

## O ESTADO DA ARTE DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

### THE STATE OF THE ART OF NURSING WORK ON ASSISTED REPRODUCTION

*Priscilla Athayde Leite<sup>1</sup>, Iel Marciano de Moraes Filho<sup>2</sup>, Keila Cristina Félix<sup>3</sup>, Almerinda da Costa Ataíde Leite<sup>4</sup>, Plínio da Silva Leite Junior<sup>5</sup>,  
Celma Martins Guimarães<sup>6</sup>*

1. Enfermeira. Especialista em estética. Secretaria Municipal de Saúde de Serra Dourada. Bahia, Brasil.
2. Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil. ielfilho@yahoo.com.br
3. Enfermeira. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Centro universitário de Goiatuba. Goiás, Brasil.
4. Pedagoga. Especialista em Psicopedagogia. Secretaria Municipal de Educação de Santa Maria. Bahia, Brasil.
5. Gestor público. Universidade Paulista de Santa Maria da Vitória. Bahia, Brasil.
6. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiás, Brasil.

#### RESUMO

Analisou-se a produção científica da enfermagem sobre Reprodução Assistida - RA no Brasil no período de 2000 a 2017 e correlacionar as funções desenvolvidas pela a enfermagem no cuidado holístico e suas respectivas intervenções na diminuição do sofrimento familiar e resolutividade da temática transcorrida. Revisão integrativa da literatura científica acerca das funções da enfermagem em relação a RA. Optou por privilegiar periódicos de indexação científica, consultou os periódicos Capes e a biblioteca virtual da saúde, usou as bases de dados SciELO, Lilacs e Medline. Foram analisadas cinco categorias consideradas chave que foram: Etapas científicas e dados estatísticos; Aspectos sociais e especificidades; Reprodução Assistida e suas técnicas; Competências e participação da Enfermagem na R.A; Reprodução Assistida e os fatores legais, morais, jurídicos, psicológicos e religiosos. A atenção e a atuação da enfermagem frente ao cuidado da mulher e sua reprodução, traz grandes possibilidades para a profissão e precisa ser mais bem explorada e reconhecida

**Descritores:** Infertilidade; Infertilidade Feminina; Infertilidade Masculina; Técnicas Reprodutivas; Enfermagem em Saúde Comunitária.

#### ABSTRACT

We analyzed the scientific production of nursing on Assisted Reproduction - AR in Brazil from 2000 to 2017 and to correlate the functions developed by nursing in holistic care and their respective interventions in reducing family suffering and solving the subject matter. Integrative review of the scientific literature on nursing functions in relation to RA. He chose to privilege journals of scientific indexation, consulted Capes journals and the virtual health library, used the SciELO, Lilacs and Medline databases. Five key categories were analyzed: Scientific steps and statistical data; Social aspects and specificities; Assisted Reproduction and its techniques; Competences and participation of Nursing in R.A; Assisted Reproduction and legal, moral, legal, psychological and religious factors. Nursing care and performance in relation to women's care and reproduction has great potential for the profession and needs to be better explored and recognized.

**Descriptors:** Infertility; Female Infertility; Male Infertility; Reproductive Techniques; Community Health Nursing.

**Como citar:** Leite PA, Moraes-Filho IM, Félix KC, Leite ACA, Leite-Junior PS, Guimarães CM. O estado da arte da atuação da enfermagem na reprodução assistida. Rev Inic Cient Ext. 2018;1(Esp.4):390-9.

## INTRODUÇÃO

O conceito de infertilidade é a ausência de gravidez, comprovada clínica e hormonalmente, em casal que se mantém sexualmente ativo, sem utilização de métodos contraceptivos, em um período de um ou mais anos, sendo uma condição que afeta muitos casais durante a vida reprodutiva.<sup>1,2</sup>

A constatação de infertilidade tem ocorrido em civilizações e povos, assim como a preocupação em combater ou conseguir a infertilidade conjugal. Em 2200 anos a.C começaram os primeiros relatos sobre a fertilidade. Existiam rituais de fecundidade, elementos de estátuas, animais, árvores, entre outros, na época primitiva. Caldeus e assírios davam importância à influência dos astros. Já, os judeus, acreditavam que a infertilidade era um castigo de Jeová.<sup>1</sup>

Na Idade Média (no século 11), existia um livro que tratava das causas e dos remédios para a esterilidade, dizendo que algumas mulheres não concebem por serem muito delgadas, debilitadas ou gordas, por terem calor excessivo ou demasiada umidade do útero, não podem reter a semente. Acreditava-se que os homens tinham os testículos frios e secos, e não tinham força suficiente para impulsionar o esperma (por defeito do órgão ou ausência do calor); por isso, não podiam conceber filhos.<sup>1</sup>

Pode-se dizer que, foi no século 16, que o estudo da infertilidade passou a ter cunho científico, em 1590, com a invenção do microscópico; dois séculos depois, no ano de 1778, teve-se a descrição do espermatozoide no líquido testicular. Um século mais tarde, em 1833, admitiu-se a participação dos ovários no processo reprodutivo, com o microscópio a serviço do diagnóstico da infertilidade. Mas foi, apenas no século 20 que se alcançou o conhecimento dos hormônios e das células reprodutoras.<sup>1</sup>

