

Desvendando a situação de infertilidade e seus reflexos no gênero feminino através do Programa Informatizado - ALCESTE¹

Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Ângela Arruda
Maria Antonieta Rubio Tyrrel

Resumo

Trata-se das representações sociais da infertilidade para a mulher que vive essa situação considerando seus reflexos no ser mulher. O referencial teórico apóia-se em Moscovici. Foram realizadas 27 entrevistas semi-estruturadas e a análise foi efetuada com o auxílio do programa informatizado ALCESTE. O *software* dividiu o “corpus” em cinco classes: o não engravidar e o circuito médico; solução natural; frustração que vem do corpo; vontade divina; modelo social. Os resultados indicaram que as mulheres de nível social mais baixo ancoram a infertilidade ou na concepção do sagrado, ou na visão do discurso médico. As mulheres do grupo oposto mostram uma representação que se baseia numa perspectiva de saúde-doença de interação de concepções biológicas, comportamentais e ambientais, trazendo um contemporâneo sentido de gênero feminino. A conclusão evidencia a necessidade de estar atento para a diversidade de pertencas sociais/culturais/econômicas, além de ter o compromisso com a ética e com uma assistência integralizada.

Palavras - Chave: Infertilidade feminina. Gênero. Classe Social. Representações Sociais.

Construindo a Problemática

Ana Cristina entra no consultório de enfermagem ginecológica, com os olhos cheios de lágrimas, mãos suando e vai logo dizendo, sem cumprimentar: *-Quero morrer; não agüento mais essa pressão; é todo mundo me cobrando um filho, não agüento mais!* Finda a consulta, entra a próxima cliente, Marialva, que durante o atendimento confessa que o real motivo que a trouxe até ali foi que parou com o uso do anticoncepcional oral há cerca de dois anos e a gravidez tão esperada não veio. Acrescenta que essa dificuldade vem acarretando uma série de problemas entre o casal e com a família, pois cada qual atribui ao outro a “culpa” pela demora da gravidez.

Trata-se de algumas histórias de mulheres com que me deparei com maior freqüência na consulta de enfermagem ginecológica que reali-

zava como docente no Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ), supervisionando alunos da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Diante dessa experiência, conheci um segmento muito peculiar de mulheres que se deparavam com o desafio da infertilidade conjugal e pude perceber que lidar com essa situação exige que tratemos de assunto complexo e íntimo, o qual envolve sexualidade, papéis sociais, preconceitos, frustrações, tabus e auto-estima.

Porém, quando falamos em reprodução humana, observamos que os temas mais freqüentemente abordados são os métodos contraceptivos, a assistência materno-infantil, o aborto e a esterilização feminina. A infertilidade conjugal raramente é contemplada pelas políticas públicas, tanto no âmbito das idéias, como das ações. Mesmo o Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM), que norteia a

prática preventiva e recuperadora da saúde desse grupo, e que inclui entre seus objetivos a necessidade de desenvolverem atividades que diagnostiquem e corrijam estados de infertilidade, apresenta lacunas nos planos de ações, bases programáticas e outros fundamentos indispensáveis para que se possa trabalhar com essa problemática. Para Soares (2001), o PAISM ignora que a mulher é um ser integral pleno de necessidades diversas ao longo da sua vida e que necessita de respostas adequadas para seus problemas.

Como ressaltou Barzelatto (1998), para homens e mulheres desfrutarem de uma saúde sexual e reprodutiva plena, fazem-se necessárias mudanças urgentes nos processos culturais, sociais, econômicos, políticos e de saúde. No caso das clientes que vivem a situação de infertilidade/esterilidade, o desafio parece ainda maior, em face da sensação de impotência para corresponder às expectativas sociais quanto ao papel historicamente atribuído à mulher no que concerne à maternidade. No entanto, creio que o principal problema reside na falta de conhecimento e compreensão acerca das representações desse grupo de mulheres a respeito da infertilidade, considerando seus reflexos na definição do gênero feminino e na forma como se auto-representa, sobretudo a partir de um contexto de supervalorização da maternidade como atributo natural, da reprodução e, mais recentemente, das biotecnologias reprodutivas. Assim, este artigo tem a pretensão de discutir essas representações sociais e os seus reflexos no ser mulher.

E para entender os mecanismos empregados no processo de elaboração da representação da infertilidade, cumpre conhecer como as mulheres que vivem essa situação ancoram esse fenômeno, pois, como Moscovici (1984, p. 20) ressaltou, *o propósito de todas as representações é o de transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar.*

Metodologia

Diante das contribuições que salientam a interação do fenômeno social e do elemento individual na constituição das representações sociais, ressalto que, para compreender esse fenômeno tão complexo, é necessário procurar captar não só o discurso, mas também a situação

que define o indivíduo que o produz. Desse modo, para atingir o objetivo deste estudo, fez-se necessária uma abordagem qualitativa, na perspectiva das representações sociais segundo Moscovici e Jodelet.

