



TÂNIA CRISTINA MACHADO

“Duas mulheres (não) é igual a um homem e uma mulher”: representações de médicos e juízes acerca da maternidade lésbica medicamente assistida

Análise Social, 213, XLIX (4.º), 2014

ISSN ONLINE 2182-2999

EDIÇÃO E PROPRIEDADE

Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Av. Professor Aníbal de Bettencourt, 9
1600-189 Lisboa Portugal — analise.social@ics.ul.pt

“Duas mulheres (não) é igual a um homem e uma mulher”: representações de médicos e juízes acerca da maternidade lésbica medicamente assistida. Este artigo parte de um estudo de caso sobre as representações de médicos e juízes acerca da maternidade lésbica medicamente assistida. Entre os médicos, a figura de um pai é central, sendo a maternidade lésbica entendida como uma transformação perturbadora; entre os juízes, a presença de um pai não é considerada essencial à concretização da maternidade, surgindo a maternidade lésbica como um modelo que deve ter expressão legal. Todavia, o cenário restrito do modelo dominante de maternidade, o do casamento e da família nuclear, continua subjacente em ambos os casos.

PALAVRAS-CHAVE: maternidade lésbica; procriação medicamente assistida; representações; médicos e juízes.

“Two women is (not) the same as a man and a woman”: representations of medical doctors and judges about lesbian medically assisted motherhood. This article focuses on a case-study about the representations of medical doctors and judges regarding medically assisted lesbian motherhood. Among medical doctors, the figure of “the father” is vital and lesbian motherhood is seen as a disturbing change; among judges, the presence of a father figure is not considered essential to motherhood. Accordingly, among the latter, lesbian motherhood is a maternal model that should have legal expression. However, in both cases, the underlying scenario is the dominant model of motherhood: marriage and the nuclear family.

KEYWORDS: lesbian motherhood; medically assisted procreation; representations; medical doctors and judges.

TÂNIA CRISTINA MACHADO

**“Duas mulheres (não) é igual
a um homem e uma mulher”:
representações de médicos e juízes
acerca da maternidade lésbica
medicamentamente assistida¹**

INTRODUÇÃO

No contexto da modernidade tardia, onde o exercício da maternidade é considerado um elemento constituinte do projeto reflexivo do *self* (Giddens, 1994), as possibilidades da sua concretização são delimitadas, em simultâneo, por ampliação e confinamento, pelos discursos médicos e jurídicos. A medicina e o direito são duas instâncias históricas de regulação social dos comportamentos reprodutivos, especialmente dos femininos (Silva, 2008, p. 23). Numa dinâmica de complementaridade, no que respeita às questões sexuais e reprodutivas, a medicina define aquilo que é “normal” ou “patológico” e o direito sanciona os “desvios” à norma. Com base na autoridade social que lhes é conferida, os discursos médicos “cria[m] a doença como papel social oficial” (Freidson, 2008, p. 229), o que implica, no campo da reprodução humana, que a medicina detém o monopólio da definição das situações “adequadas” de uso e aplicação das tecnologias médicas reprodutivas, alicerçadas nos textos legislativos que as regulam. Fá-lo, portanto, enquanto autoridade legítima na definição da “doença”.

1 Este artigo é baseado em dados empíricos recolhidos pela autora no âmbito da sua dissertação de mestrado em sociologia, intitulada “*Que Arranjem um Homem*”: *Representações de Médicos e Juízes acerca da Maternidade Lésbica Medicamentamente Assistida*, orientada pela Professora Doutora Alexandra Lopes e defendida publicamente em novembro de 2012, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto. A autora agradece à Professora Doutora Ana Maria Brandão pelos seus comentários e sugestões relativamente a uma primeira versão deste artigo.

Mas se a medicina e o direito, enquanto instâncias de docilização dos corpos (Foucault, 1999), exercem uma regulação social no sentido de uma “normalização” sexual e reprodutiva, parecem, também, abrir novas possibilidades de vivência individual da sexualidade e da reprodução, que têm possibilitado a reorganização da vida íntima e pessoal, e, como tal, o questionamento dos princípios em que assenta a família nuclear tradicional (Bauman, 2000; Castells, 2003; Giddens, 1995; Roseneil, 2006). A par da introdução e difusão dos métodos de contraceção, uma dessas opções é a possibilidade da procriação dissociada do ato sexual, com a emergência de novos aparatos tecnológicos que permitem encetar um processo reprodutivo medicamente assistido e legalmente regulado (Giddens, 1995). “Desnormalizando” as formas de procriar, todavia, acabam por produzir a normalização dos agentes procriadores com base em modelos normativos de género e de sexualidade, associados às representações dominantes de masculinidade e de feminilidade (Silva, 2008; Silva e Machado, 2010a).

O que a medicina oferece – e o direito regula – no campo procriativo parece surgir tanto a montante, como a jusante, de processos simbólicos de (re)significação conceptual da maternidade, da paternidade, da sexualidade e da procriação, não desenquadrados, todavia, do modelo biológico (heterossexual) (Silva, 2008). Enquanto projeto passível de ser apoiado pelas novas ofertas científicas (Szapiro e Féres-Carneiro, 2002, p. 181), a concretização da maternidade medicamente assistida parece ser, no contexto português, casuística, legítima – porque legal – apenas nos casos em que constitui um projeto heterossexual e conjugal. Os casais lésbicos são arredados do acesso à ajuda médica e tecnológica para procriar (cf. Assembleia da República, 2006), ainda que esta matriz legislativa não seja consensual entre profissionais médicos e juristas, mas também não totalmente conflitual.

Este artigo, produto de um estudo de caso de cariz exploratório, dá conta das representações de médicos e juízes acerca da maternidade lésbica medicamente assistida, baseando-se nos resultados de material empírico proveniente de entrevistas não-diretivas a médicos especialistas em medicina da reprodução e juízes que exercem a sua atividade em Tribunais de Família e Menores. À escolha destes médicos e juízes específicos esteve subjacente o facto de, pelo menos teoricamente, serem os interlocutores que, pela sua atividade profissional, estão mais próximos das questões da maternidade. Os seus discursos, abordados a partir de uma perspetiva fenomenológica e construtivista, foram captados e analisados através de uma metodologia qualitativa, de cariz compreensivo e interpretativo, com propósitos heurísticos. Foram realizadas dez entrevistas, cinco a médicos e cinco a juízes – entre os quais, três mulheres e sete homens –, com duração média de uma hora. O recrutamento dos

entrevistados foi feito por via postal, através de carta dirigida aos diretores dos centros de Procriação Medicamente Assistida (PMA), no caso dos médicos, e no caso dos juízes, ao juiz-presidente dos Tribunais de Família e Menores. As cartas enviadas cobriram todo o território nacional – Norte, Centro e Sul –, mas as respostas obtidas provêm apenas de entrevistas geograficamente localizadas em quatro distritos, dois do Norte do país e dois do Centro. A informação foi tratada através de análise de conteúdo, na vertente de análise categorial temática, e da análise crítica do discurso. Tratando-se de um estudo de caso exploratório, as conclusões devem ser consideradas válidas apenas para o universo de análise a que se reportam e como pistas para investigações futuras.

No presente trabalho, começa por se fazer um enquadramento legislativo do uso e da aplicação das técnicas médicas reprodutivas em Portugal, passando-se, depois, para a abordagem das representações dos médicos e dos juízes acerca da lesbica medicamente assistida. Com base na análise dos seus discursos, argumenta-se que as representações da maternidade lesbica são discursivamente construídas por proposições que operam por comparação associativa/dissociativa face ao modelo tradicional e heterossexual de maternidade, o que origina duas posições distintas: uma, maioritariamente presente entre os médicos, que considera que a maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexo diferente, de onde resulta uma representação da maternidade lesbica como um modelo maternal perturbador, contranatura ou estigmatizante; outra, maioritariamente presente entre os juízes, que perspetiva a maternidade como o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual e, como tal, advoga que a maternidade lesbica é um modelo constitucional que até se aproxima do modelo heteronormativo. Argumenta-se, todavia, que em ambos os casos se acaba por reproduzir uma variante do conceito biológico (heterossexual) de maternidade associado ao casamento e à família nuclear.

A PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA EM PORTUGAL

A Procriação Medicamente Assistida, devidamente legislada, emerge em Portugal em 2006, após um debate parlamentar sobre a temática, impulsionado pela apresentação de algumas iniciativas legislativas no âmbito da regulação dos usos e aplicações destes procedimentos médico-tecnológicos, que culminaram na aprovação da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (Silva, 2008). A primeira iniciativa legislativa foi apresentada na VII Legislatura pelo Governo, mas acabou vetada pelo presidente da República pelo facto de este considerar não ter existido um debate suficientemente ponderado e consensual por parte da comunidade científica acerca do assunto (Comissão de Assuntos

Constitucionais Direitos Liberdades e Garantias, 2012, p. 9). Seguiu-se, na IX Legislatura, a apresentação de três Projetos de Lei pelo Partido Socialista, pelo Bloco de Esquerda e pelo Partido Comunista Português, que acabaram por caducar devido ao término antecipado da Legislatura (*ibidem*). Na x Legislatura foi, finalmente, aprovada a lei atualmente em vigor, enquadrada numa iniciativa do Partido Socialista, ainda que também o Bloco de Esquerda, o Partido Comunista Português e o Partido Social-Democrata tenham apresentado as suas propostas (*ibidem*).

Nas mais de duas décadas anteriores à aprovação deste diploma – de 1980 a 2006 –, vigorou uma prática de autorregulação médica na aplicação da PMA, da qual resultou a primeira criança portuguesa concebida por inseminação artificial homóloga, em 1980, e o primeiro nascimento resultante de uma fertilização *in vitro*, em 1986 (Silva e Machado, 2010b). O poder de autorregulação na prática profissional quotidiana revestiu a forma de uma violência simbólica, justificada pelo valor científico atribuído à atividade médica e pelo poder carismático do ato de curar (Carapinheiro, 1993, p. 197), tendo-se traduzido, ao longo do período de ausência de legislação específica de regulação da PMA, no poder de *gatekeeping*, i. e., no monopólio profissional de delimitação do acesso aos bens e serviços disponibilizados pela medicina da reprodução a casos reconhecidos pelos médicos como configurando os beneficiários “adequados” (Freidson, 1986) – entenda-se, os casais heterossexuais. É de sublinhar que, durante duas das décadas de autorregulação médica na aplicação da PMA – décadas de 1980 e 1990 –, as representações sociais face à homossexualidade eram predominantemente desfavoráveis entre os jovens portugueses, tanto católicos, como ateus (Pais, 1985), sendo as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo consideradas maioritariamente inaceitáveis pelo total da população, mais de uma década depois (Pais, 1998). Considerando este contexto, a escolha médica dos casais heterossexuais como os únicos beneficiários dos serviços médicos reprodutivos parece refletir a incorporação de uma disposição subjetiva estruturada que, por sua vez, atua como princípio organizador estruturante da ação, por via da naturalização das representações negativas socialmente construídas acerca da homossexualidade.

A emergência de tecnologias de PMA em Portugal, aparentando representar uma expansão das possibilidades reprodutivas para aqueles que não podem, de forma natural, ter filhos, acaba por funcionar como um mecanismo gerador de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde prestados no domínio da medicina da reprodução (Silva e Machado, 2010a). Contextualizando no quadro legislativo da União Europeia, dos países que disponibilizam serviços médicos no âmbito da medicina reprodutiva, Portugal é o único que, explicitamente, impõe pré-requisitos de acesso que reproduzem *habitus*

de género que devem reiterar performativamente a *doxa*, enquanto adesão não questionada à ordem vigente (Bourdieu, 1989; Butler, 1990). As técnicas de PMA estão delineadas e legislativamente reguladas para que se reproduza o ideal maternal que incorpora a ideia de complementaridade entre a mulher/mãe e o homem/pai (Soares, 2010), argumentando-se que as mulheres que, por uma ou outra razão, desvirtuem essa dinâmica, não são mães “adequadas” (Peterson, 2005). Os pré-requisitos socialmente legítimos e legalmente regulados de acesso às tecnologias reprodutivas vão, assim, ao encontro das representações dominantes de família, de maternidade, de paternidade e de sexualidade, às quais subjazem um conjunto de associações conceptuais: (i) entre casamento e parentalidade; (ii) entre (heteros)sexualidade e procriação; (iii) entre casamento e heterossexualidade; (iv) entre parentalidade e (heteros)sexualidade. Os casais lésbicos, como as mulheres singulares, estão, neste sentido, excluídos do conjunto de beneficiários. Já na Alemanha, na Dinamarca, nos Países Baixos, na Espanha, na Estónia, na Bélgica, na Bulgária, no Reino Unido, no Luxemburgo e na Irlanda, no conjunto de requisitos definidos para acesso aos tratamentos proporcionados pela PMA, não está incluído o estatuto de casal, pelo que se pode considerar a existência de um conceito de parentalidade mais amplo, dissociado do casamento e da orientação sexual (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2010). Por sua vez, na Polónia, no Chipre, na Letónia, na Lituânia, na Roménia, na Eslováquia e em Malta não existe qualquer tipo de requisito de elegibilidade (*idem*), o que parece remeter para a existência de um total acesso aos direitos procriativos a quem deles pretender disfrutar, independentemente de existir situação de conjugalidade e/ou de heterossexualidade.

Os atuais beneficiários da PMA em Portugal são, portanto, apenas “pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos” (Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, artigo 6.º). Tendo em conta que, em Portugal, desde 2010, é possível o casamento entre pessoas do mesmo sexo, parece surgir aqui uma possibilidade de acesso ao exercício da parentalidade. Todavia, em declaração face a pedidos de esclarecimento sobre os efeitos decorrentes da aprovação do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo no acesso às tecnologias de PMA, o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) (2010) argumenta, usando os artigos 4.º e 2.º da lei, respetivamente, que “as técnicas de PMA são um método subsidiário, e não alternativo, de procriação” e que a sua utilização só se pode verificar “mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras”. Conclui declarando que

o requisito de posse da doença de infertilidade é um requisito técnico-científico que não pode ser ultrapassado pelo legislador e que, a não ser que se verifiquem alterações legislativas, o acesso dos casais do mesmo sexo à PMA continua interdito (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2010).

A subsidiariedade das técnicas médicas reprodutivas é o principal argumento apresentado para a sua interdição aos casais lésbicos, assente no paradigma da doença enquanto modelador das situações que visam, de origem, ser resolvidas pela medicina da reprodução. O diagnóstico de infertilidade surge como o elemento que ativa ou inibe a oferta de tratamento médico para procriar, enquadrado num contexto de doença permanente e conjugal. É-o, no entanto, casuisticamente, pois, se considerada no seio conjugal, mas numa estrutura distinta da heterossexual, como é o caso dos casais lésbicos, a infertilidade perde autoridade na gestão dos beneficiários dos tratamentos médicos reprodutivos (Dana, 2011). Funciona, portanto, como um instrumento que, mais do que propósitos biológicos, serve propósitos valorativos e morais, considerando que também as lésbicas podem ser inférteis. É, aliás, neste sentido que, implicitamente, avança o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, emitido em 2012 a propósito de dois² dos quatro projetos de lei apresentados à Assembleia da República que pretendiam ver alterada a lei que regula a PMA, no sentido de eliminar os requisitos do diagnóstico de infertilidade e do estado civil. O Conselho (2012, p. 6) argumenta que, até então, não tinha sido avançada nenhuma justificação plausível para arredar as pessoas não casadas e/ ou não heterossexuais da possibilidade de procriar com recurso à PMA, especialmente nos casos em que estas pretendiam fazê-lo com recursos monetários próprios. Mais ainda, considera que, apesar de existir uma imposição constitucional para o Estado regular a PMA e proteger a família, essa imposição não determina que deve ser protegido apenas um tipo particular de família, para mais quando legitima outros tipos de família através da própria lei, nomeadamente através da legalização do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo (*idem*).

A imposição do princípio da diferença de sexo dos membros do casal como condição de acesso à PMA tem na base uma norma cultural que converge com o

2 Projeto de Lei n.º 122/XII – *Garante o acesso de todas as mulheres à procriação medicamente assistida (PMA) e regula o recurso à maternidade de substituição, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pela Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro*. Apresentado pelo Bloco de Esquerda. Projeto de Lei n.º 137/XII – *Segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alargando o âmbito dos beneficiários das técnicas de Procriação Medicamente Assistida e admitindo o recurso à maternidade de substituição*. Apresentado por cinco deputados do Partido Socialista.

quadro valorativo vigente e as expectativas do contexto social onde é aplicado (Silva, 2008). As tecnologias de PMA refletem, portanto, os valores de quem as cria e as aplica e são legitimadas pelos significados socialmente partilhados acerca da reprodução (Augusto, 2004). Considerando que “a não perturbação dos valores sociais e das normas culturais ideologicamente dominantes na sociedade portuguesa no âmbito da RMA passa, entre outros aspetos, pela imagem destas tecnologias como uma resposta terapêutica à infertilidade conjugal, que proporciona a concretização do ‘sonho’ dos casais heterossexuais” (Silva, 2008, p. 126), parece estar mais ou menos explícita uma ideologia de maternidade/paternidade segundo a qual as “melhores mães”/“melhores pais” são aquelas/es que vivem numa relação heterossexual estável. Se a concepção dominante de maternidade parece ter sido ampliada, passando a incluir a possibilidade de concepção de uma criança na ausência de ato sexual, ela foi, ao mesmo tempo, afunilada.