Segundo alguns estudos, o desenvolvimento da Reprodução Humana ocorreu nos anos 1970, quando um grupo de australianos, em pesquisas com animais, sugeriram a possibilidade de coleta do óvulo e sua respectiva fertilização (em laboratório) e a transferência do embrião para corrigir a infertilidade de causa tubária; em 1978, na Inglaterra, ocorreu o nascimento de Louise Joy Brown; no mesmo ano, com os mesmos procedimentos, ocorreu o nascimento do segundo bebê, na Índia, e, por fim, o terceiro bebê, na Escócia. Já nas Américas, surgiu em 1981, nos Estados Unidos, com o nascimento de Elizabeth Carr, pelo método de fertilização *in-vitro*, iniciando-se assim, a demanda por intervenções de enfermagem.<sup>1-2</sup>

No Brasil, o primeiro caso de sucesso de Reprodução Assistida foi o nascimento de Ana Paula, em 1984 (o primeiro caso de sucesso na América Latina.)<sup>1</sup>

A infertilidade pode ser classificada como primária quando, tanto o homem quanto a mulher, não têm história de concepção anterior; e secundária, quando o homem ou a mulher (ou ambos), conceberam no passado, porém, não conseguem fazê-lo novamente, mesmo mantendo-se sexualmente ativos e sem utilização de métodos contraceptivos.<sup>1</sup>

Para muitas mulheres, a maternidade é percebida como “um sonho”, no qual se busca a felicidade em sua totalização, procurando tornar real a feminilidade, quando se planeja construir uma família, onde serão compartilhados sentimentos de renúncia, sacrifícios, prazeres e desafios.<sup>2</sup>

Desta forma métodos como a Reprodução Assistida poderá ajudar esses casais na possibilidade de concepção de um feto, esta técnica pode ser definida como um conjunto de técnicas de tratamento médico paliativo, em condições de infertilidade humana, visando a fecundação.<sup>3-4</sup>

Em casos de infertilidade, onde um membro do casal ou ambos impedem a concepção natural, o casal pode recorrer as Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) como uma possibilidade de realizar seu projeto parental e construir uma família.<sup>4-5</sup>

Assim Parentalidade é uma formação mental que se organiza por meio do tecido de representações que se formam desde a infância e evoluem com o desenvolvimento psicológico da criança, e, mais tarde, do adolescente. Ampliando também aos níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental, constrói-se e se transforma ao longo do ciclo vital e logo implica um trabalho interno dos pais, do qual participam todos os membros da família, desde o recém-nascido até os antecedentes.<sup>5</sup>

A preservação da espécie é vista como necessidade real para todos os povos, no transcorrer de diferentes vidas e períodos históricos. A continuidade do processo de nascimento e a formação das famílias é de grande importância para todas as sociedades. Porém, muitas mulheres, atualmente, vêm retardando a maternidade, haja vista que priorizam construir uma carreira profissional e/ou apresentam problemas como a endometriose, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) que provocam a infertilidade.<sup>4</sup>

A cada ano surgem cerca de 2 milhões de novos casos de infertilidade, entorno de 8% dos casais

apresentam algum problema de infertilidade durante a sua vida reprodutiva, desta forma a incapacidade de gerar filhos pode levar a estresse, depressão, discriminação e ostracismo. No Brasil existiam em 2010 aproximadamente 51 milhões de mulheres em idade reprodutiva, sendo que deste percentual cerca de 8 a 15% dos casais em idade reprodutiva enfrentam a problemática da infertilidade, podendo estimar a ocorrência do agravo entre 4 a 7 milhões de mulheres inférteis.<sup>5,6,7</sup>

Atualmente, existem inúmeros centros distribuídos por todo o Brasil, detentores de técnicas modernas, como Fertilização *In vitro* (FIV) e Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI). E voltados para a assistência aos casais que vivenciam a infertilidade. A média de oócitos captados, após estimulação hormonal para realização da FIV, foi de nove, sendo cinco em média, de embriões formados a partir desses oócitos (resultando em 21,3% de nascidos vivos, de acordo com um estudo que analisou 400.135 ciclos de FIV no Reino Unido); no entanto, o número de nascidos vivos diminuía, à medida que a idade materna aumentava.<sup>8</sup>

Dessa forma, mesmo utilizando técnicas modernas, a viabilização do projeto parental pode não ocorrer, e é preciso que a equipe multidisciplinar esteja preparada para dar suporte aos casais inférteis. O número de indivíduos inférteis vem aumentando nos últimos anos atingindo cerca de 30% dos casais em idade fértil, sendo que os fatores femininos e masculinos contribuem, igualmente, com uma taxa de 35% cada, 20% se referem ao conjunto de fatores masculinos e femininos e 10% são por causas inexplicáveis.<sup>8</sup>

Diante disso o objetivo de o estudo fora analisar a produção científica da enfermagem sobre R.A. no Brasil no período de 2000 a 2017 e correlacionar as funções desenvolvidas pela a enfermagem no cuidado holístico e suas respectivas intervenções na diminuição do sofrimento familiar e resolutividade da temática transcorrida.

## MÉTODOS

Este estudo constitui uma revisão integrativa da literatura científica sobre analisar a produção científica da enfermagem sobre R.A. no Brasil no período de 2000 a 2017. Para o alcance do objetivo proposto, optou-se por este tipo de revisão de literatura, uma vez que ela exhibe a síntese de múltiplos estudos científicos<sup>8</sup>. Além disso, permite conclusões gerais de determinada área de estudo, corroborando para o aprofundamento e propagação do conhecimento dos problemas analisados.