Os sujeitos foram mulheres que estavam vivendo a situação de esterilidade e/ou infertilidade primária e que tinham entre 25 e 39 anos de idade. Todas as entrevistadas assinaram o consentimento livre e esclarecido, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, que estabeleceu normas para pesquisa em seres humanos.

As 27 participantes foram classificadas, com relação ao nível socio e econômico e cultural (NSEC), em alto e baixo; e quanto à causa da infertilidade: feminina e dupla (aspectos femininos e masculinos).

O cenário escolhido foi o ambulatório de infertilidade do Instituto de Ginecologia Moncorvo Filho/UFRJ, onde contactei as entrevistadas classificadas como NSEC baixo. Já os sujeitos do grupo oposto foram contactados através do auxílio de vários profissionais de saúde, que indicavam aqueles que estavam dentro dos critérios de inclusão estipulados.

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semi-estruturada, que buscou explorar temas como os significados e crenças da infertilidade, a participação do companheiro, o ser mulher infértil, os sentimentos relacionados ao problema, as pressões sociais, a convivência com a situação, a visão sobre os tipos de tratamento, alternativas para a solução da esterilidade, as fontes de apoio e as perspectivas futuras.

O tratamento do material discursivo ocorreu segundo a análise dos dados textuais através do Programa ALCESTE 4.5. Para Camargo (1998), a prática da utilização de programas de informática tem sido cada vez mais freqüente a partir da década de 70, na França. Entre eles, temos o programa de computação *Analyse par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte - ALCESTE*, um *software* criado em 1979, por Max Reinert, para o sistema operacional Windows, de análise quali-quantitativa de dados textuais. Ele tem como base as leis de distribuição do vocabulário nos textos transcritos ou escritos e objetiva auxiliar os pesquisadores na realização da análise de conteúdo dos textos.

O programa trabalha com um arquivo-texto, denominado de *Unidade de Contexto Inicial* (u.c.i.), que constitui o corpo do material a ser analisado, que pode ser um conjunto de entrevistas, artigos de jornais, cartas, documentos, atas e outros. No nosso caso, o programa analisou 27 u.c.i., que foram separadas pelo que se denomina *linha de comando*. Esta linha, segundo Teixeira (1999), tem o objetivo de separar as unidades de contextos naturais (respostas dos sujeitos às perguntas da entrevista) das palavras com asterisco que consistiam em variáveis descritivas dos entrevistados. As variáveis que determinamos para a análise foram: NSEC, causalidade, idade, religião, escolaridade, trabalho, número de gestações, marido com filhos.

Após o preparo de todo o “corpus” e da classificação por variáveis, o *software* divide o material em *Unidades de Contexto Elementar* (u.c.e.), que são segmentos do texto, de 3 a 6 linhas, dimensionadas pelo programa conforme o tamanho do “corpus”, respeitando a pontuação e a ordem de aparição no texto. O programa, segundo Camargo (1998), executa quatro etapas no processo de análise:

- Leitura do texto e cálculo dos dicionários: o programa prepara o “corpus”, reconhece as u.c.i. e separa as u.c.e.. Faz, também, uma primeira segmentação, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo da frequência das formas reduzidas das palavras (não se trabalha com palavras, mas com os radicais das mesmas).

- Cálculo das matrizes de dados e classificação das u.c.e.: o programa divide as u.c.e. em função dos respectivos vocabulários e o conjunto delas é repartido em função da frequência das formas reduzidas. Depois, aplica-se o método da classificação hierárquica descendente e obtém-se uma classificação das u.c.e.. A partir daí, o programa oferece um Dendrograma, que apresenta uma distribuição das classes.

- Descrição das classes e das u.c.e. escolhidas: fornece os resultados mais importantes, permite a descrição das classes pelos vocabulários característicos e as variáveis.

- Cálculos complementares: com base nas classes escolhidas, o programa fornece as u.c.e. mais características, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe.

Desvendando a Situação de Infertilidade: uma Análise pelo Alceste

O *software* processou um conjunto de análises que resultou em 70% de aproveitamento do material, apontou cinco classes discursivas e produziu um dendrograma, apresentado a seguir. O programa selecionou 1.972 unidades de contexto elementar (u.c.e.) para análise.