A MATERNIDADE LÉSBICA MEDICAMENTE ASSISTIDA: DE FENÓMENO CONTRANATURA A DIREITO CONSTITUCIONAL

As representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica medicamente assistida são enquadradas a montante e a jusante pelas representações acerca das próprias técnicas médicas reprodutivas. Existe uma relação de circularidade entre ambas, sendo usados, por parte de alguns médicos e juizes, argumentos constantes da lei que regula o uso e a aplicação das práticas médicas reprodutivas para sustentar as posições face à realização de um projeto maternal por parte dos casais lésbicos. Regista-se, também, a presença de argumentos derivados de opiniões pessoais sobre a maternidade lésbica para validar o atual enquadramento jurídico. A este processo argumentativo subjaz a dinâmica de formação do *habitus* enquanto cronologia estruturada, pois uma perspetiva é sustentada por estruturas de perspetivas anteriores, e, concomitantemente, subjaz à formação das mesmas num processo dinâmico de (re)estruturação constante das disposições subjetivas (Bourdieu, 2002). Emerge, nos discursos de médicos e juizes, a mobilização de argumentos derivados de posições pessoais face à maternidade lésbica, adquiridos em contextos anteriores à implementação da lei que regula a Procriação Medicamente Assistida no ordenamento jurídico português, para sustentar uma o/posição face ao conteúdo da mesma e, simultaneamente, o recurso a argumentos estruturados após a aprovação da lei, sustentados pelo próprio texto legislativo, para justificar as suas posições face à maternidade lésbica.

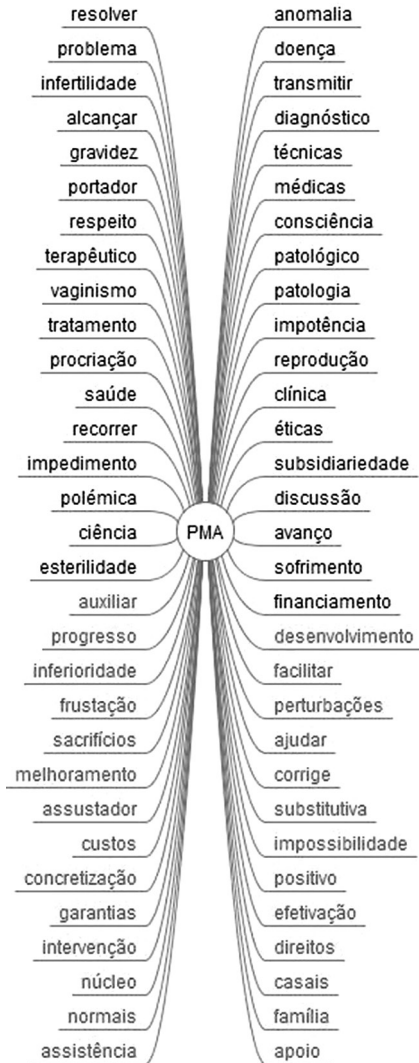
Assim, argumentando com base nos pressupostos normativamente enquadrados, que a PMA somente pode ser acedida por casais de sexo diferente,

alguns entrevistados reforçam a noção de procriação enquanto processo biológico levado a cabo por um homem e uma mulher, o que permite transformar a relação heterossexual na norma procriativa, mesmo quando esta não tem lugar (Arán e Corrêa, 2004, p. 337). Por sua vez, aludir a uma forma normativa de procriação permite-lhes argumentar que casos que não lhe correspondam devem ficar excluídos do conjunto dos beneficiários da assistência médico-tecnológica para procriar. De outro ângulo, recorrer ao corpo de conhecimentos jurídicos para argumentar que o direito a constituir família é para todos – casais de sexo diferente e casais do mesmo sexo –, remete para uma perspectiva mais ampla tanto do conceito de maternidade, como do conceito de procriação e das técnicas de procriação medicamente assistida, o que se reflete numa posição de defesa de alteração da lei.

Da análise dos discursos dos médicos e dos juízes entrevistados resulta que a representação dominante acerca da Procriação Medicamente Assistida é a de que esta constitui um conjunto de práticas médicas para aplicação terapêutica em situações de infertilidade conjugal heterossexual, conclusões, de resto, convergentes com as registadas por Silva (2008) no seu trabalho de investigação sobre a temática. Esta perspectiva é demonstrada pela mobilização discursiva de verbos e substantivos cujo significado remete, objetiva e simbolicamente, para o reconhecimento da necessidade de um ato ou processo interventivo médico no sentido da melhoria da organização funcional corporal, de forma a atingir um objetivo necessário – a procriação: “resolver”, “auxiliar”, “facilitar”, “tratamento”, “ajudar”, “corrigir”, “melhoramento”; “problema”, “infertilidade”, “impossibilidade”, “impedimento”, “sofrimento”, “perturbações”, “doença”, “anomalia”, “patologia” ou “alcançar” (ver figura 1). A esta formulação discursiva não será alheia a representação social do médico enquanto detentor monopolista do saber necessário à realização de diagnósticos, à elaboração de prescrições e à aplicação de atos terapêuticos que, não raro, oferecem a cura (Areosa e Carapineiro, 2008, p. 90; Ramos-Cerqueira e Lima, 2002, p. 112).

Regista-se, entretanto, uma diferença entre médicos e juízes quanto ao significado simbólico atribuído às técnicas médicas reprodutivas que se reflete no tipo de verbos usado na descrição da sua função. Enquanto a maioria dos médicos utiliza comumente o termo “resolver”, coadjuvado por substantivos de cariz clínico como “anomalia”, “doença”, “problema”, “patologia”, “infertilidade” ou “esterilidade”, a maior parte dos juízes constrói o seu discurso por via do uso de verbos como “auxiliar”, “facilitar” ou “ajudar”, que traduzem um ato orientado para a convergência com os “direitos” e as “garantias” a que qualquer indivíduo deve ter acesso (ver figura 1). Entre os juízes, é comum o uso de termos que remetem mais para quadros psicoemocionais – “perturbações”, “frustração” – do que para quadros clínicos. Pode, talvez, dizer-se que os médicos

FIGURA 1
Esquema semântico das representações
de médicos e juízes acerca
da maternidade lésbica



pretendem, através do uso e aplicação das técnicas de procriação medicamente assistida, atenuar o desvio face a uma norma biológica, ao passo que os juízes veem a possibilidade de ser atenuado o desvio face a uma norma jurídica e constitucional.

O *habitus* linguístico, enquanto parte do capital simbólico detido, é uma expressão do *habitus* profissional e da posição objetiva dos entrevistados nos campos da medicina e do direito (Bourdieu, 1977), o que constitui um enquadramento explicativo para a diferença discursiva face às técnicas médicas reprodutivas. Como a autonomia relativa dos campos médico e jurídico não significa, todavia, que sejam impermeáveis relativamente ao contexto sociohistórico, o *habitus* incorporado no seio de cada campo por parte dos agentes que nele se movem apresenta, também, traços semelhantes, o que acaba por permitir a captação de elementos discursivos convergentes face aos fenómenos (*idem*). Assim, se as formulações discursivas médicas e jurídicas face à PMA são distintas, o propósito que lhe é atribuído assemelha-se: as tecnologias médicas reprodutivas são orientadas para a tentativa de preenchimento de uma descontinuidade não intencional entre a relação sexual e a reprodução biológica.