A revisão integrativa é um estudo que se dá a partir de a análise de pesquisas relevantes de fontes secundárias por meio de levantamento bibliográfico que reúne conhecimentos sobre o fenômeno a ser investigado. Constitui uma técnica de pesquisa com rigor metodológico, criteriosa e conscienciosa, que aumenta a credibilidade e a profundidade de conclusões que podem contribuir para reflexão sobre a realização de futuros estudos, desta forma contribuindo também para tomada de decisão que busque melhorar as evidências recentes.<sup>8</sup>

No presente estudo, optou-se por pesquisar em periódicos de divulgação científica, foram consultados os periódicos Capes e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio das bases dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), num período de dezessete anos (2000 a 2017), utilizaram-se os seguintes Descritores da Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações nas línguas inglesa e portuguesa: Infertilidade (Infertility); Infertilidade Feminina (Infertility, Female); Infertilidade Masculina (Infertility, Male); Técnicas Reprodutivas (Reproductive Techniques); Enfermagem em Saúde Comunitária (Community Health Nursing).

Os seguintes critérios de inclusão para selecionar os estudos foram utilizados: indexação de estudos nas respectivas bases de dados; relação direta com os descritores; pesquisas desenvolvidas no Brasil; idiomas de publicação em português e inglês; período de publicação compreendido entre 2000 e 2017; estudos com pesquisa de campo e artigos disponíveis online. Foram excluídas deste estudo a revisões de literatura, dissertações, teses e editoriais. A coleta de dados foi realizada seguindo os critérios de inclusão no realizado em março de 2017.

## RESULTADOS

Foram selecionados 25 artigos. Após leituras minuciosas, focadas nos objetivos a serem alcançados constitui-se um formulário para coleta das informações constando: data da publicação; autores; títulos dos artigos e semelhanças e divergências no que se refere: à Reprodução Assistida, Reprodução Humana, infertilização feminina e masculina, Enfermagem Obstétrica, questões

psicológicas, sociais, legais, bioética e religiosas.

Após repetidas análises das informações coletadas (no sentido vertical e horizontal), foram evidenciadas as categorias de análises (com os respectivos resultados).

O método de análise da revisão integrativa baseou-se na categorização das informações coletadas na amostra final dos artigos. Assim, foram interpretados e agrupados em cinco categorias para compreensão do fenômeno: 1) Etapas científicas e dados estatísticos; 2) Aspectos sociais e especificidades; 3) Reprodução Assistida e suas técnicas; 4) Competências e participação da Enfermagem na R.A; 5) Reprodução Assistida e os fatores legais, morais, jurídicos, psicológicos e religiosos.

## DISCUSSÃO

### Etapas científicas e dados estatísticos

Muitos casais decidem ter filhos, então, eles planejam o processo de nascimento interrompendo o método anticonceptivo que já viam utilizando, e após 5 ou 6 meses de relações sexuais sem uso de contraceptivos, 60% deles concebem, 90% em um ano e 10% deles não conseguem engravidar. A dedicação na vida profissional e financeira antes de constituir família, fez com que aumentasse o número de casais inférteis, atingindo 30% destes em idade fértil. O tempo de infertilidade é definido pelo período em que o casal decide ter filhos e suspendem a utilização de métodos contraceptivos.<sup>2</sup>

Uma das causas de infertilidade é a diminuição da relação sexual do casal, impotência masculina e a mais importante é a idade. A mulher é a única que pode gerar e tem prazo para que isso aconteça. Inicia-se na menarca o amadurecimento dos folículos e termina esse processo na menopausa com aproximadamente 40 anos de vida, sendo com 20 anos, a melhor idade para fertilização, tanto para a mulher e no homem. Na mulher há uma perda de 3% de fertilidade ao ano. Conforme vai aumentando a idade, a função ovariana vai diminuindo, ocorrendo assim a perda na qualidade dos oócitos, pois foram utilizados os primeiros folículos ao recrutamento folicular. Enquanto no homem, a produção de espermatozoide vai ao logo da vida, conforme a idade aumenta, os espermatozoides maduros vão diminuindo, prejudicando a qualidade do mesmo, também, uma influência nos resultados de todas as formas de tratamento de infertilidade.<sup>1</sup>

Segundo alguns estudos, a infertilidade afeta, em média, um entre cinco casais em idade reprodutiva. Porém, mesmo com o avanço científico atual, apenas 50 a 60% dos casais conseguem engravidar, isso representa para a enfermagem, um campo de trabalho mais direcionado para o cuidar de casais com infertilidade.<sup>1</sup>

Cerca de 10% dos casais falham ao tentar conceber no período de um ano com relações sexuais regulares e não protegidas. Nos últimos anos a porcentagem de casais inférteis atingiu cerca de 30% daqueles em idade fértil e levou a um aumento na demanda de casais nas clínicas de infertilidade.<sup>3</sup>

Um aspecto que merece ser ressaltado é a sistematização da assistência de enfermagem no setor da RA, pois, existem protocolos, específicos de levantamento de dados de enfermagem (e que devem fazer parte do prontuário dos casais). Isso significa que, a primeira entrevista, nessas situações, é feita pelo enfermeiro.<sup>1</sup>

### Aspectos sociais e especificidades

Com a mudança no mercado de trabalho, as aspirações mudaram, e a mulher passou a ter outras prioridades, como estudo e estabilidade financeira, deixando para segundo plano o desejo de gestação. Adiar a decisão de ter filhos pode ser um componente indireto da infertilidade. As mulheres estão retardando sua gestação para priorizar sua carreira, buscando estabilidade financeira e parceiro estável.<sup>1,7</sup>