O dendrograma apresentou uma primeira divisão do “corpus” em dois grupos: o primeiro que originou a classe 1 e o segundo que dará origem a outras classes. Este segundo grupo sofre nova repartição, originando a classe 5 e forma um terceiro sub-grupo que, por sua vez, após nova divisão, origina a classe 2. Finalmente, o quarto sub-grupo, por nova divisão, origina as classes 3 e 4, que são as que estão mais próximas, totalizando cinco classes.

No Quadro 1 apresento o dendrograma com o título de cada uma das classes, seguido do número de u.c.e. que a compõem, assim como as palavras de maior associação com a mesma, testados através do teste qui-quadrado (χ^2).

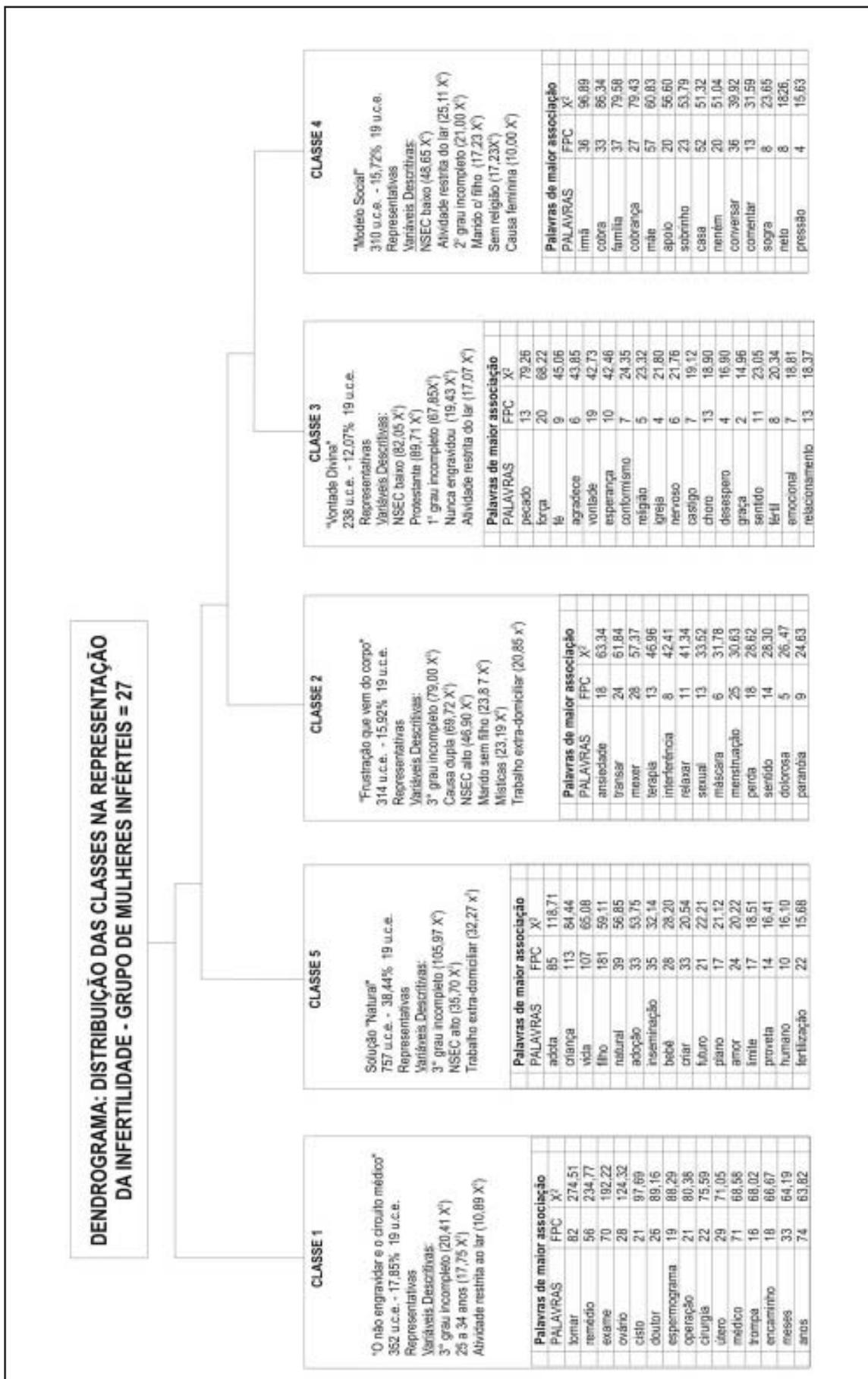
Passo, agora, a descrever cada classe.