Todos os entrevistados revelam, de forma mais ou menos explícita, uma associação conceptual entre feminilidade e maternidade, o que reforça a definição da Procriação Medicamente Assistida como um conjunto de procedimentos médicos que visa reproduzir *habitus* de género que reiterem performativamente o ideal de feminilidade maternal, conjugal e heterossexual

(Bourdieu, 2002; Butler, 1990). Introduz-se, portanto, um paradoxo, especialmente considerando o registo discursivo de alguns juízes, que, apesar de aceitarem os princípios orientadores do diploma que regula a PMA, referem a possibilidade de alargamento do âmbito de beneficiários aos casais lésbicos. Estes apontam em direção a uma posição favorável à maternidade lésbica e à sua concretização por via da assistência médico-tecnológica, o que indicia que partilham uma conceção de maternidade desligada, de alguma forma, da conceção biológica (heterossexual). Todavia, acabam por tender a representá-la como um modelo bimaternal, i. e., constituído por duas figuras maternas, em decalque da estrutura biparental dominante.

O pressuposto terapêutico e da subsidiariedade no qual a aplicação das tecnologias médicas reprodutivas se alicerça é o de que estas não constituem meios diretos de obtenção de uma gravidez, mas dão corpo a um conjunto de métodos de gestão da fertilidade que opera no sentido da eliminação dos riscos e dos obstáculos biológicos à procriação (Donovan, 2008, p. 22). Considerando o caso português, o principal argumento mobilizado pelos entrevistados para justificar o impedimento legal de disponibilização de técnicas de procriação medicamente assistida aos casais lésbicos é o de que “as lésbicas não são inférteis”:

Depois está outra coisa, há outras situações que não são no contexto da infertilidade, como o caso dos casais homossexuais. Eles não são, necessariamente, inférteis mas não têm outro meio de poder ter um filho que não através de uma técnica, porque, no fundo, a sua natureza igual em termos de género não lhes permite de outra forma [médica, 2012].

E, depois, dizem “as lésbicas são férteis, portanto, que arranjem um homem. Que façam o sacrifício. Que façam o sacrifício de estar com um homem para ter filhos” [juiz, 2012].

Se o argumento da fertilidade dessas mulheres – e, portanto, da suposta ausência de diagnóstico de infertilidade – é usado para justificar o impedimento legal de acesso à PMA, é de notar a emergência de incongruências nos discursos dos médicos entrevistados quanto aos requisitos necessários para a disponibilização dos tratamentos médicos reprodutivos a um casal heterossexual. Por exemplo, o vaginismo foi referido como um elemento que abre portas à assistência médico-tecnológica para procriar, mesmo não constituindo situação de infertilidade ou de doença grave, infecciosa ou genética, que são as condições definidas por lei (Assembleia da República, 2006). De acordo com um dos médicos,

Por exemplo, a PMA muitas vezes é utilizada, ou algumas vezes é utilizada – e nós já o fizemos na minha equipa – em casais que não conseguem ter relações porque a esposa tem

problemas de vaginismo, portanto, não consegue que haja penetração vaginal [...]. Já tive um casal que estavam casados há oito anos e que nunca tinha havido penetração vaginal. Mas esta é uma situação de doença, de patologia, não é? Seja de caráter físico, bem demonstrado, seja de caráter psicológico [médico, 2012].

Ainda que nos casais lésbicos também não exista possibilidade de penetração vaginal nos mesmo moldes de um casal heterossexual, a sua situação não é, todavia, considerada, de onde decorre a mobilização, por parte dos médicos especialistas em medicina da reprodução, de um conjunto de disposições subjetivas estruturadas a partir da interiorização de um quadro valorativo e moral enquadrado pela heterossexualidade normativa, que rege a sua atividade quotidiana e que, por isso mesmo, tende a reproduzi-la. Esta argumentação é reforçada pelo poder de alegação de objeção de consciência que é legislativamente conferido aos médicos e que pode ser utilizado nas situações em que considerem que determinado procedimento entra em rutura com os princípios éticos e morais que perfilham (Assembleia da República, 2006). De acordo com alguns médicos entrevistados, uma dessas situações é a aplicação de técnicas de PMA a casais lésbicos.

Está, todavia, presente nos discursos dos médicos e dos juizes a percepção do *feminino/masculino* como o *materno/paterno*, e, neste sentido, a maternidade/paternidade como elemento de desempenho performativo da *doxa* (Bourdieu, 2002; Butler, 1990). É recorrente o uso de termos que traduzem a reprodução de uma representação da parentalidade como algo inerente à condição humana – “desejo”, “instinto”, “objetivo”, “essencial”, “natural”, “normal” –, que deve ser exercida na existência de algumas condições – “casal”, “casamento”, “união de facto”, “relação”, “vínculo”. Se, para alguns entrevistados, estes elementos bastam, permitindo incluir os casais lésbicos no acesso à PMA, para outros deve acrescentar-se outros elementos de enquadramento da atividade parental que os exclui: “pai”, “homem”, “diferentes”, “complementaridade”, “tradicional” ou “conservador”.

A MATERNIDADE COMO ATIVIDADE HETEROSSEXUALMENTE ENQUADRADA

As representações da maternidade lésbica são discursivamente construídas por proposições-chave que operam por associação/dissociação face ao modelo tradicional e heterossexual de maternidade, dando origem a duas posições distintas. Se o conceito de maternidade é, para alguns entrevistados, somente aquele que está enquadrado numa relação de complementaridade com um indivíduo do outro sexo, regulado pelo instituto do casamento ou pelo da união de facto e que é parte integrante de uma responsabilidade que deve depender da

paternidade, a maternidade lésbica, existindo, subverte a premissa central de que a mãe é complementar/dependente do pai.

A primeira posição é a que deriva de uma estruturação discursiva dirigida pelo argumento de que a maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexo diferente, de onde resulta uma representação da maternidade lésbica como diferente, excepcionalmente aceitável, liberal, acessória, perturbadora, contranatura, problemática, caprichosa, acidental, empobrecedora, egocêntrica, desintegradora e estigmatizante. Como demonstrado nas palavras de um médico – grupo que partilha, majoritariamente, esta posição – o acesso à procriação medicamente assistida

[...] não pode ser o capricho, não pode ser opção, tem que haver uma patologia, das mais distintas, dado que “[...] se fosse acrescentar fatores demasiado liberais à utilização das técnicas de procriação medicamente assistida, algumas coisas poderiam ser postas em causa, nomeadamente coisas essenciais, portanto, não se poderia pôr em causa o essencial para resolver problemas acessórios, digamos assim [médico, 2012].

O mesmo médico afirma, ainda, que “[...] é algo que também me perturba ajudar a conceber uma criança que, à partida, não tem pai [...]”, especialmente considerando que “no casal de lésbicas, eu penso que a relação é uma relação que, obviamente, tenho que respeitar, mas [...] é algo mais contranatura do que a educação de uma criança apenas por uma mulher” (*idem*). Assim, “conceber, de novo, uma criança no âmbito dessas situações é algo, de facto, muito problemático, para o qual eu tenho muitas dúvidas” (*idem*). Estas afirmações convergem com a tese de Lewin (1995) de que a maternidade é representada como a expressão natural de uma “essência” feminina e de que o lesbianismo traduz uma rutura com a ordem de género e sexual, assumindo contornos de independência face a uma figura masculina e de um cariz não procriativo, pelo que a identidade maternal e a identidade lésbica são socialmente incomensuráveis. Excluídas da concepção dominante de maternidade, as mães lésbicas são consideradas como não-naturais e como ameaça para as crianças que por si forem criadas (Donovan, 2008, p. 22).

A preocupação com a possível vertente desintegradora que uma situação de vivência no seio de um casal lésbico pode ter para as crianças é visível nos discursos de alguns médicos:

Oiça, você não me vai dizer que duas mulheres é igual a um homem e uma mulher, ou que dois homens é igual a um homem e uma mulher. Pois. Porque acho que há uma complementaridade entre géneros diferentes que não há entre duas mulheres e dois homens [médico, 2012].

Sabemos, muitas vezes, que em sociedades mais conservadoras, mesmo em termos familiares, as famílias, portanto, que são heterossexuais podem não aceitar as características das crianças das famílias homossexuais e isso é que pode levar, de alguma maneira, à não integração plena destas crianças geradas nestas novas famílias, neste novos conceitos de família [...] [médico, 2012].