Por ser um tratamento de alta demanda e mão de obra especializada, ainda são restritas às famílias de maior poder aquisitivo (Classes A e B). A família é tida como uma conquista cultural, construída ao longo dos anos. No entanto, com a Revolução Industrial, no século 18, ocorreram várias mudanças em relação à família, principalmente no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade.<sup>2,9,10,11</sup>

O modelo de família, constituída por pai, mãe e filhos ainda é hegemônico no imaginário social, sendo o fato “ter filhos” praticamente uma obrigação feminina. Embora as mulheres tenham conseguido

se desvencilhar de antigos papéis, a busca por filhos parece constituir, ainda, um ideal. Assim, muitos casais planejam formar uma família, analisando com muito cuidado a educação, a profissão, a habitação, o investimento econômico, e outros fatores, pensando e escolhendo o momento adequado para iniciar a construção da mesma.<sup>11</sup>

Hoje, no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), torna-se um desafio incluir aquelas mulheres de baixa renda previstas nas políticas, contudo, falta ser regulamentada juridicamente. Os desafios encontrados são a falta de acessibilidade, custo econômico e os fatores socioculturais, criando obstáculos ao cuidado adequado a saúde reprodutiva. Cabe ao Estado, promover atendimento igualitário nos serviços de saúde e desenvolver ações enérgicas para melhorar o acesso e solucionar às desigualdades, como assistência social e integração da mulher.<sup>2</sup>

### **Reprodução Assistida e suas técnicas**

Segundo a *Organização Mundial da Saúde*, a infertilidade atinge cerca de 15% dos casais em idade reprodutiva. A inseminação artificial heteróloga é uma espécie de reprodução assistida em crescente uso. Trata-se da fecundação, em laboratório, de ovulo com sêmen de um doador anônimo.<sup>12</sup>

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) denomina reprodução assistida como o “conjunto de técnicas onde uma equipe multidisciplinar tem participação estreita no acompanhamento do desenvolvimento folicular, detecção e indução da postura ovular, facilitação ao mesmo e a realização do encontro dos gametas assim como na otimização fase lútea”. É a área da saúde onde ginecologistas, urologistas, psicólogos, enfermeiros e biólogas trabalham de forma integrada e centrada na unidade funcional reprodutora, que é o casal infértil”.<sup>1,8</sup>

A RH envolve desde procedimentos mais simples de tratamento clínico, como correção medicamentosa de distúrbios hormonais que impedem a mulher de ovular regularmente, até o tratamento com antibióticos de doenças infecciosas que podem comprometer o sistema reprodutivo tanto do homem quanto da mulher. Os processos complexos estão tratamentos cirúrgicos, com por exemplo: laqueadura tubária, a reversão de vasectomia, cirurgia de varicocele para melhorar a qualidade dos espermatozoides e a inseminação artificial (IA), fertilização *in vitro* (FIV) e injeção citoplasmática de espermatozoide (ICSI).<sup>8</sup>

A doação de ovócitos é uma técnica de reprodução assistida na qual os gametas femininos são oriundos de uma mulher doadora e o embrião resultante é transferido para uma receptora. São indicações para a doação de ovócitos, incluindo insuficiência ovariana primária, falência ovariana prematura, inclusive iatrogênica, (ooforectômica, radioterapia), anomalia genéticas, falhas repetidas na fecundação *in vitro*, má resposta à estimulação ovariana e alguns casos de abortamento de repetição.<sup>7</sup>

As diversas variantes técnicas do conjunto da RA podem ser reunidas em dois grupos. Mais antigas e mais simples - nas quais a fecundação se dá dentro do corpo da mulher - são chamadas de Inseminação Artificial. Caso os gametas utilizados na RA sejam do próprio casal, chamamos de inseminação HOMÓLOGA (normal); caso um ou ambos os gametas sejam obtidos a partir de doadores anônimos, chamamos de inseminação HETERÓLOGA. Outras técnicas complementares da RA são: doação de óvulos, sêmen, embriões; congelamento de material biológico reprodutivo e de embriões; diagnóstico genético pré-implantatório, entre outros.<sup>12</sup>

As técnicas de RA possuem fatores de riscos obstétricos (trabalho de parto prematuro (65,6%), a amniorrexe prematura (42%) e neonatais (Doenças respiratórias (65,1%), a icterícia (38,4%), os distúrbios metabólicos (13%) e as doenças neurológicas (9%). A técnica mais utilizada é a FIV de acordo com um estudo realizado na Maternidade do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). A análise de dados obtidos no perfil de mulheres que adotaram métodos de RA obteve os seguintes resultados, Idade das puérperas entre 25 e 45 anos, sendo uma maior incidência de R.A. com 29 anos. Prevalência da atividade profissional nas Ciências Humanas. Carga horária entre 4 a 11 horas. Método mais utilizado foi a Indução da Ovulação. A maioria das mulheres conseguiram engravidar na primeira tentativa. Cabe, ainda a ela reivindicar a importância de continuação, no que diz respeito às técnicas de procriação artificial, uma vez que requerem um controle sobre os corpos pois, os casais que se submetem à essas técnicas, geralmente, têm horários estipulados para suas relações e horários previamente estabelecidos para as tentativas de fertilização.<sup>1,3,4</sup>

### **Competências e participação da Enfermagem na RA**

No ano de 1989 começou-se a qualificar as enfermeiras pela National Association of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nurses (NAACOG), objetivando sua especialização em endocrinologia

reprodutiva. No Brasil, assistência de enfermagem em Reprodução Assistida, iniciou-se em 1996, na Universidade Federal de São Paulo. E teve, por meta, educar os casais inférteis sobre anatomia e fisiologia da reprodução e o processo investigação a infertilidade. Atualmente, tem reuniões anualmente entre enfermeiras americanas, portadoras do certificado são membros efetivos da American Fertility Society (AFS), para discutir avanços na área.<sup>1</sup>

Para a Sistematização da assistência de enfermagem de Reprodução Humana foi elaborado um protocolo de levantamento de dados e diagnósticos de enfermagem, que passou a fazer parte do prontuário clínico dos casais, realizando a primeira entrevista por uma enfermeira.<sup>1</sup>

Aqui, novamente, entra a especificidade da assistência de enfermagem em reprodução humana, na ajuda aos casais a entender a anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, informando sobre a possível infertilidade, o suporte emocional, as diferenças culturais, as pressões familiares e as próprias expectativas pessoais.<sup>1,13,14,15</sup>

Conhecer o perfil de mulheres que tiveram possibilidades de escolher e planejar sua gestação contribuirá para melhor assistência de enfermagem. Os profissionais responsáveis pelo cuidado dessas mulheres nas instituições de saúde, tem um papel significativo para sucesso da gestação. A avaliação da infertilidade deve ser focada no casal. O fator feminino e masculino, são em média, bem parecidos, responsáveis em média por até 40% dos casos de infertilidade. O restante (das situações), ocorre pela combinação de fatores masculinos e femininos, ou então, a chamada infertilidade sem causa aparente.<sup>1,16,17,18,19</sup>

No nosso campo profissional, vimos que os enfermeiros obstetras atuam sem preparo formal nos serviços de Reprodução Humana. As enfermeiras estão descobrindo como é difícil combinar eficiência profissional e excelência como enfermeiras em RH com crescimento e satisfação no trabalho. E a fonte deste conflito são os eficientes modelos de cuidado na área – o modelo de enfermagem e o modelo médico.<sup>20,21,22,23</sup>

O modelo médico, as funções enfermeiras são uma extensão das funções médicas. O seu trabalho é ajudar o médico a ser mais produtivo, significando maiores ganhos financeiros ou redução das horas de trabalho do mesmo. Em ambos casos a estrutura é a mesma: as atividades e responsabilidades da enfermeira são determinadas pelo médico e destinam-se a economizar as horas de trabalho. Diante deste objetivo, evidenciam-se a capacidade para solucionar problemas e desenvolver procedimentos técnicos. Há claros benefícios para o trabalho médico: os procedimentos podem ser pagos, e há economia de tempo pois a enfermeira só chamará pelo médico no momento em que for necessário. Neste modelo, o trabalho de enfermagem é medido pela habilidade de desenvolvê-lo independente. O resultado é uma grande dose de responsabilidade com um mínimo de autonomia. E este tipo de prática pode ser tornar repetitiva e aborrecida.<sup>1,24,25</sup>

Para a maioria das enfermeiras, entender o impacto da infertilidade na vida de um casal e o desafio de expandir o seu conhecimento pessoal torna o trabalho interessante. Individualismo e competição também são característica de modelo, as enfermeiras podem se recusar a dividir dados e informações ao descrever as intervenções que tem usado para resolver certos problemas. Conhecimento e habilidade são vistos como propriedade privada. O resultado pode ser o isolamento.<sup>24</sup>

Dessa forma, no modelo médico, o papel das enfermeiras é exatamente definido, totalmente determinado e monitorado pelo médico empregador. Se o trabalho da enfermeira é o que o médico quer, mas não o que a enfermeira deseja, os conflitos serão inevitáveis. No modelo independente de enfermagem, os procedimentos continuam a ser importantes, mas a ênfase é colocada no levantamento de dados de interesse para enfermagem, nas intervenções e na habilidade da enfermeira para comunicar de forma clara e simples para os clientes as informações técnicas. Ao invés de uma extensão do papel do médico, a enfermeira é vista como um profissional independente, diferente, mas igualmente importante, um membro do time. O médico é visto como líder, mas a opinião e o conhecimento das enfermeiras são solicitados, valorizado e considerado no processo de tomada de decisões. O cliente é visto neste modelo como um sistema complexo, um indivíduo com problemas médicos e necessidades que emergem de fatores internos e relações sociais.<sup>1,23,24</sup>

É um papel que veio com a época em que vivemos, e o futuro da enfermagem é agora. A enfermagem assiste, orienta e prepara os casais para os exames laboratoriais e subsidiários, de rotina no início da investigação de infertilidade na mulher que são: (hemograma, grupo sanguíneo e fator Rh, glicemia de jejum, sorologia para sífilis, hepatite, vírus da imunodeficiência humana, mononucleose e toxoplasmose); em seguida o ginecologista solicitará os exames subsidiários: (colpocitologia oncológica, o perfil hormonal basal do ciclo menstrual, ultrassonografia transvaginal seriada para a monitorização da ovulação e do crescimento endometrial, a biopsia do endométrio, e a histerossalpingografia). No homem, é solicitado pelo urologista, análise do sêmen e dosagem hormonais de hormônio luteinizante,

foliculo estimulante e testosterona. Para o casal, será realizado teste de interação entre o muco cervical e o sêmen para a detecção da isoimunização anti - espermatozoide. É muito importante a atuação da enfermagem nesta fase de adesão destes casais, pois eles precisam de disponibilidade de tempo, de resolução trabalhista, além de conseguir lidar com a emoção e ansiedade. <sup>1,23,24,25</sup>

### **Reprodução Assistida e os fatores legais, morais, jurídicos, psicológicos e religiosos.**

Na luta pela maternidade, poucos casais esperam por dificuldades para engravidar e ficam surpresos quando a gravidez demora acontecer. Os motivos que demoram a procura para o tratamento no serviço de infertilidade especializado são em decorrência de sentimentos frequentes de anormalidades ou culpa por algum fato que aconteceu na história do casal, como aborto provocado, uso prolongado de anticoncepcional hormonais ou religiosos.<sup>20, 22</sup>

A percepção e as atitudes individuais frente a um problema de saúde podem variar desde uma profunda preocupação até o completo descaso. É comum que o indivíduo diagnostique seu problema, busque as suas experiências pessoais e comunitárias para identificar o valor das sensações. Para aquelas identificadas como banais, o mais provável é que a decisão seja não interferir ou outras soluções que não a de atendimento médico. <sup>1</sup>

A bioética encontra um terreno fértil para as questões no campo de reprodução humana: óvulos, espermatozoides e seus proprietários. Em reprodução assistida, não se pode evitar que um técnico se contemple com o poder ligar com a vida humana. O modelo de assistência imediata aos recém-nascidos resultantes de gravidez por técnicas de R.A. é intervencionista, mas, diante das condições do recém-nascido, procura-se prestar os primeiros cuidados no campo visual materno e facilitar o contato precoce, tão importante para a promoção do vínculo mãe-bebê. <sup>1,3</sup>

Nas discussões éticas são relevantes, e envolvem também aspectos do cotidiano de clínicas de reprodução humana, que têm dificuldades com o destino dos embriões excedentes. Casais estabelecidos em matrimônio com propriedade legal sobre embriões obtidos de doadores, documentos legais de aluguel de úteros e, principalmente embriões congelados, com pais legais que os desprezam e protegidos legalmente.<sup>6</sup>

De acordo com a Resolução CFM 1.358/1992, em 19 de novembro de 1992, da qual adota normas éticas para a utilização das técnicas da RA, são princípios gerais:

1. As técnicas de RA têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação;
2. Podendo ser utilizadas com a probabilidade efetiva de sucesso e que não ocorrendo risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente;
3. É elaborado um documento de consentimento informado obrigatório e extensivo para os pacientes inférteis e doadores;
4. Essas técnicas de RA não devem ser aplicadas com intenção de selecionar sexos ou outra característica biológica do futuro filho, exceto em casos de evitar doenças ligada ao sexo do filho que venha nascer;
5. É permitida a fecundação de ovócitos humanos apenas para procriação humana.
6. Quanto ao número de ovócitos e pré-embriões para serem transferidos para a receptora não deve ser superior a 4, para não correr o risco de multiparidade;
7. Em casos de gravidez múltipla, é proibida a utilização de procedimentos como redução embrionária;
8. Toda mulher (estando casada ou em união estável) que deseja ser receptora pode utilizar (participar) dessas técnicas de RA desde que tenha concordado de maneira livre, consciente em documento de consentimento, nos termos da lei sendo necessário também aprovação do conjugue ou do companheiro, após processo semelhante de consentimento informado.

Em relação a doação de Gametas ou pré-embriões:

1. Nunca terá caráter lucrativa ou comercial;
2. Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores, e vice-versa;
3. Será mantido sigilo sobre a identidade dos doadores, assim como receptores;
4. As clínicas devem manter o registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores;

5. Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participem como doadores nos programas de RA.

Após 18 anos em vigor, foi revogada pela Resolução CFM 1.957/10, vigente desde 6 de janeiro de 2011. Nessa nova resolução, manteve igual nos princípios quesitos:

1. Doação anônima de gametas e embriões;
2. Proibição da redução fetal;
3. Proibição da sexagem fetal (procedimento que torna possível a escolha de sexos do embrião), bem como nas normas para utilização de PGD e maternidade de substituição;
4. Manteve a transações econômicas envolvendo doações de gametas, embriões e maternidade de substituição.

Inovou quanto à:

1. Permissão para utilização de RA por todas as pessoas que sejam o tratamento, para qualquer indivíduo juridicamente capaz, sujeito de direitos e obrigações (solteiro, casado, viúvo, divorciado, em união estável, homossexual, heterossexual ou bissexual) independente do estado civil ou opção sexual, principalmente os casais homoafetivos, pois eles têm o desejo de construir uma família. Na maioria dos casos as mulheres se faziam passar por solteiras para evitar discriminação de homossexualidade ou possíveis conflitos éticos, já os homens não existiam essa facilidade. Para realizar o tratamento o casal precisaria de uma doadora de ovócito e um útero de substituição;<sup>26</sup>
2. Limitação do número de embriões transferido de acordo com a idade da paciente; segue tendência mundial de transferir menos número de embriões para evitar gestações múltiplas ou complicações perinatais. Para mulheres de 35 anos seja transferido no máximo dois embriões, para mulheres entre 36 e 39 anos, no máximo três embriões e para mulheres com 40 anos ou mais, no máximo 4 embriões;
3. Regularização da reprodução *post morte*; foi uma novidade a maior novidade e para que isso fosse possível, deve ser tomado um termo de consentimento do cônjuge doador, assinado e documentado em cartório, autorizando a utilização de seu material genético mesmo após sua morte;
4. A possibilidade de criopreservar apenas embriões saudáveis, abre precedentes para a destruição de embriões existentes, na prática já ocorria na maior dos centros de RA, o motivo pelo qual a destruição embrionária é: embriões alterados e falta de interesse ou de recurso dos pacientes em manter o congelamento.

No dia 16 de abril de 2013, o Conselho Federal de Medicina divulgou a Resolução Nº 2.013/13, que adota novas normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida:

1. Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA;
2. Admite o limite de idade materna de, até 50 anos;
3. Ao descarte de embriões;
4. O número máximo de ovócitos ou embriões a serem a transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro;
5. Essa técnica é permitida para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitando-se o direito da objeção de consciência do médico;
6. O paciente que sentir-se prejudicado, em função de uma negativa, poderá recorrer à justiça buscando, satisfazer seu intento.

É natural da mulher ter o desejo de ter uma criança e isso, socialmente, torna incontestável. As tecnologias de RA fornecem um campo privilegiado nas possíveis articulações entre o feminino e o desejo de ter um filho. A gravidez não é a única vida de realização da feminilidade, porém só a mulher pode engravidar, um traço absoluto que distingue os gêneros e sexos.<sup>2:28</sup>

A vivência da maternidade no contexto da reprodução medicamente assistida apresenta particularidades, tornando-se desafios para as mães. Com a investigação desta temática é de extrema importância, uma vez que por si só a maternidade se constitui num evento complexo, sendo que inserida no contexto das TRA, com frequentes nascimentos prematuros, sentimentos e vivências. Recomenda-se que futuras pesquisas abordem temas relativos ao contexto da reprodução

medicamente assistida, tais como conseqüências emocionais do tratamento com sucesso ou tentativas fracassadas, vivências da gestação única ou gemelar, vínculo pais-bebê, dentro outros, a fim de que possam ser planejadas estratégias de prevenção, intervenção, priorizando as dificuldades encontradas na transição para a maternidade.<sup>5</sup>

Constelação da Maternidade, proposta por Stern (1997), com os temas vida-crescimento, que refere a capacidade da mãe de manter o bebê vivo e de propiciar o seu crescimento e desenvolvimento físico, contemplando diversos medos, tais como de que o bebê morra ou que não se desenvolva bem; Relacionar-se Primário, levando em consideração as dúvidas que surgem nessa fase sobre sua capacidade de amá-lo, sentir-se amada por ele e recebe-lo como o seu bebê; Matriz de Apoio, refere-se a necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora e boa, que a ajude a realizar as duas tarefas propostas nos temas anteriores; e Reorganização da Identidade, relaciona-se a necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua identidade, garantindo assim, que redirecione seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia.<sup>1,2,3,4,5</sup>

Esclarecendo a diferença do ponto de vista psicanalítico, entre: a demanda de engravidar e de ser mãe e ainda de ter filhos. Se é verdade que a cada parto nasce uma criança, não é verdade que a cada parto nasce uma mãe. A psicanálise diferencia da Biologia, no sentido que a maternidade para a Psicanálise é uma função simbólica, um lugar psíquico construído a parte de seres falantes, ou seja, a função materna se constrói no campo das relações, onde uma pessoa ocupa esse lugar de mãe para um outro ser humano, e o inscreve (ou não) na cultura. *Ser mãe* implica sempre ser mãe na relação com o outro. Ser mãe ocupa um lugar psíquico e não é uma condição orgânica por si só, ainda que a gestação possa ser crucial para a construção do que aqui denominamos função materna. A diferença entre o que poderia ser uma mulher infértil e uma que não pode ser mãe. Se a medicina se trata de assistir à reprodução, para nós a questão é, antes, saber: a que mulheres assistimos, o quê, de fato demandam e o quê a RA produz na subjetividade/corporeidade dessas mulheres?<sup>8,27,28</sup>

O que pode causar desconforto aos casais na primeira consulta é o fato de acreditarem que sua vida sexual será exposta e discutida, se acham anormais pelo fato de não conceberem e muitos apresentam-se envergonhados, amedrontados e ansiosos.<sup>2</sup>

Com a gravidez e a chegada do bebê, após o tratamento por TRA, novos sentimentos, vivências e desafios se impõem ao casal durante a transição para a maternidade e a paternidade. Mas a chegada do bebê nesse contexto, apresenta pouca informação na literatura. Dentre os temas relacionado aos desafios encontrados pelos casais que utilizarão Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) ou que conceberam naturalmente, foram destacados ansiedade, temperamento, comportamento, percepção do bebê, ajustamento emocional à maternidade, relacionamento conjugal, saúde mental. O estresse é encontrado como maior parte dos estudos, sendo reduzida parental ao longo do tempo, e semelhança entre grupos de gêmeos e mães de trigêmeos.<sup>5</sup>

Talvez seja a religião um fator que mais influencie uma decisão do casal. A atitude a práticas reprodutivas varia muito de acordo com as convicções religiosas. Enquanto FIV não é aceita pelo Vaticano, que a rejeita porque separa sexo e reprodução, ela pode ser praticada por protestantes, anglicanos e outro. De acordo com critérios teológicos católicos, o embrião formado após a concepção tem status moral de um novo ser, e assim qualquer técnica iria molestar um ser humano. No judaísmo dá-se maior valor aos embriões após os 40 dias de concepção, enquanto os ramos Sunni and Shia do Islã acreditam que a alma (condição de ser uma pessoa) ocorra em torno do quarto mês de gestação. No Islã, os procedimentos de FIV são aceitos, embora eles possam ser apenas em marido e esposa. O desenvolvimento científico trouxe novas perspectivas que as religiões não haviam previsto, e seus conceitos, como se pode ver, são teóricos e pré-definidos.<sup>6</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, houve um grande avanço em relação a área de reprodução humana, esse fato se deve pelo desenvolvimento de novas técnicas de reprodução assistida, caso antes considerado improvável de ser resolvido que agora podem ser tratados com respectivo sucesso.