Classe 1: O Não Engravidar e o Circuito Médico

Pelos vocábulos mais freqüentes (tomar, remédio, exame, ovário, cisto, doutor, espermograma) e pelas u.c.e. típicas, inferi que os conteúdos se agrupam ao redor do circuito médico. Nesta classe, fica claro o destaque à descrição dos procedimentos, dos encaminhamentos, das cirurgias, dos muitos medicamentos que as mulheres utilizam, quando descobrem a dificuldade para engravidar. Vejamos uma u.c.e.:

Eu falei ao médico que havia parado de tomar remédio e não engravidava. Eu descobri que tinha ovários policísticos, fiz vários exames: ultra, histero, hormonais.

O tempo até a descoberta do problema, as tentativas frustradas e os muitos anos de convivência com a dificuldade de gestar levaram algumas mulheres a empregar um linguajar preexistente, universalmente legitimado, reconhecido socialmente, como é o caso do vocabulário



Refletindo sobre esse resultado, cumpre assinalar que tal concepção está associada à ideologia de que as ciências devem ter resposta para tudo, soluções para qualquer dificuldade ou problema do nosso corpo, da nossa mente, e até da nossa subjetividade. Para Rotania (1996, p. 167): *o avanço das chamadas ciências da vida (a biologia molecular e a genética), associadas ao progresso tecnológico, torna historicamente possível a realização de algumas fantasias ancestrais, produtos da intrínseca carência do ser e do seu desejo ilimitado.*

Conforme observação de Tubert (1996), a esterilidade produz sensação de inquietude, inquietação e de mistério. Como consequência, ao lidar com essas indefinições, a mulher tende a sentir-se descaracterizada, à mercê de uma prática de medicalização de sua saúde ou de eventos mágico-míticos, crendices ou simpatias.

Todavia, também não se pode esquecer que, quando a intervenção médica se orienta para dar respostas à ansiedade decorrente do desejo de ter um filho e/ou da gravidez, ela reforça a perda da subjetividade das clientes, fazendo com que algumas assumam uma linha argumentativa que não lhes é própria, em favor de um discurso tecnicista. Nessa linha de pensamento, a medicina, por ter o respaldo da ciência, converte-se em sinônimo de verdade, até mesmo quando se trata de questões subjetivas, como o sofrimento, o desejo, o prazer, a tristeza, busca-se uma dimensão objetiva dentro da concepção médica.

Respeitabilidade, credibilidade e honorabilidade são requisitos para as ciências que tratam da saúde e da doença, da vida e da morte, e, no imaginário social, a visão biomédica preenche todos esses requisitos. Assim, o circuito médico, legitimado sob a ficção de uma superestrutura científica, é capaz de unificar e totalizar o saber, avaliando o corpo feminino como campo de domínio. Nessa perspectiva, podemos compreender a razão pela qual algumas mulheres buscam desesperadamente as saídas dentro do aparato médico para lidar com as questões da infertilidade.

Por fim, esta classe permite deduzir que aqui está contida uma das funções da representação social que é explicar, definir determinadas situações vividas, encontrando um processo de ancoragem da novidade que é a infertilidade.

Classe 5: Solução “Natural”

Os conteúdos das u.c.e. e das palavras mais significativas desta classe (adota, criança, vida, filho, natural, adoção, inseminação) nos remetem à perspectiva de um discurso que sugere solução para o problema da dificuldade de gestar. No entanto, esta busca indica a conotação de *naturalização* da solução; ou seja, procuram um desfecho para a situação que seja considerada por elas como natural.

As soluções naturais apontadas pelas u.c.e. passam pela aceitação da impossibilidade ou das limitações para engravidar:

[...] com certeza, hoje eu não estou disposta a fazer qualquer coisa pelo filho. Hoje eu reconheço perfeitamente meu limite.

Tentando compreender a aceitação da dificuldade/impossibilidade, sou levada a supor que, por ser uma classe associada com variáveis de mulheres com 3º grau completo, NSEC alto e inseridas no mercado de trabalho, faz parte das representações de participantes que descobriram outras perspectivas de vida, as quais extrapolam o projeto de maternidade. A abertura de um espaço para o prazer, o trabalho, a criatividade, a liberdade de expressão, a autonomia e diferentes perspectivas de inserção social, num projeto de vida abrangente, são elementos que auxiliam as mulheres a vincular a realização pessoal a diversos aspectos, fora dos estritos limites impostos pela cultura/sociedade tradicional. Isto não quer dizer que antigos desejos foram abandonados; contudo, as diferentes perspectivas e o reconhecimento de que ter um filho é opção de vida, fizeram com que frutificassem novos desejos, outras ambições, originais projetos e novas experiências.