Associando a identidade maternal a uma identidade não normativa, a mãe lésbica é vista como dissonante, de onde resulta a expressão, por parte dos médicos e juízes, de um sentimento de dúvida quanto à capacidade de as lésbicas desempenharem um “bom” papel maternal (Hequembourg e Farrel, 1999, p. 541). A vontade de ter filhos é, contudo, vista como um desejo legítimo, decorrente de um “instinto” procriativo inerente à condição feminina, ainda que não signifique que deva ser satisfeito. Aos olhos de uma parte dos médicos e dos juízes entrevistados, a maternidade parece ser encapsulada por uma disposição subjetiva que estrutura o *habitus* feminino, mas que só deve ser ativada situacionalmente, em particular nos contextos em que a reprodução biológica concorra para a reprodução social da heterossexualidade e dos conceitos de família, maternidade e paternidade que lhe estão associados. Noutros contextos, a disposição subjetiva deixa de ser estruturante, passa a ser coibida e o *habitus* feminino é considerado independente do *habitus* materno. Desempenhando performativamente algumas normas de género, os casais lésbicos subvertem, todavia, aquelas que se interseitam com a sexualidade (Butler, 1990). Esta subversão representa, para alguns médicos e juízes entrevistados, uma situação de egocentrismo por parte dessas mulheres, bem como de estigmatização e de menor riqueza para as crianças:

Não sei mesmo se o interesse das crianças, neste momento – questiono-me –, estará suficientemente acautelado com essa situação, juridicamente tutelada, de uma criança ser filha [...] de dois pais ou duas mães, tendo em conta ainda o estigma que isso iria causar na própria criança [juíza, 2012].

Presumo que seja mais enriquecedor no desenvolvimento espiritual de um ser vivo ter uma referência masculina e feminina em termos da sua estrutura parental e familiar [médica, 2012].

No reforço da argumentação anterior, e com base no pressuposto de que as mães lésbicas põem em risco o bem-estar dos filhos (Donovan, 2008, p. 17), “o superior interesse da criança/bem supremo da criança” surge como um instituto invocado frequentemente pelos entrevistados que se posicionam desfavoravelmente face à maternidade lésbica medicamente assistida. De acordo

com Jackson (2002, p. 176), a preocupação com o bem-estar das crianças que irão ser geradas com apoio médico-tecnológico tem sido assumida como central na definição legislativa de quem deve poder aceder aos tratamentos disponibilizados pela medicina da reprodução. Constitui, todavia, para a autora, um princípio injusto, ao escrutinar a capacidade parental dos candidatos previamente à conceção do nascituro, principalmente quando os casais que procriam sem assistência médico-tecnológica não são sujeitos a essa avaliação (*idem*).

Alguns juízes convergem com esta posição, ao declarar que

[...] se for procriação biológica ninguém vai questionar se quiser engravidar e, se tiver um companheiro ou um marido, ninguém vai pôr em causa, pronto, ninguém lhe vai pôr um cinto de castidade e dizer “ah, você não pode engravidar” [juiz, 2012].

Aos médicos especialistas em medicina da reprodução é imputada a responsabilidade, legislativamente regulada, de preservar o bem-estar das crianças que serão geradas com a sua assistência (Jackson, 2002, p. 183). Assumir, no entanto, uma posição de proteção do interesse da criança constitui aquilo que Freidson (2008) designa de empreendimento moral, na medida em que parece implicar uma conceção moral e ética subjetiva acerca da vida humana. Alguns juízes entrevistados recorrem ao suporte legislativo para argumentar em sentido desfavorável face a essas conceções morais e éticas que estão na base do impedimento legal de acesso dos casais lésbicos à procriação medicamente assistida. Assim, declaram que

[...] a lei [...] diz que a personalidade jurídica se adquire com o nascimento com vida. Para o universo da lei, as pessoas só são pessoas quando nascem com vida [juiz, 2012].

No âmbito da procriação medicamente assistida, parece-me que não é de falar do superior interesse da criança. Não há criança. [...] nem material. Não há nada, ali. É o que nós, no Direito, chamamos de concepturo, que é uma coisa que ainda vai ser concebida [juiz, 2012].

Todavia, por sua vez, também os médicos podem recorrer a conteúdo legislativo para argumentar a favor da importância da ética e da moral na aplicação das tecnologias reprodutivas, na medida em que a lei que regula a PMA em Portugal contempla a possibilidade de alegação de objeção de consciência. De acordo com alguns médicos entrevistados, uma das situações em que é possível recorrer a esta figura é, precisamente, a aplicação de técnicas de PMA a casais lésbicos.

A MATERNIDADE COMO ATIVIDADE PASSÍVEL
DE VÁRIOS ENQUADRAMENTOS

O conceito de maternidade com que alguns indivíduos de ambos os grupos profissionais operam quotidianamente admite outros modelos de maternidade para além do baseado na biparentalidade heterossexual. Por comparação com o restante conjunto de entrevistados, que considera que a maternidade deve ser exercida em complementaridade com a paternidade, a centralidade atribuída por alguns à existência de “um pai” é menor. A aceitação da maternidade lésbica reforça, então, a premissa segundo a qual a mãe é aquela que tem capacidades parentais de forma independente de um homem. Assim, uma segunda posição estrutura-se discursivamente em torno do argumento segundo o qual a maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual, o que desemboca na representação da maternidade lésbica como optativa, constitucional, alternativa e “normalizada”. Para um dos juízes, quanto à impossibilidade legal de acesso dos casais lésbicos à PMA,

[...] perante a constituição que temos, eu acho que tudo o que sejam limitações, de uma forma, ou de outra, isto vai cair em inconstitucionalidades, porque acaba sempre por ser reconduzível a uma discriminação em função da orientação sexual [juiz, 2012].

Ainda para outro juiz (2012), “as lésbicas e os *gays*, portanto, os homossexuais masculinos, também têm o desejo de ter filhos”, pelo que a maternidade lésbica/paternidade *gay* deve poder ser uma alternativa.

Enquanto sistema de disposições que não faz convergir, necessariamente, as suas condições de produção e as suas condições de funcionamento (Bourdieu, 2002), o *habitus* dos médicos e dos juízes faz transparecer, a partir da enunciação discursiva das representações da maternidade, a existência de traços disposicionais acumulados a partir de diferentes campos e contextos sociohistóricos – mais recentes ou mais distanciados no tempo. Quando as mais recentes – resultantes de processos de mudança social na estrutura familiar – são dominantes no enquadramento da atividade maternal, com maior probabilidade se transpõem conceitos associados ao modelo tradicional de maternidade para o modelo da maternidade lésbica; quando as mais antigas se sobrepõem no enquadramento da atividade maternal, não existe essa transposição (Bourdieu, 2002; Goffman, 2006). Destacando excertos discursivos dos entrevistados, verifica-se que, entre os juízes, é mais visível a referência a institutos tradicionalmente associados aos casais de sexo diferente para se referirem às relações entre pessoas do mesmo sexo – “casamento”, “união [de facto]” –, o que é reforçado pelo uso de adjetivos que traduzem a semelhança entre

ambos os tipos de relações – “idênticas”. Entre os profissionais do Direito, o uso de pronomes indefinidos nas formulações discursivas acerca da maternidade – “ninguém”, “qualquer” – parece indicar a preponderância de disposições subjetivas adquiridas em contextos sociais de mudança das concepções de família e conceitos derivados – designadamente, os de casamento, de maternidade, de paternidade e/ou de filiação – no enquadramento da atividade maternal. Esta posição reflete-se no uso de sinais de pontuação como a vírgula na referência sequencial à maternidade e à paternidade, o que pode, talvez, ser lido, de forma mais ou menos explícita, como uma dissociação entre os conceitos e, como tal, como uma definição conceptual mais ampla da maternidade:

Agora, o que eu acho é que ninguém pode ficar para trás nos seus direitos num sistema jurídico que, aparentemente, se rege pelo princípio da igualdade, pelo princípio da não discriminação. [...] Entretanto, é feito o tratamento e zangam-se, e lá se vai o projeto de vida, tal como noutra casal qualquer [juiz, 2012].

Quer dizer, e parece-me que uma das formas de amar o próximo é, por exemplo, dedicar-se à *maternidade*, à *paternidade*, à *parentalidade* [juiz, 2012].

