relativismo na definição de parentesco. É analisado como a parentalidade, o parentesco e a reprodução são culturalmente redefinidos (e até mesmo desestabilizados e desnaturalizados) no contexto das novas técnicas de conceção assistida. Por outras palavras, as novas tecnologias reprodutivas não só têm repercussões sobre as definições de parentesco, mas também introduzem novas e complexas relações com a ciência e a tecnologia, relações que às vezes podem ser temporárias, eventualmente opressivas e intrinsecamente confusas. Por exemplo, existe uma lacuna significativa entre a representação da fertilização *in vitro* (FIV) como uma série de etapas progressivas e a experiência do procedimento, pela maioria dos casais, enquanto sequência de falhanços – muitas vezes inexplicáveis – que os impedem de prosseguir (devido às baixas taxas de sucesso), gerando novas incertezas e ambiguidades. No entanto, os casais são motivados pela certeza da resolução: ou têm sucesso ou, pelo menos, estarão cientes de ter esgotado todas as opções.

Em França, as primeiras leis de bioética, datadas de 1994, estabeleceram o anonimato irreversível dos dadores de gâmetas segundo o “modelo de pseudo-procriação carnal” a partir da “utilização falaciosa da presunção de paternidade”²⁵ – o marido estéril é considerado o pai da criança – e da negação da dádiva. A “despersonalização dos gâmetas” assegura que a criança não nasce de uma pessoa em concreto, mas de um “material reprodutivo intermutável”²⁴.

No processo de PMA, o confronto entre o direito da criança ter acesso às suas origens e o direito do dador de gâmetas permanecer anónimo leva-nos a questionar as representações e valores da sociedade (natureza, tecnologia e parentesco), que geram tensões entre princípios contraditórios^{8,11}.

O debate entre os partidários e os detratores da manutenção do anonimato dos dadores de gâmetas assenta em duas conceções diferentes de filiação, que opõem o social ao natural, bem como o direito de conhecer as suas origens à necessidade de preservar um modelo de família dito tradicional²¹. Alguns autores propõem, assim, um novo

modelo de filiação, designado de “pluriparentalidades”²⁴ e caracterizado pela introdução de outros pais no processo de gerar um ser humano.

O funcionamento, tanto do Banco Público de Gâmetas em Portugal como dos CECOS em França, baseia-se na regra de similitude, ou seja, na compatibilidade entre o dador e o recetor (membro estéril ou infértil do casal) segundo critérios étnicos, morfológicos (cor da pele, olhos e cabelos) e de tipo sanguíneo. A finalidade e justificação desse emparelhamento é o de naturalizar o processo reprodutivo (simulacro da procriação humana natural), incentivar a identificação entre pais e filhos (inserir as crianças na genealogia familiar e protegê-las evitando questões desestabilizadoras), e manter a confidencialidade acerca da identidade civil do genitor, graças à doação anónima de gâmetas. É aqui utilizado o termo “naturalizar” no sentido ontológico (e não epistemológico ou antropológico) de eliminar ou procurar eliminar da nossa ontologia todos os objetos e propriedades do escopo da moral ou da sociologia (a doação de gâmetas e a figura do dador), em benefício de outros que se referem a objetos e propriedades físicas observáveis. Neste caso, referimo-nos às semelhanças fisionómicas entre os pais de intenção e os filhos oriundos da doação de gâmetas, mas também aos processos biológicos, como sejam a gravidez da mulher e o parto da criança.

As semelhanças físicas – mesmo quando não decorrem da genética – encontram-se associadas ao biológico (natureza) e funcionam enquanto “prova” manifesta da coincidência entre filiação e concepção¹⁵. Na medida em que se reportam ao corpo na sua aparência e visibilidade, introduzem a continuidade da linhagem (parecenças) onde existe uma descontinuidade biológica (ausência de vínculos genéticos).

No que se refere à seleção de potenciais dadores de substâncias biogenéticas, alguns casos são proibidos por lei em França e em Portugal; essas proibições reproduzem normas sociais implícitas, por exemplo quando a proximidade com o dador é demasiado forte, ou, inversamente, a distância muito pronunciada. Como se pode constatar nas seguintes passagens, são proibidos laços familiares (doações diretas entre parentes) ou relações estreitas de convivência ou interconhecimento (o dador não pode ser alguém conhecido como seja um vizinho), bem como as diferenças étnicas (a incompatibilidade em termos fenotípicos e genotípicos), que podem suscitar algum desconforto, conflito ou perturbação no seio da

família ou no seu relacionamento com outrém, incluindo o dador.

Eu prefiro o anonimato, nem é por questões legais, é por uma questão depois de confusão. Porque é a mesma coisa, a minha irmã me disse “ai eu quero doar! Eu doo e fica tudo assim”. Nem pensar! Sem confusões. [...] Não há motivo para você dar chance para que haja algum drama numa determinada hora (Isa, portuguesa, 39 anos, casada, filha de 3 anos).