Encarar a dificuldade, o reconhecimento de seus limites e encontrar novas perspectivas de vida dependem da aceitação da condição humana, onde o limite do natural é o do humano, não superado pela ciência ou pela tecnologia. Quando nos vemos como parte desta natureza, aceita-se e reconhece-se a limitação humana.

Essa compreensão pode auxiliar na descoberta de solução alternativa de maternagem, representada pela adoção. Rotania (1996) esclarece que, reconhecendo a falta, o limite orgânico, procura-se reformular desejos, o que favorece o estabelecimento de outros referenciais, que também podem ser

compreendidos como na ordem do natural, que, no caso presente, pode ser a adoção. Destaco uma u.c.e.:

Eu acho pode dar amor mesmo que não tenha vindo da sua barriga. É mais natural você adotar do que usar aquelas parafermálias todas.

Mesmo as u.c.e. que destacam a possibilidade de recorrer a técnicas de reprodução assistida trazem, subjacente, a conotação de que isso só é plausível porque consideram esses procedimentos uma forma de “ajuda ao processo natural” de reprodução. Vejamos essa u.c.e. que auxilia a compreender essa análise:

Eu antigamente achava que proveta era uma coisa super assim: nossa! Claro, antes de eu conhecer, antes de eu passar por tudo isso. Eu achava que era uma coisa muito assim artificial. Hoje eu vejo como natural.

A prática biomédica, pautada numa ideologia científica, destaca a ciência e a tecnologia de ponta como necessidade universal e inquestionável que se inscreve num sistema articulado e estruturado do que vêm a ser as biotecnologias reprodutivas.

Enfim, para ancorar o artificial, é necessário passar pela perspectiva do normal e do natural. Isso é feito pelo discurso das biotecnologias reprodutivas, que reforça a ideologia de que a intervenção médica é apenas um facilitador de seu curso natural.

Classe 2: Frustração que vem do Corpo

Esta classe apresentou conteúdos que apontam para as frustrações provocadas pela impossibilidade de procriar, devido ao não funcionamento esperado do corpo. É como se o corpo estivesse em rebeldia contra a própria natureza, gerando uma gama de sentimentos negativos como frustração, depressão, medo, perda, paranóia.

A natureza/corpo fala mais alto, revelando sua indomesticabilidade, por mais vigorosa que seja a ação e o desejo humano, desalinhando assim o curso natural da própria natureza/corpo. Segundo Costa (1988), existe a representação de que a vontade humana é de domesticar constrangimentos naturais. No entanto, quando isto não ocorre, como é no caso de infertilidade, vêm à tona sentimentos de perda de controle e até de vingança da natureza sobre arranjos socialmente estabelecidos.

Diante dessa rebeldia corporal, alguns processos naturais/fisiológicos da mulher (como a mens-

truação) passam a ser simbolizados como forma de denúncia da não gravidez, da não concretização desse filho, tornando-se algo difícil de ser vivido.

Eu nunca fui de ter cólica, nesse ponto eu nunca tive, mas assim, aquela coisa que você vê que é difícil de descer, aquela coisa custosa.

Devido a essa rebeldia do corpo, o relacionamento dos cônjuges também sofre conseqüências. Em primeiro lugar, pelo fato de que o ato fecundante e a procriação passam a ser percebidos como algo que prescinde de uma relação sexual. Porém, a tentativa de engravidar torna-se fenômeno complexo, repleto de fantasias que fazem com que o indivíduo perca sua capacidade de analisar e criticar determinadas circunstâncias. Nessa perspectiva, a possibilidade de prazer, de trocas afetivas e o entrosamento do casal tendem a passar para segundo plano, quando não são simplesmente esquecidos. Para ilustrar, transcrevo a seguinte u.c.e.:

Não era uma coisa ruim: ai que nojo, não chegou a esse ponto. Mas mexeu muito com o sexo da gente, a ponto de a gente falar que tinha que ver isso.

Os conteúdos presentes nesta classe remetem à reflexão sobre as *conseqüências da vivência* da infertilidade, resultado um tanto diferente do que encontrei na análise das classes anteriores: uma apontou para a *descoberta/causa* da infertilidade no circuito médico (classe 1) e a outra para as perspectivas de *solução* “natural” (classe 5).

Classe 3: Vontade Divina

Nesta classe, identifiquei, através das palavras que tipificam (pecado, força, fé, agradece, vontade, esperança, castigo) e as u.c.e., conteúdos com a estreita ligação entre a dificuldade para engravidar e a determinação religiosa. Uma forma de racionalizar a dificuldade é recorrer aos argumentos vinculados ao poder de Deus.