Face às posições dos médicos, as posições dos juízes mostram, de uma forma mais vincada, a aceitação de outros modelos de maternidade para além do dominante. Ademais, regista-se a presença, nos discursos de todos os juízes entrevistados, de uma referência a características que definem o papel de uma mãe e que podem ser atribuídas a qualquer mulher, independentemente do tipo de estrutura familiar em que está inserida, remetendo para a “competência” e a “capacidade” de disponibilizar às crianças um conjunto de condições emocionais e materiais. Admitindo o nascimento e o desenvolvimento de uma criança no seio de um casal de lésbicas, os juízes parecem, contudo, fazê-lo pela “normalização” desse modelo de maternidade. Por outras palavras, consideram que se as lésbicas podem estabelecer relações conjugais estáveis semelhantes às dos casais heterossexuais e legitimadas pela lei, devem poder ser mães. A regulação jurídica do casamento entre pessoas do mesmo sexo surge, comumente, como elemento argumentativo de enquadramento da desigualdade a que as lésbicas estão sujeitas pelo facto de, em idêntica situação de proteção jurídica, experienciarem um tratamento distinto no acesso à PMA. A transposição de traços da fórmula restrita de casamento para concepções mais amplas do mesmo acaba por reproduzir um processo de construção da identidade feminina apoiado na valorização do papel de mãe e de esposa (Brandão, 2007, p. 93), parecendo ser este a determinar as posições favoráveis à expansão das possibilidades maternais dos casais lésbicos. Esse tipo de argumentação

vai ao encontro do conceito de “*gay normal*” – ou “*lésbica normal*”, no caso – proposto por Seidman (2002): se se estiver em presença de mulheres que apresentem traços de género convencionais, tenham uma relação marital e reproduzam, pelo menos parcialmente, os valores familiares tradicionais, a possibilidade de concretizarem um projeto maternal através da PMA é justificada e, com legitimidade, pode ser médica e juridicamente viabilizada. Implícito parece estar um duplo processo, que, na terminologia de Meneses (2000), significa passar, discursivamente, a maternidade lésbica de um plano de marginalidade para um plano de centralidade, associado à maternidade hegemónica, heterossexual: sendo as representações da maternidade lésbica modeladas por decalque da maternidade heterossexual, põe-se em curso um mecanismo de diluição da carga simbólica negativa que tem pairado sobre a possibilidade de exercício da maternidade no seio da igualdade sexual e de género, igualando-se um tipo de mãe a outra; concomitantemente, o estatuto de mãe igual a qualquer outra parece potenciar a diluição do conceito de diferença em torno do qual têm sido estruturadas as identidades *gays* e lésbicas, o que representa o risco de se ativar um processo de assimilação forçada, pela inexistência de símbolos significativos de projeção de uma identidade sexual divergente.

MOLDURAS SOCIOHISTÓRICAS DAS REPRESENTAÇÕES
MÉDICAS E JURÍDICAS SOBRE A MATERNIDADE LÉSBICA

As definições das situações não são independentes daquilo que Goffman (2006) designa de “marcadores externos”, que constituem delineadores espaço-temporais dos episódios interacionais, permitindo proceder, na terminologia do autor, à ancoragem da situação num determinado contexto social datado no tempo e facultando elementos materiais ou simbólicos de atribuição de significado ao que é feito e dito. Ajustando a terminologia Goffmaniana aos encontros formais estabelecidos entre a investigadora e os entrevistados, pode dar-se conta de um conjunto de marcadores externos de natureza sociohistórica que podem ter exercido influência sobre os discursos veiculados acerca da maternidade, em geral, e da maternidade lésbica, em particular, principalmente considerando que todos, de forma mais ou menos explícita, traduzem a partilha de uma representação comum da maternidade enquanto instituto heterossexual e, paralelamente, de alguns entrevistados aceitarem a ampliação do conceito a outros modelos maternos.

Neste sentido, as transformações ao nível da organização familiar podem ser assumidas como o primeiro marcador externo. À luz de Aboim (2003, p. 14), desde a década de 1990 que está em curso, de forma acentuada, um processo de “modernização da vida familiar”, refletido no aumento de situações de

conjugalidade informal, na crescente dissociação entre casamento e maternidade/paternidade –, no aumento das taxas de divórcio ou na crescente visibilidade das famílias recompostas.³ Assinalam-se alterações nos papéis de género e no lugar e importância da criança, e aumenta o número de famílias monoparentais (Wall, 2003). Para além disso, sublinha-se a aprovação do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo em Portugal, em 2010 (Lei 9/2010, de 31 de maio).⁴ Concomitantemente às disposições subjetivas adquiridas neste contexto estrutural, marcado por processos de mudança na instituição familiar, o *habitus* dos entrevistados é constituído, todavia, por camadas de disposições subjetivas adquiridas noutros contextos, o que potencia enquadramentos da atividade maternal caracterizados por uma mescla de argumentos derivados de esquemas percetivos distintos em coexistência.

Outro marcador externo é o poder da religião na sociedade portuguesa. De facto, ainda que se diga que o poder religioso declinou na modernidade, que “o mundo [se] tornou [...] a-religioso, regido pelo poder secular, estranho a qualquer intromissão teocrática” (Costa, 2006, p. 30), é possível encontrar vestígios de influência do catolicismo na estruturação da ordem social. A religião, segundo Dix (2010), vai oscilando entre a visibilidade e a invisibilidade, sublinhando-se a coexistência paradoxal do poder da religião e da tendência para a secularização, em Portugal. A título exemplificativo, segundo Menéndez (2007, p. 767), os portugueses são os mais ligados à Igreja Católica em toda a Europa, verificando-se uma tendência de passagem de uma religiosidade forte para uma religiosidade ainda mais intensa.

Apesar de os discursos dos entrevistados terem sido produzidos em torno de um tópico que não é consensual com o ideário religioso – a procriação obtida através de meios não naturais –, o que indicaria um afastamento face

3 A título ilustrativo, de acordo com dados estatísticos disponíveis para o caso português, o aumento das situações de conjugalidade informal reflete-se, parcialmente, na diminuição da taxa bruta de nupcialidade: de 3.8‰, em 2010, passou para 3.3‰, em 2012 (Instituto Nacional de Estatística, 2013). Acompanhando a tendência de decréscimo de casamentos, as taxas brutas de divorcialidade têm, também, decrescido: de 2.6‰, em 2010, passou para 2.4‰, em 2012. No entanto, registou-se, de facto, um aumento das taxas de divorcialidade entre 2008 (2.5 ‰) e 2010 (*idem*). A dissociação entre casamento e parentalidade reflete-se, por um lado, no decréscimo das taxas de natalidade e, por outro, no aumento do número de nados-vivos fora do casamento. De acordo com informação estatística disponível, se em 2010 a taxa bruta de natalidade era de 9.6‰, em 2012 baixou para 8.5‰ (*idem*). Simultaneamente, a percentagem de nados-vivos fora do casamento passou de 41.2%, em 2010, para 45.6%, em 2012 (*idem*).

4 E a sua (tendencialmente) crescente concretização: em 2010, registaram-se 89 casamentos entre duas mulheres, número que aumentou para 103, em 2011, e 108, em 2012; entre os homens, registaram-se 177 casamentos em 2010, aumentando para 221, em 2011, tendo-se verificado um pequeno decréscimo em 2012 (216 casamentos) (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

às crenças religiosas mais enraizadas no que respeita à procriação, a análise categorial temática revelou a presença do tema “justificações de cariz religioso” para argumentar contra o acesso de casais lésbicos à procriação medicamente assistida. As referências mais explícitas à influência religiosa surgem, precisamente, nos discursos dos dois médicos mais velhos, que, portanto, já se movem há mais tempo num campo social religiosamente influenciado:

No casal de lésbicas [...], é algo mais contranatura do que a educação de uma criança apenas por uma mulher [médico, 2012].

Portanto, não é por acaso que nos mamíferos há um macho e uma fêmea. Pronto, e é preciso um macho e uma fêmea para a reprodução das crianças – sim, para a reprodução das crias, digamos assim – nos mamíferos [médico, 2012].

As representações dominantes acerca do feminino, por um lado, e da homossexualidade, por outro, constituem outro marcador externo.

De acordo com Amâncio e Wall (2004, p. 5), numa perspetiva comparativa entre os países europeus do norte, centro e sul orientada pelo objetivo de perceber quais os mais conservadores e os mais liberais quanto à divisão do trabalho doméstico, apesar de Portugal se situar numa das posições menos conservadoras relativamente à participação dos homens no desempenho de tarefas domésticas e de cuidado com os filhos, posiciona-se, todavia, numa das posições mais conservadoras quanto às opiniões face aos impactos do trabalho feminino no seio familiar.⁵ Especificamente no que respeita à divisão das tarefas domésticas entre os casais portugueses, verificou-se que as tarefas reservadas às mulheres se relacionam preponderantemente com o tratamento do lar e da família (Amâncio e Wall, 2004, p. 6).⁶ No mesmo sentido vão as conclusões

5 Dados recolhidos no âmbito do *International Social Survey Programme* de 2002, subordinado ao tema *Família e Género*. Foi feita uma comparação entre Portugal e outros países europeus do norte, centro e sul com base em três índices, calculados em função das posições dos inquiridos numa escala de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente): (i) a divisão do trabalho pago, que remete para o trabalho feminino fora de casa; (ii) a divisão do trabalho não pago, que remete para o trabalho masculino na esfera doméstica; (iii) o emprego e a maternidade, que remete para os impactos do trabalho das mulheres na família. Para o primeiro índice, Portugal registou uma média de 4.1, face a uma média geral de 3.7, o que o coloca numa posição menos conservadora; para o segundo índice, registou uma média de 3.7, igual à média geral; para o terceiro índice, registou uma média de 2.6, face a uma média geral de 3.2, o que o coloca numa posição mais conservadora (Amâncio e Wall, 2004, p. 5).