Eu só queria que fosse de raça caucasiana obviamente. Se fosse de raça negra ou outra, era um bocado estranho, não é. E isso de não contar a ninguém, não ia correr bem. [...] se fosse um dador português, até podia ser meu vizinho, eu não sabia, não é. E às vezes pode acontecer, se calhar, ter uma surpresa, ser parecido com alguém que eu conheça. [...] não sei quem são os dadores. E nem me interessa! Mas o facto de ser espanhol, dava-me alguma tranquilidade e à partida não é ninguém de muito perto (Bia, portuguesa, 34 anos, casada, gémeos de 4 anos).

Se eu soubesse quem ele era, isso far-me-ia sentir desconfortável, porque diria para mim mesma “é ele”. Eu não me sentiria bem comigo mesma. Aqui, pelo menos, digo a mim mesma que o facto de ser anónimo significa que pode ser qualquer um. [...] Mas se eu soubesse quem é, haverá mais essa preocupação. Ao passo que sendo anónimo, não tenho essa preocupação. O dador não sabe que sou eu, e eu não sei que é ele (Chloe, francesa, 38 anos, casada, gémeos de 4 anos e gémeos de 1 ano).

Com a discussão acerca do alargamento do acesso à PMA por todas as mulheres (solteiras e em casal do mesmo sexo) e da legalização do recurso à gestação de substituição, as controvérsias públicas sobre o anonimato de dadores, o acesso às origens e representação social da figura do terceiro ganharam um novo *momentum*. Torna-se assim impossível guardar segredo acerca da concepção ou manter a existência invisível do dador²², alterando-se assim o modelo pseudo-procriativo que prevalece na lei da PMA em França e, até recentemente, em Portugal, antes da regra do anonimato dos dadores ter sido alvo de debate. Na sequência do pedido de fiscalização da lei da gestação de substituição apresentado por um grupo de deputados do CDS-PP e do PSD, o Tribunal Constitucional (TC) votou, em abril de 2018, um acórdão em que declarou inconstitucionais várias normas, como seja a confidencialidade dos dadores. O TC considerou que a opção legal de estabelecer como regra o anonimato dos dadores “merece censura constitucional, devido a impor uma restrição desnecessária aos direitos à identidade pessoal e ao desenvolvimento da personalidade das pessoas nascidas em consequência de processos

de PMA com recurso à dádiva de gâmetas ou embriões, incluindo nas situações de gestação de substituição”.

Se, no quadro dos projetos de homoparentalidade, a figura do dador terceiro (anónimo, semianónimo ou conhecido) não é suscetível de ser totalmente ignorada, nem a doação de gâmetas ocultada,^{24,17} existem, todavia, arranjos que permitem aos casais heterossexuais mitigarem as tensões e ansiedades inerentes à presença ou proximidade insuportável de terceiros.

No momento da prova de justificação tendo como finalidade suspender a disputa e alcançar um acordo, as mulheres inquiridas deixam de defender o seu caso particular, mobilizando argumentos de alcance geral (subida em generalidade) e publicamente defensáveis (segundo um princípio superior ou bem comum), válido para todas as situações semelhantes³, ou seja, para todos os casais que necessitam de recorrer à doação de gâmetas para conseguirem ter um filho. É assim reivindicado o recurso a dadores terceiros não só em nome do seu desejo pessoal de ter um filho, mas também em prol de uma conceção geral do justo para todos os casais nas mesmas circunstâncias, ou seja, o direito de serem pais mesmo tendo problemas de infertilidade (“regime de justificação pública”).

No contexto das formas plurais de coordenação incerta das ações (consigo mesmas e com os outros), o modelo de justificação para a opção por um terceiro dador é edificado pelas inquiridas sobre a construção instrumental da ação, segundo o princípio da utilidade, onde os comportamentos são avaliados de acordo com os efeitos provocados, o que nos remete para o “mundo industrial³. Os gâmetas doados constituem recursos que valem pela sua eficácia e funcionalidade no quadro do dispositivo de PMA, i.e. pelo seu potencial reprodutivo de poder ajudar a gerar um filho, sob condições médicas, no seio de um casal infértil.

Estamos perante uma operação de valoração (determinação do valor como algo em vias de ser criado no momento em que se identifica o bem pretendido, i.e., a PMA com doação de gâmetas) e de avaliação (atribuição de valor a partir da identificação do estado desejado, ou seja, a gravidez). As entrevistadas fazem uma ponderação das opções legítimas para ter um filho e, dentro desse conjunto de possibilidades, identificam a PMA com dadores terceiros como o bem a obter; da mesma forma, classificam o estar grávida como sendo a situação que desejam alcançar (ou que já atingiram).

Neste contexto, as inquiridas ressaltam a importância de selecionar dadores com “bons gâmetas”, i.e., que ofereçam uma maior taxa de sucesso em termos de fertilização, de qualidade dos embriões e de desenvolvimento do feto. Essa avaliação abstrata dos dadores e dos gâmetas pelos casais inférteis é igualmente uma apropriação e retradução do discurso médico, que veicula uma conceção anonimizada e biologizante da doação¹³, no quadro do governo da PMA pelas normas^{29,30,32}.

As entrevistadas mobilizam a gramática das grandezas não apenas para estabelecer um acordo entre todos e justificar as suas próprias ações, mas também para fundar a crítica a uma eventual intromissão do/a dador/a – não encontramos nenhuma diferenciação de género. Para as mulheres portuguesas entrevistadas, as maneiras de suprimir a existência do dador como pessoa e de lhe retirar todo e qualquer direito sobre a criança, já nascida ou por nascer, implica a crítica por referência ao princípio superior comum do “mundo mercantil”³. No que se refere à doação de gâmetas, encontramos-nos perante um regime de envolvimento alicerçado sobre uma forma pública clássica de qualificação mercantil, porque a coordenação da ação se faz em função do interesse e proveito económicos. Como destaca o seguinte excerto, a motivação atribuída à dadora é a vertente financeira associada à doação de ovócitos (compensação monetária) e não o altruísmo, por contraposição a um regime de familiaridade, baseado no aspeto emocional e nos laços de proximidade (o amor da mãe que dá à luz o filho que tanto desejou). A economia do dom é assim atravessada pela troca de cariz comercial. Há um juízo moral acerca da dadora, que é responsabilizada pelas suas próprias ações no contexto de um contrato no âmbito do qual foi remunerada.

É financeiro. Não é altruísmo. [...] porque a dadora na hora não teve nenhum processo sentimental ali, aliás muito pelo contrário, eu acredito que seja um processo muito... não vou dizer doloroso, para não chegar no ponto do doloroso, mas um processo muito desgastante. [...] Na verdade, não tem nada associado ali que seja amor. [...] A dadora doou, assinou um contrato, recebeu dinheiro por aquilo ali. É um procedimento médico, chato e aquilo tudo, aceitou, acabou. E eu acho que ela tem de ter essa consciência. E eu espero que legalmente isso fique muito claro. [...] Ela vendeu, porque foi paga. E ela não teve nenhum ato pessoal com aquela criança. Nenhum. Então eu acho que nesse caso não tem direito, nem direito como pessoa, direito pessoal, nem direito legal. (Isa, portuguesa, 39 anos, casada, filha de 3 anos).

A PMA com dadores terceiros não pode ser considerada um tratamento para curar uma infertilidade patológica, como sucede na PMA intraconjugal, mas como um novo arranjo que se destina a responder à vontade de ter um filho de um casal que não consegue procriar sozinho¹⁷. A medicina não trata uma pessoa estéril, mas desenvolve “uma nova forma de gerar filhos”²⁴. Baseia-se na cooperação entre um casal de pais institucionais (onde um deles concebe, mas o outro não) e um dador de gâmetas que lhes oferece a sua capacidade procriativa a fim de os capacitar a concretizar um projeto parental. Por outro lado, embora existam ou tenham existido arranjos muito diversos nas sociedades tradicionalmente estudadas pelos antropólogos¹⁹, este arranjo é uma novidade na nossa sociedade contemporânea, especialmente porque são utilizadas tecnologias específicas.

Os dadores, segundo os discursos, usos, práticas e representações que lhes estão associados, constituem ao mesmo tempo figuras positivas ao permitirem o nascimento da criança e ameaçadoras porque vistas como concorrentes dos pais de intenção; tal revela, simultaneamente, a importância de um papel estritamente material, ou seja, a doação de alguns gâmetas necessários à reprodução²⁰.

Os casais que recorreram à PMA estabelecem uma relação instrumental com o dador. De facto, o dador é considerado como um mero objecto técnico para fins científicos e médicos, como um meio para atingir um fim: o dador é um provedor de gâmetas a serem recolhidos para implantação alhures. Acresce que a possibilidade de a criança querer conhecer o dador de gâmetas é encarada como uma mera curiosidade sua (procurar as origens genéticas), seja pelos casais, seja pelos médicos entrevistados, mediante uma operação que reduz a importância e o alcance dessa hipótese.

Mesmo quando a doação é vista como um ato de generosidade pelas mulheres inquiridas (enquanto dádiva no sentido maussiano), são todavia negados ao dador todos os direitos sobre a criança. Os gâmetas são reduzidos a células, apresentados apenas como coadjuvantes na ação (valor utilitário de acordo com uma postura pragmática). As entrevistadas francesas chegam ao ponto de comparar os gâmetas com outros elementos do corpo humano, como seja o sangue ou a medula óssea, adotando, assim, o discurso oficial sobre a doação (tal como inscrita nas leis de bioética).

Eles doaram gâmetas. O filho não é deles. É como eu, quando doei o meu sangue ou quando vou doar medula óssea. [...] Eles não têm nenhum direito sobre a vida dos meus filhos. [...] A criança é um feto.

Aquilo são células (Chloe, francesa, 38 anos, casada, gémeos de 4 anos e gémeos de 1 ano).

Não é um problema para mim recorrer à doação de ovócitos porque na verdade a criança irá crescer em mim, sou eu quem a irá carregar, sentir crescer, mover-se, etc. Quando o embrião é colocado no meu corpo, são apenas células, ainda não é um ser humano. [...] De qualquer forma, essa criança será nossa, aconteça o que acontecer, porque nós a desejamos muito (Liby, francesa, 38 anos, pacsée, ainda sem filhos).

Estamos perante uma operação muito determinada que tenta transformar o próximo em distante, visto que a sua proximidade é considerada insuportável. O terceiro dador é completamente reduzido ao plano, ao projeto: as mulheres tentam retirar-lhe a humanidade e a capacidade de se tornar alguém íntimo, reduzindo-o a uma funcionalidade. Trata-se, portanto, de transformar o que, no gesto de inseminação (gesto técnico-médico no regime do plano), se transforma em vida, principalmente porque os casais inférteis estão rodeados de profissionais que reduzem a vida ao aspeto funcional, como o demonstra o vocabulário utilizado no discurso médico sobre a PMA com dadores terceiros¹³.

Na verdade, relativamente à questão do direito fundamental da criança, nascida da doação de gâmetas, procurar as suas origens genéticas, os médicos que entrevistámos questionam a sua legitimidade; questionam igualmente a ideia de que conhecer a sua origem genética seria importante para o desenvolvimento pessoal da criança. Para os inquiridos, os genes, assim como as células reprodutivas, são simplesmente um suporte de informação biológica. O conhecimento genético é apenas clínica e cientificamente relevante quando se destina a prevenir a transmissão de doenças genéticas hereditárias (os testes de rastreio de doenças nos dadores ou a realização do diagnóstico genético pré-implantatório nos embriões).

Este entendimento do dador enquanto ser vivo (fornecedor de material genético a um casal infértil) e não como ser humano (doação anónima e desumanizada), a que chamámos *operação de desapego* face ao dador terceiro, é emancipatória e permite preservar o sentimento íntimo da própria vida do sujeito e do casal. A análise da evolução progressiva desse desapego permite, assim, mostrar como o embaraço inicial em relação a terceiros se torna um problema que afeta seriamente tanto a instituição como a pessoa. Nessa tentativa do casal recetor se libertar da figura do terceiro dador, presenciámos uma forma de alheamento em termos físicos (o distanciamento pelo

desconhecimento e desinteresse acerca da origem dos gâmetas), mas também um modo de esvaziamento em sentido moral e especialmente legal (o dador é privado de direitos e responsabilidades parentais sobre a criança).

Essa *operação de desapego* faz-se não apenas por referência aos outros (o dador enquanto outrem), como também relativamente a si mesmo e ao seu próprio corpo, simultaneamente em termos objetivos e subjetivos. Esse processo de acomodação aos limites corpóreos nem sempre é fácil, tendo as entrevistadas lidado de forma dolorosa com a sua própria esterilidade ou a do cônjuge, afetando a sua intimidade (o sofrimento do ser vulnerável associado a uma identidade fragilizada). No entanto, o desejo de se tornar mãe faz com que essas mulheres concordem em renunciar à contribuição do seu material genético (ou do cônjuge) para a concepção da criança.

Consequentemente, afigura-se-nos importante discutir como a materialidade (expressa nas metáforas da carne, do sangue e da comida) e a informação (genética) são usadas pelos casais que recorrem à PMA com dadores terceiros, e lhes servem para articular diferentes maneiras de definir e reconfigurar o parentesco social e biológico; para eles, a estrutura de parentesco é remediada através de um mecanismo de aleatoriedade, mediado pela tecnologia¹⁸.

No caso da doação de ovócitos – em oposição à gestação de substituição – o enfoque não está no componente genético, mas biológico e social do parentesco. Para os futuros pais, o que importa não são os genes – como o demonstram os trechos abaixo transcritos – mas a experiência da gravidez e do parto pela mulher recetora, além da educação dos filhos. A representação da parentalidade entre as entrevistadas é assim reconfigurada, o que também corresponde a outras representações da corporeidade, uma vez que em ambos os casos – maternidade genética e maternidade gestacional – existe o mesmo engajamento e experiências corporais.

A partir do momento em que essa era a possibilidade para eu engravidar, eu prescindí do meu material genético. [...] Portanto, emocionalmente não me faz confusão, nem me faz confusão ser a recetora de óvulos de outra mulher (Dani, portuguesa, 39 anos, casada, sem filhos).

Não me foi de todo difícil aceitar a doação de ovócitos. Disse para mim mesma: “Bem, efectivamente eu não tenho óvulos, então se eu recorrer a uma dadora que seja mais jovem, que não tenha nenhum problema de saúde, etc., vai resultar ... Assim teremos um número suficiente de ovócitos para ter embriões e, de qualquer forma, sou eu

quem vai receber esses embriões e quem vai acolher o desenvolvimento dos embriões durante toda a gravidez. Por isso, não há qualquer problema” (Lily, francesa, 38 anos, paicée, sem filhos).

Como o dador é privado de uma existência enquanto indivíduo (despersonalização) e o esperma é concebido como um material (doação dessexualizada e medicalizada), a regra do anonimato do dador de gâmetas permite manter a ficção de um modelo biologizante de família tradicional (o modelo matrimonial de filiação) e a ilusão de que os pais sociais são os pais biológicos (a primazia do parentesco social sobre o parentesco biológico); evita também o espectro do adultério ou do incesto²¹. No entanto, se, no caso dos pais, a argumentação da equipa médica insiste na paternidade social (o pai é quem desenvolve o projeto parental e cria os filhos), pelo contrário, no caso das mães, ocorre a biologização da maternidade (a mulher é mãe porque é gestante mesmo quando não é genitora)²¹.

Novas formas de relacionamento estão em construção graças aos novos modos de reprodução proporcionados pelas técnicas de PMA, na medida em que a fertilização *in vitro* com doação de esperma e a transferência de ovócitos de dadora – graças à regra anonimato que lhes atribui apenas uma existência genética – simula o parentesco natural.

O recurso à PMA pode ser encarado como “a expressão de uma preferência pelo componente ‘biológico’ da filiação”¹⁴. A tentativa de perpetuar os genes, o desejo de ter um filho concebido pelo menos com os gâmetas de um dos cônjuges¹⁵, a vontade da mulher de experienciar a gravidez e o parto demonstram como a PMA contribui para a “biologização” da parentalidade, ao mesmo tempo em que se organiza em torno de uma concepção já existente de filiação. Ter um filho geneticamente ligado a um dos cônjuges dá ao casal uma sensação de continuidade genética entre gerações; a “quase” família (*‘as if’ family* no original) é assim colocada no centro de uma história que se desenrola na longa duração, em direção tanto ao passado como ao futuro²³.

Embora a maternidade pareça bastante indivisível tanto nas representações sociais generalizadas quanto nas definições legais, a PMA possibilitou uma divisão sem precedentes na reprodução^{9,10}. Dependendo dos casos, a maternidade pode assumir três significados diferentes: a mulher que contribui com o seu material genético mesmo que não tenha a possibilidade fisiológica de engravidar (progenitora ou mãe genética); a mulher que leva a cabo a gravidez durante

nove meses e dá à luz (mãe gestacional); ou a mulher que planeou e desenvolveu o projeto parental e que educará a criança que tanto deseja, embora sem poder concebê-la biologicamente (mãe de intenção ou mãe social).

Os vínculos genéticos continuam a ter um peso simbólico no forjar da identidade, como o comprova o movimento social em França dos “enfants du don”, promovido pela Association Procréation Médicalement Anonyme. Estes últimos exprimem o sofrimento causado por um vazio nas suas vidas e reivindicam o direito de conhecer as suas origens e aceder à sua própria história através da revelação da identidade do dador de espermatozoides.

No entanto, as mulheres entrevistadas, nos trechos que abaixo se apresenta, discorrem acerca da primazia do caráter afetivo e social da filiação (o apego emocional e a questão de criar um filho), que se sobrepõe aos vínculos genéticos. As dimensões corpórea e biológica são importantes, mas não são suficientes para definir o ser humano. Corresponde à questão da individuação, da fabricação *in utero* de um ser único e de uma pessoa individual, que desenvolve laços afetivos específicos com outrem.

Porque havia a questão da biologia e do ADN, isso é tudo muito tramado, mas eu acho que foi um percurso também. [...] digo-lhe que não foi muito fácil este processo de interiorização, mas eu rapidamente cheguei à conclusão que a biologia vale o que vale e se calhar aqui vale pouco [...] porque nós podemos ter bons genes, mas não são os genes que fazem as pessoas. São as pessoas que fazem as pessoas. Claro que eu gostava de ter e acho que o João [marido] também gostava de ter um filho ou uma filha que tivesse as minhas características. [...], mas nós podemos enumerar imensa gente que tem filhos biológicos e que não são minimamente parecidos com os pais. Portanto, o que é que interessa? Interessa o amor e a educação que tu vais dar a uma criança. E, portanto, a biologia não é se calhar tão, tão determinante como eu achei e nós achámos que podia ser. Portanto, para mim foi uma habituação (Tita, portuguesa, 36 anos, casada, sem filhos).

Eu entendo a curiosidade de quem seja fruto de uma doação de gâmetas, mas lá está é uma curiosidade, tenho os olhos parecidos ou tenho a boca parecida, mas não vai passar dali. Isto é uma máxima já muito batida, mas pai e mãe é quem cria. [...] A genética é indiscutível e indissociável do indivíduo, porque está-lhe no código genético. Mas não é a genética que nos define. Os meus filhos são gémeos e são completamente diferentes um do outro. Muito do que eles são obviamente está-lhes nos genes, mas aquilo em que eles se vão transformando tem muito da minha mão e da mão do meu marido. Portanto, o valor que eu dou à genética é q.b., é aquilo que tenho de

dar e aquilo que é taxativo e aquilo que não dá para mudar, mas tudo o resto vem da experiência e da vivência de cada um (Bia, portuguesa, 34 anos, casada, gémeos de 4 anos).

Esse aspeto corresponde ao debate “inato/adquirido” e “natureza/cultura” que assenta sobre a importância relativa da hereditariedade (natureza) e do meio envolvente (cultura) no processo de evolução, ou seja, sobre a questão de saber se a formação e desenvolvimento da pessoa e do seu comportamento são determinados pela genética ou pela educação.

As mulheres entrevistadas partilham, todavia, a ideia de que não existe nexo de causalidade direta entre genética e semelhança corporal (fisionómica ou gestual) ou psicológica (atitudes e comportamentos) entre pais e filhos. É destacado o carácter essencialmente adquirido de certas similitudes (expressões faciais, modos de andar e falar, etc.) através da mimese e identificação, tal como acontece com as crianças adotadas.

As inquiridas enfatizam que a pessoa (a criança) se constitui na esfera social, no seio da família (pais de intenção). O enfoque é colocado na ontogénese, no desenvolvimento do indivíduo desde a conceção até à idade adulta. Estamos, portanto, na presença da passagem pela qual o “vivente” (o gâmeta) se torna “humano” (um sujeito), no sentido filosófico de “coming into being”.

A ambiguidade e a ambivalência caracterizam essa etapa intermediária ou de transição entre um conjunto indeterminado de células (os gâmetas de dadores terceiros como elementos corpóreos que a medicina ajuda a combinar com o material genético de um dos cônjuges) e a criança por nascer enquanto pessoa em formação, inscrita num projeto parental e, portanto, investida como vida humana. Podemos convocar aqui o conceito de “liminalidade”³⁷ e o exemplo clássico do homem-rapaz nos ritos de passagem, que partilha dois papéis contraditórios. Essa fase liminar de indeterminação e incerteza entre dois estatutos ou estados na PMA, onde se torna difícil estabelecer limites, cria ansiedade, que é, contudo, mais fácil de apaziguar nas mulheres durante a gravidez e parto, por causa dos fortes laços biológicos estabelecidos sucessivamente com o embrião, o feto e a criança já nascida.

O nascimento é, pois, um objeto ambivalente que nos remete para as zonas de fronteira da “vida” no duplo sentido das noções aristotélicas de *zôé* e *bios*, mais tarde

retomadas por Arendt² e Agamben¹, ou seja, a diferença entre a vida natural em geral partilhada por todo o vivente (o simples facto de viver que é comum a todos os seres vivos) e o modo de vida especificamente humano (a vida qualificada que é específica da humanidade).

Podemos retomar também a contribuição do filósofo Paul Ricœur para uma reflexão fenomenológica sobre o vivente, a partir do debate com o neurobiologista Jean-Pierre Changeux³⁸. Ricœur procura distinguir a abordagem objetivante das ciências da vida da abordagem fenomenológica da experiência do vivido, defendendo a tese de um “dualismo semântico” (e não tanto ontológico) entre as duas ordens do discurso. A vida é assim tomada como um objeto com sentidos diferentes de acordo com essas duas abordagens distintas do vivente humano, autónomas e irreduzíveis uma à outra: “a primeira tematiza a relação com o corpo sob o modo do vivido (corpo próprio), enquanto a segunda propõe uma objetivação do corpo (corpo-objeto)”³⁸.

A diferença entre esses dois enunciados ou propostas, ou seja, entre o discurso científico e objetivante, e o discurso fenomenológico, está bem patente nas narrativas das nossas entrevistadas. Por um lado, há a organização e os processos biológicos observáveis e objetivados na perspetiva do vivente e, por outro lado, a dimensão ética associada à experiência subjetiva vivida sob o prisma do humano. A relação intencional (a dimensão interpessoal e a intencionalidade da consciência) é suspensa pela abordagem científica no contexto das tecnologias biomédicas, tornando o sujeito – não só o dador terceiro como o próprio casal recetor – objeto de pesquisa e intervenção técnico-médica.

CONCLUSÃO |

Neste artigo, quisemos explorar as tensões – mas igualmente os compromissos – que emergem no seio de casais com problemas de infertilidade que optam por recorrer à PMA com dadores terceiros. Para analisar essas tensões internas ao dispositivo de PMA com doação de gâmetas, examinámos toda a arquitetura dos regimes de envolvimento, desde o “investimento de forma”²⁶ nos instrumentos do Direito e da Técnica (em termos de processos de acumulação de normas, costumes, instrumentos e objetos tecnológicos) até ao nível do íntimo e das relações com os corpos

(característico do regime familiar), passando ainda pelo plano e pelo projeto.

Os conceitos de *insuportável* e *incerto* mobilizados neste texto complementam as ferramentas de análise; permitiram afinar a análise da rejeição, expressa pelas entrevistadas, de qualquer tipo de familiaridade com o terceiro dador e as ansiedades daí resultantes (desconfiança, receio). Possibilitaram igualmente analisar as incertezas sobre o sucesso do projeto de ter um filho utilizando as tecnologias biomédicas, incertezas que fazem parte da própria vivência das provações e, inclusive, dos falhanços sucessivos. Os dois conceitos estão interligados: a noção de incerteza restringe, na sua garantia de realização, o regime do plano; a noção de insuportável vem limitar a felicidade associada ao regime de familiaridade. Esta pesquisa revela a profunda dinâmica que emerge: a ligação com o terceiro dador considerada problemática e incómoda, a proximidade com o cônjuge ameaçada, e ainda a relação íntima com o corpo e a identidade pessoal alterada.

Por um lado, existe o que designamos de uma *operação de desapego* do dador terceiro, em sentido físico e moral. Tal ocorre mediante dinâmicas de diferenciação – e transição – entre o vivente (os gâmetas enquanto células) e o humano (um sujeito, um bebé, uma criança). Por outro lado, as mulheres entrevistadas apoiam-se num compromisso entre os regimes de envolvimento em plano e de envolvimento de familiaridade, quer pela confiança assegurada pela intimidade no seio do casal, quer pela vontade de se realizar (realização de si e do casal) através da concretização do seu projeto parental em comum. Certos avanços da biomedicina tornaram possível, através da PMA, ampliar a experiência humana; mas também reelaboram a linha de demarcação traçada entre o vivente e o humano, ao mesmo tempo que reconfiguram a conceção contemporânea de parentalidade.

A relação amorosa e de reconhecimento recíproco, a confiança entre os membros do casal e o seu engajamento mútuo nesse projeto permitem-lhes suportar os procedimentos de uma reprodução tecnicizada e medicalizada e, em particular, a ideia de recorrer à contribuição genética de terceiros para se tornarem pais. Quando os fracassos e as incertezas se sucedem, acabam por destruir a capacidade dos casais de se projetarem no futuro. O dispositivo de PMA é extremamente intrusivo na vida do casal e fragiliza o compromisso mútuo no projeto parental.

Existem também momentos de crise e de tensão entre esses dois regimes, decorrentes da exaustão capacitária, o que pode até levar à revisão ou à completa saída do projeto quando este não constitui a totalidade da pessoa ou do casal. “Primeiro somos os dois; depois dos dois é que se faz três ou quatro” (Tita). Além disso, há também muitos casais que se separam devido às dificuldades que os procedimentos lhes causaram; nesse caso não se renuncia apenas ao projeto, mas igualmente ao casal.

Os atores estão equipados com técnicas, ferramentas e dispositivos que restringem o modo como agem. Nesse sentido, o próprio corpo é uma forma de constrangimento da ação. É, pois, fundamental reintegrar na análise a situação em que o plano se confronta com um fundo biológico, ou seja, o modo de relação com o corpo na coordenação da ação. Entre gerar um ser humano em termos de plano e o facto de a procriação também constituir uma experiência biologicamente enraizada que afirmamos poder provavelmente superar – graças à biomedicalização enquanto promessa – persistem tensões que têm de ser geridas. É certamente possível padronizar e regular o procedimento de PMA com dados terceiros. No entanto, mesmo que os casais se encontrem num processo voluntário e manifesto de anonimização do procedimento, essa tensão permanece, porque é constitutiva do objeto.

REFERENCIAS |

1. Agamben G. Homo sacer: le pouvoir souverain et la vie nue. v. 1. Paris: Seuil; 1997.
2. Arendt H. La condition de l'homme moderne. Paris: Calmann-Lévy; 1961.
3. Boltanski L; Thévenot L. De la justification: les économies de la grandeur. Paris: Gallimard; 1991.
4. Breviglieri M. Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social. In: Ion J, editor. Le travail social en débat(s). Paris: La Découverte; 2005. p. 219-34.
5. Breviglieri M. L'insupportable: l'excès de proximité, l'atteinte à l'autonomie et le sentiment de violation du privé. In: Breviglieri M, Lafaye C, Trom D, organizadores. Compétences critiques et sens de la justice. Paris: Économica; 2009. p. 125-49.
6. Breviglieri M. L'“épuisement capacitaire” du sans-abri comme urgence? Approche phénoménologique du soin engagé dans l'aide sociale (gestes, rythmes et tonalités d'humeur) [Internet]. In: Felix C, Tardif J. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance: actes du colloque international. Disponível em: URL: <<http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=795>>. Acesso em 30 abr 2018.
7. Breviglieri M. L'espace habité que réclame l'assurance intime de pouvoir: un essai d'approfondissement sociologique de l'anthropologie capacitaire de Paul Ricœur. Études Ricœuriennes. 2012; 3(1):34-52.
8. Cadoret A, Wilgaux J. Nécessaires anonymat et secret de soi: réflexions sur les lois bioéthiques. Ethnologie Française. 2007; 37:135-42.
9. Courdurières J. Ce que fabrique la gestation pour autrui. Journal des Anthropologues. 2016; 144/145:53-76.
10. Parseval GD. Famille à tout prix. Paris: Éditions du Seuil, 2008.
11. Delaunay C. The beginning of life in the laboratory: the challenges of a technological future for human reproduction. Technology in Society. 2015; 40:14-24.
12. Delaunay C. L'insupportable et l'incertain: proximité et dés-attachement dans l'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur. Anthropologie & Santé [Internet]. 2017 [acesso em 30 abr 2018]; 15. Disponível em: URL: <<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2738>>.
13. Delaunay C, Martins AC. Dialectical tensions between caregivers and patients in ART and palliative care: ethical and moral issues raised by the (bio)medicalization of birth and death. In: Resende J, Martins AC, organizadores. The making of the common in social relations. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars; 2015. p. 53-100.
14. Fine A, Martial A. Vers une naturalisation de la filiation? Genèses. 2010; 78:121-34.
15. Fortier C. Quand la ressemblance fait la parenté. In: Porqueres i Gené E. Défis contemporains de la parenté. Paris: Éditions de l'EHESS; 2009. p. 251-76.

16. Franklin S. Embodied progress: a cultural account of assisted conception. London; New York: Routledge; 1997.
17. Gross M. Ouvrir l'accès à l'AMP pour le couples de femmes. In: Théry I, organizador. Mariage de même sexe et filiation. Paris: l'EHESS; 2013. p. 103-14.
18. Harrington J, Becker G, Nachtigall R. Nonreproductive technologies: remediating kin structure with donor gametes. *Sci Technol Hum Values*. 2008; 33(3):393-418.
19. Lévi-Strauss C. Nous sommes tous des cannibals. Paris: Seuil; 2013. p. 81-101.
20. Martial A. La filiation, entre le social et le biologique. *Cahiers Français*. 2012; (371):68-73.
21. Mathieu S. L'enfant des possibles: assistance médicale à la procréation, éthique, religion et filiation. Paris: l'Atelier/Ouvrières, 2013.
22. Mehl D. Enfants du don. Procréation médicalement assistée: parents et enfants témoignent. Paris: Robert Laffont; 2008.
23. Shanley ML. Collaboration and commodification in assisted procreation: reflections on an open market and anonymous donation in human sperm and eggs. *Law & Society Review*. 2002; 36(2):257-84.
24. Théry I. Des humains comme les autres: bioéthique, anonymat et genre du don. Paris: l'EHESS; 2010.
25. Théry I, Leroyer AM. Filiation, origines, parentalité. Le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle. Paris: Ministère de la famille; 2014.
26. Thévenot L. Conventions économiques. Paris: Presses Universitaires de France; 1986. p. 21-71.
27. Thévenot L. L'action qui convient. In: Pharo P, Quérel L, organizadores. Les formes de l'action. Paris: l'EHESS, 1990. p. 39-69.
28. Thévenot L. Émotions et évaluations dans les coordinations publiques. In: Paperman P, Ogien R, organizadores. La couleur des pensées: émotions, sentiments, intentions. Paris: l'EHESS, 1995. p. 145-74.
29. Thévenot L. Un gouvernement par les normes: pratiques et politiques des formats d'information. In: Concin B, Thévenot L, organizadores. Cognition et information en société. Paris: l'EHESS, 1997. p. 205-42.
30. Thévenot L. Organized complexity: conventions of coordination and the composition of economic arrangements. *Eur J Soc Theory*. 2001; 4(4):405-25.
31. Thévenot L. L'action au pluriel: sociologie des régimes d'engagement. Paris: La Découverte; 2006.
32. Thévenot L. Governing life by standards: a view from engagements. *Soc Studies Sci*. 2009a; 39(5):793-813.
33. Thévenot L. Biens et réalités de la vie en société : disposition et composition d'engagements pluriels. In: Breviglieri M, Lafaye C, Trom D, organizadores. Compétences critiques et sens de la justice. Paris: Éditions Economica; 2009b. p. 37-55.
34. Thévenot L. Individualités entre émancipation, pouvoir et oppression: deux extensions de la critique. In: Corcuff P, Le Bart C, Singly F, organizadores. L'individu aujourd'hui. Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2010. p. 289-300.
35. Thévenot L. Grand résumé de l'action au pluriel: sociologie des régimes d'engagement. *Sociologies* [Internet]. 2011 [accès em 30 abr 2018]. Disponível em: URL: <<http://sociologies.revues.org/3572>>.
36. Thévenot L. Une vie éprouvée - Entre migration postcoloniale, discrimination à l'embauche, maternité affectée et adoption salvatrice: quelle «identité forgée»? In: Vrancken D, organizador. Penser l'incertain. Laval: l'Université de Laval, 2014. p. 139-60.
37. Turner V. The ritual process: structure and anti-structure. Ithaca: Cornell University Press, 1969.
38. Vallée MA. Paul Ricœur et la question du vivant. *Bulletin d'analyse Phénoménologique*. 2010 [accès em 30 abr 2018]; 6(2):262-77. Disponível em: URL: <<http://popups.ulg.ac.be/1782-2041/index.php?id=367>>.

Correspondência para/Reprint request to:

Catarina Delaunay

Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais,

Universidade Nova de Lisboa,

Av. de Berna, 26-C,

Lisboa, Portugal

1069-061

Tel.: +351 918832000

E-mail: catdelaunay@gmail.com

Recebido em: 10/03/2019

Aceito em: 18/06/2019