Às vezes eu acho assim, que tudo acontece pela vontade Dele. Tudo acontece pela vontade de Deus. Tem hora que eu penso nisso, que às vezes, não é o momento.

Ainda no contexto religioso, a infertilidade, entendida como manifestação da vontade divina, pode estar vinculada a um sentimento de culpa, onde a ausência de oportunidade de engravidar surge como punição por comportamentos inadequados, como: desobediência aos pais, traição, homossexualismo ou a prática do aborto.

Como, historicamente, o imaginário social estabeleceu nexos diretos entre a fecundidade, maternidade e desígnios divinos, personificados na figura da Virgem Maria, a infertilidade vem carregada de componentes pecaminosos. A esse respeito, não se pode esquecer, segundo a tradição cristã, o vínculo estabelecido entre a figura da mulher, carregada de concepção negativa e pecaminosa, oriunda do pecado original (figura de Eva).

O fato de confiarem a gestação à decisão de Deus encontra fundamento na interpretação de Geertz (1990) ao afirmar que as experiências da dor, do desconhecido e do inesperado impulsionam os homens para crenças em deuses, espíritos, assumindo o pressuposto de que uma autoridade sobrenatural pode transformar a realidade de vida, se assim for de merecimento.

Em face do exposto, parece claro que o discurso da fé é um recurso importante para explicar a causa, como indica a solução para as dificuldades decorrentes da infertilidade. Esse posicionamento obtém reforço se refletirmos sobre as variáveis de maior associação com esta classe (NSEC baixo e protestantes). A religião serve, aqui, de terreno para a ancoragem da infertilidade, que se objetiva no desejo de Deus.

Classe 4: Modelo Social

A maioria das u.c.e. que tipificam a classe e as palavras de maior associação (irmã, cobra, família, cobrança, mãe,) remete à compreensão da maternidade como modelo social, que dá origem a cobranças social e até pessoal. O desejo de ter um filho é algo forte e constante nesses discursos; no entanto, nesta classe, o desejo emergiu como vinculado a um modelo preconcebido de mulher, que é o de ser mãe.

A aproximação das duas últimas classes (3 e 4) ocorre, provavelmente, por meio da convergência de seguirem *padrões preestabelecidos*, apresentando determinações externas à mulher, ao casal. No âmbito dessas classes, a infertilidade inscreve-se em dois determinantes: divino e social. Isto faz com que a mulher apareça apenas como *objeto*, sem espaço para decisões, à mercê do contexto social e/ou religioso em que está inserida. Dessa forma, não encontra margem para posicionar-se criticamente ou tomar medidas transformadoras da sua realidade.

Em linhas gerais, valores de vida baseiam-se na interação que estabelece com outros atores e instituições sociais, considerando-se as condições de vida e o meio circundante, gerando padrões individuais de comportamentos, os quais sofrem forte influência de fatores socioculturais. Sob essa vertente interpretativa, pode-se compreender a relação das variáveis de maior associação com esta classe (mulheres de NSEC baixo, sem trabalho extra-domiciliar e de maridos com filhos) com vínculo entre a maternidade e o pertencimento social.

Esses resultados obtêm respaldo teórico em estudos como de Giffin (1994) e Scavone (2001) sobre as mulheres de baixa renda no Brasil. As conclusões das pesquisas mencionadas indicam que estereótipos sexuais tradicionais (como a maternidade) ainda se mantém neste segmento da população como representação social do ser mulher.

Até hoje o meu sogro brinca comigo e fala: como é que é, não vai sair um netinho daí não. Agora eu quero que saiam dois, não quero nem mais um.

Em síntese, não há dúvida de que a demanda por filhos tem origem em questões que se inscrevem no plano normativo do discurso social da maternidade e nos planos de valores familiares. Sob essa vertente interpretativa, a mulher que não logrou ser mãe tende a ser avaliada como alguém que foge aos padrões, questiona bases de relacionamentos pré-estruturados, abala o sistema de exclusões que sustenta a ordem hierárquica social. Nos dados derivados desta classe, ficou nítido que as representações sociais sobre a mulher infértil permanecem enraizadas socialmente. Nesse âmbito, o grupo recorre a elementos conhecidos e familiares, ligados diretamente com o estilo, história de vida e relações sociais.

Considerações Finais

Diante da análise que derivei de resultados oriundos do programa informatizado, constatei que as cinco classes discutidas apresentam grandes eixos de construção de representações sociais, iluminadoras de uma teoria leiga que busca explicar, dar sentido e justificar um novo conceito ou, como Moscovici (1984, p. 20) afirmou: “naturalizam e interpretam o objeto de representação”.