6 De acordo com a maioria das opiniões expressas relativamente à divisão do trabalho doméstico, verificou-se que “tratar da roupa, limpar a casa, preparar as refeições e cuidar dos doentes” são tarefas consideradas femininas (Amâncio e Wall, 2004, p. 6).

de Poeschl, Múrias e Costa (2004, pp. 377-380) retiradas de um estudo sobre as representações das diferenças de género: a mulher é associada à domesticidade e às tarefas que lhe estão associadas, incluindo a maternidade. Em reforço desta ideia, de acordo com dados do Eurobarómetro, Portugal situa-se entre os três países – juntamente com a Roménia e a Itália – que se posicionam mais abaixo na escala de aceitação da possibilidade de ter uma mulher como representante política (Comissão Europeia, 2012).⁷

Quanto à homossexualidade, partindo de uma análise comparativa das atitudes face à homossexualidade efetuada a nível internacional, Smith (2011, p. 16) conclui que, em 2008, apesar de Portugal ter registado um decréscimo significativo na percentagem de respostas que considerava que as relações entre pessoas do mesmo sexo eram erradas, 41,9% dos inquiridos ainda se posicionava dessa forma.⁸ Segundo dados do Eurobarómetro (Comissão Europeia, 2012), é possível dizer que Portugal se situa na quinta posição da hierarquia de países onde a discriminação com base na orientação sexual está, de acordo com a perceção dos inquiridos, mais difundida. De igual forma, encontra-se pouco mais acima do meio da escala de aceitação da possibilidade de ter um líder político *gay* ou *lésbica*.⁹

Como produto parcial dos anteriores, outro marcador externo é a própria lei que regula o uso e a aplicação da procriação medicamente assistida. Tendo por base a ideia de que o Direito e a Medicina dispõem do poder de imposição de mundividências específicas, não será despreciando o argumento de que o texto juridicamente redigido com base em conhecimentos médico-científicos modela, em parte, as representações dos entrevistados de cada campo acerca da maternidade. O modelo maternal já referido corresponde àquilo que Goffman (2006) designa por “literalidade” da realidade, i. e., face aos traços discursivos dos médicos e dos juízes entrevistados, corresponde ao modelo maternal “original”, de carácter não transformado. O que o diploma legislativo de regulação da PMA vem introduzir é, neste sentido, um tipo de maternidade que corresponde a uma “transformação” do original, à qual os médicos e os juízes aderem apenas dentro dos limites que essa transformação estabelece:

7 Portugal apresenta um valor de 7.9 numa escala que varia de 1 a 10. Todavia, representa uma melhoria face a dados disponíveis para 2009 (7.4).

8 Uma década antes, o valor registado foi de 73,7%. Ainda assim, a percentagem registada para 2008 é significativa quando comparada com os 28,9% de inquiridos que consideravam não se tratar, de todo, de um comportamento errado.

9 Registando um valor de 5,7, numa escala de 1 a 10, que, ainda assim, representa uma melhoria face a dados de 2009 (5.6). Também é possível dizer que, relativamente à esfera laboral, apenas 25% dos respondentes considerou estar a ser promovido o princípio da diversidade no local de trabalho, o que representa um decréscimo face a dados de 2009 (38%).

entre outros, a conjugalidade e a heterossexualidade. A referência à lei é comum nos discursos captados, o que demonstra a sua capacidade de estruturação dos princípios cognitivos individuais.

NOTAS CONCLUSIVAS

Os discursos dos médicos e dos juízes permitiram registar a presença de dinâmicas de divergência tanto intragrupal, como intergrupar, refletindo-se, as primeiras, na presença de posições favoráveis e desfavoráveis à maternidade lésbica medicamente assistida em ambos os grupos profissionais, sustentadas por argumentos semelhantes, e, as segundas, na presença de representações da maternidade lésbica mais favoráveis entre os juízes do que entre os médicos. Se, para a maioria dos médicos, a maternidade lésbica parece ser concebida como uma transformação do modelo que é considerado originalmente legítimo – entenda-se, heterossexual, tradicional –, para a maior parte dos juízes, constitui um modelo maternal idêntico ao original. Considera-se, portanto, que o *habitus* jurídico é mais orientado para a mudança social e que o *habitus* médico é mais orientado para a reprodução social.

Todavia, mesmo o modelo de maternidade lésbica defendido pelas posições médicas e jurídicas de tom menos tradicional e/ou conservador acaba por reproduzir o cenário de enquadramento do conceito mais restrito de maternidade: o casamento e a família nuclear.

As transformações operadas ao nível da organização familiar, o poder da Igreja Católica, as representações dominantes de género e da homossexualidade ou, ainda, a própria lei que regula a aplicação da PMA em Portugal são destacados como um conjunto de elementos que constitui um delineador espaço-temporal dos discursos captados junto dos médicos e dos juízes e que, por isso, parece modelar as representações da maternidade lésbica mobilizadas. Se, para uma parte dos médicos e dos juízes entrevistados, a maternidade é intrinsecamente associada à feminilidade, independentemente da existência de uma componente subversiva da norma heterossexual, para outros, esta relação é intermitente, só devendo ter lugar nos contextos em que a reprodução biológica concorra para a reprodução social da heterossexualidade e dos conceitos de família, maternidade e paternidade que lhe estão associados.

O acesso dos casais lésbicos à maternidade está, contudo, interdito pela impossibilidade de beneficiarem dos tratamentos médicos na área da medicina da reprodução. A associação entre casamento e procriação é situacional, funcionando apenas para os casos em que a ordem social e sexual não é questionada. E se a conceção dominante de maternidade parece ter sido ampliada, passando a incluir a possibilidade de conceção de uma criança na ausência de

ato sexual, foi, ao mesmo tempo, afunilada. Assim, enquanto se dá a ideia de que se assiste a uma aceitação da diversidade sexual, vão-se desenvolvendo mecanismos de limitação dessa aceitação.

O estudo que esteve na base dos resultados apresentados assumiu, contudo, um carácter exploratório. O difícil acesso às unidades de observação – médicos e juízes – constituiu uma das principais dificuldades, com capacidade para comprometer a finalização do projeto. O acesso aos discursos médicos foi também dificultado pelas constantes recusas de concessão de entrevista, justificadas pela falta de tempo, em função da sobrecarga de trabalho clínico. Ultrapassou-se através do estabelecimento de sucessivos contactos à medida que os anteriores iam sendo inviabilizados. Quanto aos juízes, o entrave residiu no facto de as informações pessoais para contacto não serem públicas, o que implicou o envio da carta de solicitação de entrevista de forma menos personalizada para o juiz-presidente de cada tribunal contactado. Entre estes profissionais, foram frequentes as não-respostas, apesar das tentativas insistentes de obtenção de qualquer retorno ao pedido enviado. Esta dificuldade foi ultrapassada pela mediação feita por um juiz entrevistado entre a investigadora e outros juízes com os quais aquele mantinha contacto mais próximo.

O pequeno número de entrevistas e a fraca amplitude da proveniência geográfica dos entrevistados não permitiu o cumprimento dos princípios da diversidade e da saturação, pelo que a informação recolhida e os resultados apresentados são apenas ilustrativos daquilo que podem ser as representações de médicos e juízes acerca da maternidade lésbica medicamente assistida.

Assim, a abordagem aqui feita à questão da maternidade lésbica, com foco nas representações médicas e jurídicas que sobre ela são veiculadas, é parcial, pois há dimensões que ficaram por explorar. Como pista de investigação futura, aponta-se, por exemplo, para a necessidade de estudo das famílias lésbicas planeadas portuguesas. Porque são, provavelmente, aquelas que mais sentem o impacto, na sua vida quotidiana, dos discursos veiculados acerca da maternidade lésbica, não é despendida a tentativa de captar as representações das mulheres que integram essas famílias sobre a sua condição de mães num contexto social heteronormativo, bem como o modo como este influencia a gestão que fazem quotidianamente das suas identidades maternais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOIM, S. (2003), “Evolução das estruturas domésticas”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, pp. 13-30.
- AMÂNCIO, L., WALL, K. (2004), “Família e papéis de género: alguns dados recentes do family and gender survey (ISSP)”. *Comunicação ao VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, 16 a 18 de setembro, Coimbra, Universidade de Coimbra.
- ARÁN, M., CORRÊA, M. (2004), “Sexualidade e política na cultura contemporânea: O reconhecimento social e jurídico do casal homossexual”. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, 14 (2), pp. 329-341.
- AREOSA, J., CARAPINHEIRO, G. (2008), “Quando a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, pp. 83-108.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2006), “Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula a Procriação Medicamente Assistida”. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 143.
- AUGUSTO, A. (2004), *Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida em Portugal: dos Problemas Privados aos Assuntos Públicos*. Tese de doutoramento em Sociologia, Covilhã, Universidade da Beira interior.
- BAUMAN, Z. (2000), *Liquid Modernity*, Cambridge, Polity Press.
- BOURDIEU, P. (1977), “L'économie des échanges linguistiques”. *Langue Française*, 34, pp. 17-34.
- BOURDIEU, P. (1989), *O Poder Simbólico*, Lisboa, Difel.
- BOURDIEU, P. (2002), *Esboço de uma Teoria da Prática: Precedido de Três Estudos da Etnologia Cabila*, Oeiras, Celta Editora.
- BRANDÃO, A. M. (2007), “*E se Tu Fosses um Rapaz?*”: *Homo-erotismo Feminino e Construção Social da Identidade*. Tese de doutoramento em Sociologia, Braga, Universidade do Minho.
- BUTLER, J. (1990), *Gender Trouble*, Nova Iorque, Routledge.
- CARAPINHEIRO, G. (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Afrontamento.
- CASTELLS, M. (2003), *O Poder da Identidade*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- CONSELHO NACIONAL DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA (2010), “Declaração sobre a entrada em vigor da Lei n.º 9/2010, de 31 de maio”. Disponível em http://www.cnpma.org.pt/Docs/Declaracao_AcessoPMA.pdf [consultado em 02-11-2011].
- COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS, DIREITOS LIBERDADE E GARANTIAS (2012), “Ofício n.º 115/XII/1ª – CACDLG/2011”. Disponível em <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a5355786c5a793944543030764d554e425130524d5279394562324e316257567564473975357059326c6864476c3259554e7662576c7a633246764c7a51304e445a-6b595445774c546b785a4751744e4459305a53303559325a6d4c545932596a4534e474579596d5a6d4f4335775a47593d&fich=4446da1091dd464e9cff66b194a2bff8.pdf&Inline=true> [consultado em 04-07-2012].
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (2012), “Parecer n.º 63 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: Procriação Medicamente Assistida e Gestação de Substituição”. Disponível em <http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1333387220-parecer-63-cneqv-2012-apr.pdf> [consultado em 20-06-2012].
- COMISSÃO EUROPEIA (2012), *Special Eurobarometer 393: Discrimination in the EU in 2012*, Bruxelas, Comissão Europeia.

- COSTA, J. (2006), *Sociologia dos Novos Movimentos Eclesiais: Foculares, Carismáticos e Neocatecumenais em Braga*, Porto, Edições Afrontamento.
- DANA, A. (2011), "The state of surrogacy laws: determining legal parentage for gay fathers". *Duke Journal of Gender Law & Policy*, 18 (2), pp. 353-390.
- DIX, S. (2010), "As esferas seculares e religiosas na sociedade portuguesa". *Análise Social*, 194, XLV (1), pp. 5-27.
- DONOVAN, C. (2008), "'It's not really seen as an issue, you know, lesbian infertility it's kind of 'what's that?': lesbian's unsuccessful experiences of medicalised donor insemination". *Medical Sociology Online*, 3 (1). Disponível em <http://www.medicalsociologyonline.org/oldsite/archives/issue31/pdf/donovan.pdf> [consultado em 12-02-2012].
- EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY (2010), *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies*, Grimbergen, ESHRE.
- FOUCAULT, M. (1999), *História da Sexualidade: a Vontade de Saber*, Rio de Janeiro, Edições Graal.
- FREIDSON, E. (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.
- FREIDSON, E. (2008), *Profissão Médica: Um Estudo de Sociologia do Conhecimento Aplicado*, São Paulo, Editora UNESP.
- GIDDENS, A. (1994), *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta Editora.
- GIDDENS, A. (1995), *Transformações da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*, Oeiras, Celta Editora.
- GOFFMAN, E. (2006 [1974]), *Frame Analysis: Los Marcos de la Experiencia*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- HEQUEMBOURG, A., FARREL, M. (1999), "Lesbian motherhood: negotiating marginal-mainstream identities". *Gender & Society*, 13 (4), pp. 540-557.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013), *Estatísticas demográficas 2012*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- JACKSON, E. (2002), "Conception and the irrelevance of the welfare principle". *The Modern Law Review*, 65 (2), pp. 176-203.
- LEWIN, E. (1995), "On the outside looking in: the politics of lesbian motherhood". In F.D. Ginsburg, R. Rapp (eds.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Berkeley, University of California Press, pp. 103-121.
- MENÉNDEZ, M. (2007), "Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa Católica". *Análise Social*, 184, XLII (3.º), pp. 757-787.
- MENESES, I. (2000), "Intimidade, norma e diferença: A modernidade gay em Lisboa". *Análise Social*, 153, XXXIV (4), pp. 933-955.
- PAIS, J.M. (1985), "Família, sexualidade e religião". *Análise Social*, 86, XXI (2), pp. 345-389.
- PAIS, J.M. (1998), "Vida amorosa e sexual". In J.M. Pais (coord.), *Gerações e Valores na Sociedade Portuguesa Contemporânea*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, pp. 407-465.
- PETERSON, M. (2005), "Assisted reproductive technologies and the equity of access issues". *Law, Ethics and Medicine*, 31 (5), pp. 280-285.
- POESCHL, G., MÚRIAS, C., COSTA, E. (2004), "Desigualdades sociais e representações das diferenças entre os sexos". *Análise Social*, 171, XXXIX (2), pp. 365-387.
- RAMOS-CERQUEIRA, A., LIMA, M. (2002), "A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina". *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 6 (11), pp. 107-116.

- ROSENEIL, S. (2006), “Viver e amar para lá da heteronorma”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, pp. 33-51.
- SEIDMAN, S. (2002), *Beyond the Closet: the Transformation of Gay and Lesbian Life*, Nova Iorque, Routledge.
- SILVA, S. (2008), *Médicos, Juristas e “Leigos”: um Estudo das Representações Sociais sobre a Reprodução Medicamente Assistida*. Tese de doutoramento em Sociologia, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- SILVA, S., MACHADO, H. (2010a), “A governação dos pacientes adequados no acesso à procriação medicamente assistida em Portugal”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 62, pp. 81-96.
- SILVA, S., MACHADO, H. (2010b), “A generização da regulação social da procriação medicamente assistida em Portugal”. Comunicação ao VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e género, 5 a 9 de abril de 2010, Brasil, Universidade Tecnológica Federal do Paraná.
- SMITH, T. (2011), *Cross-national Differences in Attitudes Towards Homosexuality: GSS Cross-national Report*, Chicago, University of Chicago.
- SOARES, G. (2010), “Experiências reprodutivas e desejos de maternidade em lésbicas e bissexuais”. Comunicação ao congresso Fazendo Género 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 23 a 26 de agosto, Brasil, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SZAPIRO, A. M., FÉRES-CARNEIRO, T. (2002), “Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente”. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), pp. 179-188.
- WALL, K. (2003), “Famílias no Censo 2001: estruturas domésticas em Portugal”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, pp. 9-11.

Recebido a 12-04-2013. Aceite para publicação a 17-09-2014.

MACHADO, T.C. (2014), “‘Duas mulheres (não) é igual a um homem e uma mulher’: representações de médicos e juizes acerca da maternidade lésbica medicamente assistida”. *Análise Social*, 213, XLIX (4.º), pp. 794-819.

Tânia Cristina Machado » taniacsmachado@ics.uminho.pt » Centro de Investigação em Ciências Sociais » Universidade do Minho, Campus de Gualtar — 4710-057 Braga, Portugal.