O enfermeiro tem um papel fundamental em relação a reprodução assistida pois é esse profissional que prepara o casal ou os indivíduos, para que passem por esse processo e que sejam informados, e acompanhados em todas as etapas desses procedimentos. A atenção e a atuação da enfermagem frente ao cuidado da mulher e sua reprodução, traz grandes possibilidades para a profissão e precisa ser mais bem explorada e reconhecida.

A literatura existente e muito escassa e não explora corretamente esse campo de atuação da enfermagem deixando, muitas lacunas a serem investigadas.

## REFERÊNCIAS

1. Barros SMO. A enfermagem e a reprodução humana. *Acta Paul Enf* 2000; 13:207-213.
2. Silva ACV, Samperiz MMF, Mohallen AGC, Vargens OMC. Perfil de puérperas submetidas a métodos de reprodução assistida. *Rev Enf Uerj*. 2012. 20:185-190.
3. Fernandes K, Barros SMO. Avaliação do perfil reprodutivo dos casais assistidos no setor de reprodução humana da universidade federal de são Paulo. *Acta Paul Enf*. 2000. 13: 70-72.
4. Graner VR, Barros SMO. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. *Rev Esc Enf*. 2009;43: 03-109.
5. Cunha MCV, Carvalho JA, Albuquerque RM, Ludemir AB, Novaes M. Infertility: association with common mental disorders and the role of social support. *Ver psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008. 30( 3): 201-210.
6. Mascarenhas M, Flaxman S, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens G. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Medicine*. 2012;9(12):e1001356.
7. World Health Organization et al. United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, & World Bank (2012). Trends in maternal mortality 1990 to 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008.17(4):758-64.
9. Faria DEP, Grieco SC, Barros SMO. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. *Rev Esc Enf USP*. 2012. 46(4): 794-801.
10. Domelles LMN, Lopes RCS. Desafios para a maternidade no contexto da reprodução medicamente assistida: terceiro mês do bebê. *Est de Psicol*. 2010.15(3): 251-257.
11. Ferriani RA. Pesquisa com células Embrionárias e Reprodução Assistida. Editorial. 2005.
12. Cavalcante E, Juliano Y, Pereira DM, Catafesta E, Shimabukuro L, Cury MCFS, Cavagna M. Resultados das técnicas de reprodução assistida em mulheres doadoras de óocitos no ciclo de tratamento. *Rev Bras Gineco e Obstet*. 2005. 27(11):661-4.
13. Angelo ML, Moretto MLT, Lucia MCS. Os filhos da ciência: sobre a maternidade na reprodução assistida. *Artigo Revista Mental* 2009.12: 39-51.
14. Resolução CFM Nº 2.013/13, Adota as normas ética para a utilização das técnicas de reprodução, como dispositivos deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM Nº 1.957/10.
15. Resolução CFM Nº 1.358/1992, Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida.
16. Monteiro CFA, Teixeira LC. Família e tecnologias reprodutivas: considerações sobre a transmissão psíquica geracional. *Arq Bras de Psicol*. 2011. 63(2): 1-121.
17. Souza FMC, Carneiro AD, Morais GSN, Lopes MEL, Zaccara AAL, Duarte MCS. Inseminação Artificial Heteróloga: Implicações Bioéticas e Jurídicas. *Rev Bras de Ciênc da Saúde*. 2012.16 (3):419-426.
18. Leite TH, Henriques RAH. Resolução CFM 1.957/10: Principais mudanças na prática da reprodução humana assistida. *Rev bioét*. 2011.20(3): 413-416.
19. Moura MD, Souza MCB, Scheffer BB. Reprodução assistida: um pouco de história. *Rev da SBPH*. 2009. 12: 23-42.
20. Paula Ferreira LA, Junior LRS, Gonçalves LCS, Miyazaki MCO, Pinto MJC. Estresse em casais inférteis. 2014. *Reprodução & Climatério*. 29(3): 88-92.
21. Corrêa KRFD, Vizzotto MM, Cury AF. Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. *Psicologia em Estudo*. 2007.12 (2): 363-370.
22. Braga MDGR, Amazonas MCLA. Família: maternidade e procriação assistida. *Psicologia em estudo*. 2005. 10(1): 11-18.
23. Moura ERF, Vieira RPR, Dias AA, Evangelista DR, Américo CF. Atenção básica e infertilidade: conhecimento e prática de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev enf UERJ*. 2013. 21(2): 234-240.
24. Allan HT. A ansiedade da infertilidade: o papel das enfermeiras na clínica de fertilidade. *Fertilidade Humana*. 2013. 16 (1): 17-21.
25. Ashcroft S. Developing the clinical nurse specialists role in fertility: do patients benefit?. *Human Fertility*. 2000. 3(4): 265-267.
26. Querino MS, Almeida SS, Oliveira SCS, Moraes-Filho IM. Ações da equipe de enfermagem na implementação da política de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais- revisão de literatura. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2017; 6(1): 46-58.
27. Carvalho-Filha FSS, Viana LMM, Moraes-Filho IMM, Santos JC, Vilanova JM. Percepção dos profissionais de saúde acerca da diferença entre autonomia corporal e gravidez. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2018; 7(1): 38-47.
28. Mesquita AL, Souza VAB, Moraes-Filho IM, Santos TN, Santos OP. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2016; 5(2): 158-70.

Recebido em: 10/08/2018

Aceito em: 20/10/2018