Em primeiro lugar, a constatação da infertilidade se apresenta oficializada pela via médica (Classe 1), que passa a revestir o discurso das mulheres com sua terminologia especializada para descrever esta descoberta, sugerindo uma curiosa ancoragem. Já as soluções para a infertilidade (Classe 5) escapam a esta ordem, apontando a conotação de “naturalidade”, sem, contudo, deixar de sugerir que há uma reconceitualização do natural em curso: a maternidade desponta como podendo ser uma construção social e as biotecnologias são percebidas como coadjuvantes da natureza. Em contraste, manifesta-se o sentimento de frustração diante do “corpo que não funciona”, por estar se negando a própria “natureza feminina” (Classe 2). Por fim, as cobranças à mulher infértil, que repercutem na vivência de sua condição, se revelam sob duas formas: a vontade divina, que como punição da mulher retira a sua prerrogativa de conceber (Classe 3), e o modelo social, que impõe à mulher a maternidade como identidade social (Classe 4).

Os procedimentos analíticos possibilitaram ainda realizar algumas inferências sobre como se organizaram essas representações. É pertinente registrar que, segundo os resultados, uma parcela das mulheres de NSEC baixo e de fervorosa religiosidade tende a explicar a situação vivida através do sagrado. Nesse universo, ficou claro o mecanismo de transferir para o plano do sobrenatural as possibilidades e limites dos humanos para esclarecer, planejar e decidir projetos de vida. Não se pode negar que esse tipo de representação relaciona-se ao ideário de subordinação e abnegação atribuído historicamente ao gênero feminino. Outra parcela do mesmo extrato social, associado a um pequeno grupo de NSEC mais favorecido, apresentou a representação da infertilidade pela corporificação. Dessa forma, reforça-se a crença na evolução científica da medicina e na ideologia do controle e manipulação da natureza, ao mesmo tempo em que a tecnologia reprodutiva passa a ser valorizada como um instrumental científico a serviço do desejo. Nessas duas vertentes de representação, a “natureza feminina” é confirmada como definidora das representações sobre o ser mulher, aparecendo como provável núcleo estável, enraizado e estruturante, de difícil transformação.

A esse respeito, os dados também apontam para transformações no imaginário feminino acerca da infertilidade. Tendo representantes oriundas de um grupo social diferenciado pelo NSEC, a infertilidade foi ancorada em modelos contemporâneos do processo saúde-doença. Sob essa linha de pensamento, a situação foi explicada pela multifatoriedade, o que justificou a tentativa de encontrar alternativas de solução, reavaliando antigos projetos de vida e formulando novos. Para esse grupo, a infertilidade inseriu-se em conflitos resultantes do processo de socialização, mas aponta igualmente para a descoberta de nova condição do gênero feminino, agregado ao processo de mudanças que caracteriza a inserção da mulher no mundo contemporâneo. Nesse caso, valores emergentes pareciam conviver contraditoriamente com nuances de uma visão de mundo tradicional.

Enfim, a meu ver, para trabalharmos com a saúde da mulher, em primeiro lugar, é urgente extrapolarmos a produção de saber que se baseia única e exclusivamente na análise das funções biológicas/reprodutivas e, para isso, torna-se imprescindível estabelecermos uma relação de diálogo, de escuta e de parceria com as mulheres. Reconhecendo que elas não são página em branco quando nos procuram; ao contrário, em sua história de vida, construíram um saber que articula sua compreensão do mal que as aflige. Esse entendimento é fundamental para que alteremos nossa conduta ao prestar cuidados a essa clientela.

Em outras palavras, cumpre recordar a cada dia de trabalho que as representações e práticas socioculturais das mulheres que freqüentam as clínicas de fertilidade sobrepõem-se às informações e às prescrições da equipe com que interagem no decorrer da assistência. Diante dessa circunstância, se quisermos atingir a clientela e elaborar programas de saúde compatíveis com suas necessidades e condições, é crucial a abordagem social, psicológica, antropológica, econômica e cultural que permite compreender o ser humano em suas diversas dimensões.

Unveiling the infertility condition and its implications in the feminine gender using the software ALCESTE

Abstract

This paper investigates social representations of infertility in women experiencing this condition, considering the implications for the women. The theoretical framework for social representation used is that of Moscovici. Methods include 27 semi-structured interviews and for data analysis Reynert's software ALCESTE was used. The software considered 5 classes: not becoming pregnant and the medical circuit; natural solution; frustration with the body; divine will; and social model. The results indicated two representations emerged in women with low economic, social and educational status (ESES). The first representation links fertility to the notion of the sacred. The second one is based on the hegemonic view of the medical discourse. The other group of women have contemporary representation anchoring infertility to a perspective of health as an interaction among biological, emotional, behavioral and environmental elements. The conclusion evidences the need for health workers to be aware of distinctive social/cultural and economic backgrounds of these women and of their ethical commitment to equity and comprehensiveness of care in the face of these differences.

Keywords: *Infertility, female. Gender. Social Classe. Social Representations.*

Desvendando la situación de infertilidad y sus reflejos en el género femenino a través del Programa Informatizado - ALCESTE

Resumen

Se trata de las representaciones sociales de la infertilidad para la mujer que vive esa situación considerando sus reflejos en el ser mujer. El referencial teórico se apoya en Moscovici. Fueron realizadas 27 entrevistas semi estructuradas y el análisis fue efectuado con el auxilio del programa informatizado ALCESTE. El software dividió el "corpus" en cinco clases: el no preñar y el circuito médico; solución natural; frustración que viene del cuerpo; voluntad divina; modelo social. Los resultados indicaron que las mujeres de nivel social más bajo fundamentan la infertilidad o en la concepción del sagrado, o en la visión del discurso médico. Las mujeres del grupo opuesto muestran una representación que se basa en una perspectiva de salud-enfermedad de interacción de concepciones biológicas, de comportamiento y ambientales, evidenciando un contemporáneo sentido de género femenino. La conclusión constató la necesidad de estar atento para la diversidad de pertenencias sociales /culturales/ económicas, además de tener el compromiso con la ética y con una asistencia integrada.

Palabras Clave: *Infertilidad femenina. Clase Social. Género. Representaciones Sociales.*

Referências

BARZELATTO, J. Saúde reprodutiva e população. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: v. 14, Sup.1, p. 139-46, 1998.

CAMARGO, B. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais, 1998 8p. Mimeografado.

COSTA, A. M. Saúde da mulher - estórias e inquietações. In: SILVA, L. M. da. Cadernos do núcleo de estudos e pesquisas sobre a mulher. Belo Horizonte: n.5, p. 70-82, 1988.

GEERTZ, A. A religião como sistema cultural. In: Geertz, A Interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990. p. 101 - 142.

GIFFIN, K. Women's health and the privatization of fertility control in Brazil. Soc. Sci. Med. v. 39, n. 3, p. 335-360, jun. 1994.

MOSCOVICI, S. "The phenomenon of social representation". In: Farr, R. M. e Moscovici, S. (eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 03-70.

_____. A psicanálise, sua imagem e seu público. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

REINERT, M. Alceste, um méthodologie d'analyse de dones textualles et une application: Nerval, A de G. Bulletim de méthodologie sociologique, (S.I.), n. 26, p. 24-54, 1990.

ROTANIA, A. Entre o sangue e o gesto: reflexões sobre novas tecnologias reprodutivas e adoção. In: Simpósio Bioética e Procriação Humana, Rio de Janeiro: Uerj, 1996, p. 99-115.

SCAVONE, L. Maternidade: transformação na família e nas relações de gênero. Rev. Interface. São Paulo. Fac. Medicina de Botucatu/UNESP, p. 47-58, fev. 2001.

SOARES, L.S. A enfermagem e a abordagem estratégica no processo de planejamento da assistência à saúde da mulher: o caso do Hospital Sofia Feldman. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 105-112, abr. 2001.

TEIXEIRA, M.C. Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. 1999. 243f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal Santa Catarina. Florianópolis, 1989.

TUBERT, S. Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. 332 p.

Notas

¹Este artigo constitui-se em um recorte da Tese de Doutorado defendida na EEAN/UFRJ em dez/2002, intitulada "Ser mulher e a infertilidade: um estudo de representações sociais". Artigo premiado no 10º Pesquisando em Enfermagem/6º Jornada Nacional de História da Enfermagem/3º Encontro Nacional de Fundamentos de Cuidados de Enfermagem pelo Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher em 1º Lugar do Prêmio Haydêe Guanais Dourado.

Sobre os autores

Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Professor Adjunto do Departamento Materno Infantil/EEAN/UFRJ. Doutora em Enfermagem. e-mail: anabqueiroz@globo.com. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM).

Ângela Arruda

Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da UFRJ - Departamento de Psicologia Social. Doutora em Psicologia Social.

Maria Antonieta Rubio Tyrrel

Professor Titular do Departamento Materno Infantil/EEAN/UFRJ. Doutora em Enfermagem. Diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM).