



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

**COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER**



**RENATA PORTO DOS SANTOS MOHAMED**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ÁREA DE SAÚDE SEXUAL  
E REPRODUTIVAS SOBRE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Rio de Janeiro

2015

**RENATA PORTO DOS SANTOS MOHAMED**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ÁREA DE SAÚDE SEXUAL  
E REPRODUTIVA SOBRE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Rio de Janeiro

2015

Mohamed, Renata Porto dos Santos  
M697r Representações sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva sobre reprodução humana assistida / Renata Porto dos Santos Mohamed. -- 2015.  
221 f.

Orientadora : Ana Beatriz Azevedo Queiroz.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Saúde sexual e reprodutiva. 2. Tecnologia Reprodutiva Assistida. 3. Psicologia Social. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

**RENATA PORTO DOS SANTOS MOHAMED**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ÁREA DE SAÚDE SEXUAL  
E REPRODUTIVA SOBRE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 30 de abril de 2015.

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz – Presidente  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucia Helena Garcia Penna – 1<sup>a</sup> examinadora  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza – 2<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura – Suplente  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Dra. Maria Cristina de Melo Pessanha Carvalho – Suplente  
Ministério da Saúde

## DEDICATÓRIA

À Deus, o que seria de mim sem a fé que tenho nele.

Aos meus carinhosos pais, Paulo e Efigênia, com quem tudo aprendi, principalmente o significado de amar.

Ao meu irmão Marcelo, pena estar tão longe.

Às pessoas que perdi fisicamente, mas que continuam no meu coração.

Aos meus queridos compadres André e Carlinha.

Ao meu marido André que esteve sempre ao meu lado, em cada etapa dessa trajetória.

Aos meus filhotes Norminha e Pedrinho. Na certeza que sirva de exemplo a importância do estudo.

Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus, sem o qual nada disso seria possível.

Ao meu querido companheiro André pelo incentivo, compreensão e principalmente apoio logístico.

Aos meus maravilhosos pais, Paulo e Efigênia, exemplos de família e dedicação. Se imbuíram na tarefa de cuidar, no sentido mais completo, de mim e dos meus filhos durante essa trajetória.

Aos meus amados filhos Norminha “*miminha*” e ao “*meu pequeno*” Pedrinho. Meus sentimentos pelas ausências. Não foi em vão!

Ao meu querido irmão Marcelo, tão longe e tão presente.

Especialmente, à minha querida e muito, muito mais que orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz, por todo carinho, incentivo e apoio. Serei eternamente grata!

Aos professores do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM) pelos momentos de valorosas contribuições científicas.

Aos membros desta banca, professoras Lucia Penna, Ivis Emília, Maria Aparecida Vasconcelos e Maria Cristina Pessanha, por toda atenção, cuidado e contribuições nesse estudo.

Aos zelosos servidores da Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nert (EEAN), Sônia Xavier, a recém-chegada Cintia, e também ao Jorge Anselmo que deixa a escola para trilhar novos caminhos. Obrigada a todos.

Aos amigos e queridos companheiros da equipe de enfermagem do Instituto de Ginecologia, especialmente ao diretor Prof. Gutemberg Leão pelo apoio e à Dra. Michele Pedrosa por colaborar com a pesquisa no início dessa trajetória.

Aos eternos amigos da maternidade Praça XV, ou Hospital Maternidade Nazareth (HMON), que foi extinta em 2013. Saudades! Agradeço, também, o acolhimento e a oportunidade de agregar novos amigos na minha nova casa, o Hospital Maternidade Fernando Magalhães.

Aos enfermeiros participantes dessa pesquisa. Sem vocês nada seria desse estudo. Não tenho palavras para agradecer.

Aos usuários dos serviços de Reprodução Humana Assistida “*Mas é claro que o sol vai voltar amanhã. Mais uma vez, eu sei. Escuridão já vi pior, de endoidecer gente sã. Espera que o sol já vem*” - Mais uma vez. Renato Russo/Flávio Venturini, 1986. Obrigada!

Muito obrigada!



### **O Sol**

*Ei dor... eu não te escuto mais,*

*Você, não me leva a nada.*

*Ei medo...eu não te escuto mais,*

*Você, não me leva a nada.*

*E se quiser saber pra onde eu vou,*

*Pra onde tenha sol, é pra lá que eu vou*

*E se quiser saber pra onde eu vou,*

*Pra onde tenha sol, é pra lá que eu vou*

Jota Quest, 2005

## RESUMO

MOHAMED, Renata Porto dos Santos. **Representações sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva sobre reprodução humana assistida**. 2015. 221f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

A pesquisa em tela teve como objeto de estudo as representações sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva sobre reprodução humana assistida (RHA). Pesquisa qualitativa, do tipo descritivo exploratório com aplicação da teoria das representações sociais (TRS), segundo Serge Moscovici. O estudo teve como objetivos: descrever as representações sociais de enfermeiros que trabalham/atuam na saúde sexual e reprodutiva sobre RHA e analisar a atuação do enfermeiro na RHA, tendo em vista suas representações sociais sobre biotecnologias reprodutivas. Os participantes do estudo foram (30) trinta enfermeiros que trabalham/atuam na área de saúde sexual e reprodutiva do município do Rio de Janeiro, divididos em dois grupos, a saber: primeiro grupo representado por 16 participantes que trabalham na área de saúde sexual e reprodutiva, porém não trabalham diretamente com RHA, denominado grupo 1-NTRHA, e o segundo formado por 14 participantes que trabalham na área proposta e atuam diretamente com RHA, nomeado grupo 2 – TRHA. Os dados produzidos receberam tratamento específico com posterior triangulação de dados. No Teste ALI houve categorização das evocações que forneceu indícios de RS sobre o objeto estudado; a caracterização dos participantes da pesquisa foi obtida pelos dados numéricos que receberam tratamento estatístico simples, que traçou o perfil socioeconômico e demográfico (grupo de pertença), e a Entrevista Semiestruturada forneceu dois “*corpus*” que foram processados pelo *software* Alceste versão 2012®, no qual o *corpus* do grupo 1-NTRH obteve 76% de aproveitamento, gerando cinco classes e do grupo 2 – TRHA 68% de aproveitamento, produzindo seis classes. A pesquisa apresentou como resultados: para o grupo 1-NTRH, a reprodução humana ficou expressivamente ligada aos aspectos da natureza humana, como um evento biológico intocável e designado à esfera humana, portanto a interferência tecnológica da RHA, no contexto da concepção, emerge como algo perturbador e não deve ser considerada solução para demandas reprodutivas não atendidas. Esse grupo se apresenta distanciado da RHA, nesse sentido opta pela adoção de criança, como resolução para as demandas reprodutivas não alcançadas. Esse grupo, não incorpora a prática do cuidado pré-natal de gestações advindas de RHA, por considerarem que essas gestações sucedem de um contexto conceutivo de excessiva medicalização e manipulação da vida. Como traço quase hegemônico, o grupo 2 – TRHA, também atribui a reprodução humana como algo inerente à natureza humana, no entanto, representam a RHA enquanto recurso biotecnológico reprodutivo conectado, contextualmente, com a sociedade contemporânea, portanto atende como solução para dificuldade reprodutiva. Esses profissionais estão envolvidos com as novidades do universo biotecnológico reprodutivo, portanto se apresentam favoráveis e seguros quanto à incorporação do cuidado pré-natal pelo enfermeiro de gestações advindas de RHA, apesar de considerarem como uma gravidez diferenciada, em virtude da carga emocional/afetiva envolvida na mulher/casal. Esse grupo reconhece o campo da RHA como passível de dilemas bioéticos, nesse sentido apontou a carência de informação acadêmica que aborde a temática da RHA durante a formação acadêmica, seja na graduação e/ou pós-graduação, assim como assinalaram a ausência de respaldo legal dos conselhos/entidades de classe de enfermagem para apoio ao cotidiano laboral.

Palavras-chaves: Reprodução assistida. Enfermagem. Psicologia social.

## ABSTRACT

MOHAMED, Renata Porto dos Santos. **Social representations of nurses of sexual and reproductive health on assisted human reproduction**. 2015. 221f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The search screen has as object of study the Social Representations (SR) of nurses from sexual and reproductive health on assisted reproduction (AR). Qualitative research, exploratory descriptive with application of the Social Representations, according to Serge Moscovici. The study aimed to describe the SR of nurses working in sexual and reproductive health of AR and analyze the performance of nurses in AR, given their social representations of reproductive biotechnologies. The study participants were thirty (30) nurses working in sexual health and reproductive municipality of Rio de Janeiro, divided into two groups, namely: the first group represented by 16 participants working in sexual health and reproductive, but not work directly with AR, called group 1-NTRHA, and the second consists of 14 participants working in the proposed area and work directly with AR, named group 2 - TRHA. The data produced received specific treatment with subsequent triangulation data. In ALI Test was categorizing evocations that provided SR clues about the object studied; the characterization of survey participants was obtained by the numerical data received simple statistical treatment, which traced the socioeconomic and demographic profile (membership group), and semi-structured interview provided two "corpus" that were processed by Alceste version 2012® software, the which corpus group, 1-NTRH 76% success was obtained, giving rise to five classes and group 2 - TRHA 68% success, producing six classes. The survey showed the following results: for the 1-NTRH, human reproduction was significantly linked to aspects of human nature, as an untouchable biological event and assigned to the human sphere, so the technological interference of AR in the context of design, emerges as something disturbing and should not be considered solution for unmet reproductive issues. This group has distanced the RHA in this sense chooses the adoption of children, such as resolution to the unreached reproductive demand. This group does not include the practice of prenatal care pregnancies resulting from AR, as they consider that these pregnancies succeed a conceptional context of excessive medicalization and manipulation of life. Like almost hegemonic trace, group 2 - TRHA also assigns human reproduction as something connected to human nature, however, represent the AR as reproductive biotechnology resource connected, contextually with contemporary society, therefore serves as a solution to reproductive difficulties. These professionals are involved with the new reproductive biotechnology universe therefore present favorable and safe as the incorporation of prenatal care by nurses pregnancies resulting from AR, despite consider how a different pregnancy, because of the emotional/affective charge involved the woman/couple. This group recognizes the field of AR as likely to bioethical dilemmas in this regard pointed out the lack of academic information to address the issue of AR during academic training, whether in undergraduate and/or graduate, and noted the absence of legal support of advice professional class/nursing professional associations to support the work everyday.

Keywords: Assisted reproduction. Nursing. Social Psychology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Classificação Hierárquica Descendente do Grupo 1-NTRHA .....	102
Figura 2 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do Grupo 1-NTRHA .....	103
Figura 3 -	Divisão das classes quanto à porcentagem de u.c.e e número de palavras analisadas referente ao Grupo 1-NTRHA .....	104
Figura 4 -	Divisão das classes quanto à porcentagem de u.c.e (primeira classificação descendente) referente ao Grupo 1-NTRHA .....	104
Figura 5 -	Esquema representativo do <i>corpus</i> referente ao Grupo 1-NTRHA .....	106
Figura 6 -	Esquema representativo da classe 1 referente ao Grupo 1-NTRHA .....	109
Figura 7 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1 do Grupo 1-NTRHA .	111
Figura 8 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1 do Grupo 1-NTRHA .	113
Figura 9 -	Esquema representativo da classe 2 referente ao Grupo 1-NTRHA .....	116
Figura 10 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2 do Grupo 1-NTRHA .	119
Figura 11 -	Esquema representativo da classe 3 referente ao Grupo 1-NTRHA .....	124
Figura 12 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3 do Grupo 1-NTRHA .	126
Figura 13 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3 do Grupo 1-NTRHA .	127
Figura 14 -	Esquema representativo da classe 4 referente ao Grupo 1-NTRHA .....	129
Figura 15 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 do Grupo 1-NTRHA .	131
Figura 16 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 do Grupo 1-NTRHA .	134
Figura 17 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 do Grupo 1-NTRHA .	135
Figura 18 -	Esquema representativo da classe 5 referente ao Grupo 1-NTRHA .....	136
Figura 19 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5 do Grupo 1-NTRHA .	139
Figura 20 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5 do Grupo 1-NTRHA .	140
Figura 21 -	Classificação Hierárquica Descendente do Grupo 2-TRHA .....	142
Figura 22 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do Grupo 2-TRHA .....	143
Figura 23 -	Divisão das classes quanto à porcentagem de u.c.e e número de palavras analisadas referente ao Grupo 2 – TRHA .....	144
Figura 24 -	Divisão das classes quanto à porcentagem de u.c.e (primeira classificação descendente) referente ao Grupo 2-TRHA .....	145

Figura 25 -	Esquema representativo do <i>corpus</i> referente ao Grupo 2 – TRHA .....	146
Figura 26 -	Esquema representativo da classe 2 referente ao Grupo 2- TRHA .....	151
Figura 27 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2 do Grupo 2- TRHA ..	153
Figura 28 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2 .....	155
Figura 29 -	Esquema representativo da classe 3 referente ao Grupo 2-TRHA .....	157
Figura 30 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3 .....	159
Figura 31 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3.....	159
Figura 32 -	Esquema representativo da classe 4 referente ao Grupo 2-TRHA .....	161
Figura 33 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 .....	163
Figura 34 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 .....	163
Figura 35 -	Esquema representativo da classe 1 referente ao Grupo 2-TRHA .....	166
Figura 36 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1 .....	169
Figura 37 -	Esquema representativo da classe 5 referente ao Grupo 2-TRHA .....	172
Figura 38 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5 .....	175
Figura 39 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5 .....	176
Figura 40 -	Esquema representativo da classe 6 referente ao Grupo 2-TRHA .....	179
Figura 41 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6 .....	181
Figura 42 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6 .....	183
Figura 43 -	Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6 .....	184
Figura 44 -	Esquema do campo representacional da RHA pelos enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva que não lidam com as biotecnologias reprodutivas .....	190
Figura 45 -	Esquema do campo representacional da RHA pelos enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva que trabalham com as biotecnologias reprodutivas .....	195

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Resultado da busca de produção científica acerca da temática de estudo, a RHA, nas bases científicas .....	30
Quadro 2 -	Descrição e codificação das variáveis da linha de comando referente aos dois <i>corpus</i> .....	65
Quadro 3 -	Linhas de comando das u.c.i para processamento pelo Alceste referente aos dois <i>corpus</i> .....	65
Quadro 4 -	Bloco temático 1 (classes 1 e 2 – temas e subtemas) referente ao Grupo 1-NTRHA .....	108
Quadro 5 -	Bloco temático 2 (classes 3, 4 e 5 – temas e subtemas) referente ao Grupo 1-NTRHA .....	122
Quadro 6 -	Bloco temático 1 (classes 2, 3, e 4 – temas e subtemas) referente ao Grupo 2-TRHA .....	148
Quadro 7 -	Bloco temático 2 (classes 1, 5 e 6 – temas e subtemas) referente ao Grupo 2-TRHA .....	164

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros que não trabalham e que trabalham em RHA de acordo com dados sociodemográficos – Rio de Janeiro, 2015 ..	70
Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros que não trabalham e que trabalham em RHA de acordo com os dados acadêmicos, profissionais e econômicos – Rio de Janeiro, 2015 .....	79
Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros que não trabalham e que trabalham em RHA de acordo com vivência/experiência com as biotecnologias reprodutivas – Rio de Janeiro, 2015 .....	86
Tabela 4 - Teste ALI - Termo indutor “Reprodução Humana” .....	89
Tabela 5 - Teste ALI - Termo indutor “Reprodução Humana Assistida” .....	95

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
AINEs	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
ALCESTE	<i>Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte</i> (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto)
ALI	Associação Livre de Ideias
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AR	<i>Assisted Reproduction</i>
AT	Antigo Testamento
BCTGs	Bancos de Células e Tecidos Germinativos
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual Em Saúde
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CMR	Centros de Medicina Reprodutiva
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DINC	Duplo Ingresso, Nenhuma Criança ou Double Income, No Children
DINK	Dual Income, No Kids
EAAAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ESF	Estratégia Saúde da Família

FET	<i>Frozen Embryo Transfer</i> (Transferência de embriões congelados)
$f_i$	Frequência simples ou absoluta
FIV	Fertilização in Vitro
$fr_i$	Frequência relativa
GIFT	<i>Gamete intrafallopian transfer</i> (transferência intratubária de gametas)
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
HMON	Hospital Maternidade Nazareth
IA	Inseminação Artificial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Inseminação Artificial Intra-Cervical
ICMART	<i>International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies</i> (Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida)
ICSI	<i>IntraCytoplasmic Sperm Injection</i> (Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide)
IES	Instituição de Ensino Superior
IG	Instituto de Ginecologia
IU	Inseminação Artificial Intrauterina
LILACS	<i>Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde</i> (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)
MAR	<i>Medically Assisted Reproduction</i>
MS	Ministério da Saúde
NTRc	Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
NTRHA	Não trabalha com Reprodução Humana Assistida
NUPESM	Núcleo de pesquisa de enfermagem em Saúde da Mulher
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PGD	<i>Preimplantation Genetic Diagnosis</i> (Diagnóstico genético pré-implantacional)
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio
PNAIRHA	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PSF	Programa Saúde da Família
REDLARA	<i>Red Latinoamericana de Reproducción</i> Assistida (Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida)
RH	Reprodução Humana
RHA	Reprodução Humana Assistida
RLA	Registro Latino-americano
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher
RS	Representações Sociais
SBE	Sociedade Brasileira de Esterilidade
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SBRH	Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SISEMBRIO	Sistema Nacional de Produção de Embriões
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SM	Salário Mínimo
SR	<i>Social Representations</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRA	Técnicas de Reprodução Assistida
TRHA	Trabalha com Reprodução Humana Assistida
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE	Unidade de contexto elementar
UCI	Unidade de contexto inicial
UF	Unidade da Federação
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

## SUMÁRIO

1	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	18
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA: DELINEANDO O PROBLEMA DE PESQUISA .....	18
1.2	REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA COMO OBJETO DE ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	23
1.3	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....	27
1.4	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	32
2	<b>BASES CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS</b> .....	34
2.1	CONSIDERAÇÕES CONTEXTUAIS ACERCA DA REPRODUÇÃO HUMANA .....	34
2.2	CONSIDERAÇÕES CONTEXTUAIS, EPIDEMIOLÓGICAS E TENDÊNCIAS ACERCA DE RHA .....	39
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA .....	46
2.4	QUESTÕES ÉTICO-LEGAIS DA RHA NO BRASIL .....	51
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	55
3.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICABILIDADE NESTA PESQUISA .....	55
4	<b>DESCRIÇÃO METODOLÓGICA</b> .....	59
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	59
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	59
4.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	60
4.4	ETAPAS DA COLETA DE DADOS .....	62
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....	63
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	66
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	68
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	68
5.1.1	Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa .....	69
5.1.2	Perfil referente aos dados acadêmicos, profissionais e econômicos dos participantes da pesquisa .....	78

5.1.3	Perfil referente à vivência/experiência com as biotecnologias reprodutivas pelos participantes da pesquisa .....	86
5.2	TESTE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE IDEIAS/ALI .....	89
5.2.1	Teste ALI - Termo indutor “Reprodução Humana” .....	89
5.2.2	Teste ALI - Termo indutor “Reprodução Humana Assistida” .....	95
5.3	DESCRIÇÃO DOS CONTEÚDOS DO ALCESTE DOS GRUPOS 1 E 2 (ENFERMEIROS QUE NÃO TRABALHAM E QUE TRABALHAM EM RHA) .....	101
5.3.1	Descrição dos conteúdos do Alceste referente ao Grupo 1-NTRHA (enfermeiros que não trabalham em reprodução humana assistida) .....	102
5.3.1.1	Apresentação dos blocos temáticos e das classes referente ao Grupo 1-NTRHA .....	105
5.3.1.2	Bloco temático 1: “Elementos associativos à Reprodução Humana” referente ao Grupo 1-NTRHA .....	107
5.3.1.3	Bloco temático 2: “Reprodução Humana Assistida: da informação à prática assistencial” referente ao Grupo 1-NTRHA .....	121
5.3.2	Descrição do conteúdo do Alceste referente ao Grupo 2-NTRHA (enfermeiros que trabalham em reprodução humana assistida) .....	141
5.3.2.1	Apresentação dos blocos temáticos e das classes referente ao Grupo 2-TRHA .	145
5.3.2.2	Bloco temático 1: “Conteúdos e sentidos da RHA: aspectos da natureza” referente ao Grupo 2-TRHA .....	147
5.3.2.3	Bloco temático 2: “A enfermagem e a RHA” referente ao Grupo 2-TRHA .....	163
<b>6</b>	<b>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE RHA .....</b>	<b>185</b>
6.1	CAMPO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA RHA PELOS ENFERMEIROS QUE NÃO LIDAM COM BIOTECNOLOGIAS REPRODUTIVAS .....	185
6.2	GRUPO 2 – CAMPO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA RHA PELOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM COM BIOTECNOLOGIAS REPRODUTIVAS .....	191
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>196</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>202</b>

<b>APÊNDICE A – Teste de Associação Livre de Ideias (ALI) .....</b>	<b>217</b>
<b>APÊNDICE B – Perfil socioeconômico e demográfico .....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada .....</b>	<b>219</b>
<b>APÊNDICE D – Carta de anuência para autorização de pesquisa .....</b>	<b>220</b>
<b>APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>221</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA: DELINEANDO O PROBLEMA DE PESQUISA

O presente trabalho tem como objeto de estudo as representações sociais (RS) de enfermeiros que atuam na área de saúde sexual e reprodutiva acerca de reprodução humana assistida (RHA), analisado sob a perspectiva da Teoria das Representações Sociais (TRS), enquanto sustentador teórico, para auxiliar na compreensão dos mecanismos de sentidos e práticas atribuídos por esses profissionais ao objeto em questão.

Preliminarmente, será esclarecido meu processo de construção dessa pesquisa, desenvolvida no decorrer das trajetórias acadêmica e profissional de afinidade com a área de saúde sexual e reprodutiva, que foi capaz de proporcionar aproximação e interesse pelo objeto de estudo.

Ao ingressar na vida acadêmica, iniciado na graduação em Enfermagem e Obstetrícia, pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), apresentei grande interesse pela área de conhecimento em saúde da mulher, posteriormente ampliada para o campo da saúde sexual e reprodutiva.

Posteriormente, ao compor como servidora pública, o cargo de enfermeira, para o quadro técnico-administrativo da UFRJ, optei, diante da oportunidade, por atuar numa unidade saúde especializada no atendimento à mulher, localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro, o então Instituto de Ginecologia (IG).

Atuando profissionalmente nos diversos setores desta instituição, o ambulatório de Reprodução Humana (RH) instigou minha atenção, por tratar-se de espaço incomum quanto à oferta de serviço direcionado as questões de infertilidade. Haja vista, que as políticas públicas de saúde concentram esforços nas abordagens contraceptivas direcionadas para mulheres, homens e casais em idade reprodutiva.

Em termos históricos, o referido serviço foi inaugurado em 1942, como a primeira proposta para tratamento de infertilidade em um hospital público brasileiro, denominado inicialmente “Ambulatório de Esterilidade”, que já naquela época apresentava interesse institucional em desenvolver modalidades terapêuticas que ampliassem as chances de gravidez através da compreensão da temática da infertilidade (CORRÊA, 2008).

Em 2008, o mesmo ambulatório foi submetido à reestruturação organizacional, sendo

renomeado de “Ambulatório de Reprodução Humana”, haja vista que a antiga denominação não atendia aos novos entendimentos a respeito de reprodução humana. Nesse momento, houve a implantação do espaço de acolhimento interdisciplinar a casais inférteis, através do projeto de extensão intitulado “O direito de decidir na hora de planejar a família: o Ambulatório de Reprodução Humana”, com oferta, concomitante, de procedimento em RH de baixa complexidade, como a inseminação artificial (IA).

Durante atividades assistenciais no projeto de extensão tive oportunidade de realizar aproximação com as demandas reprodutivas de mulheres/casais<sup>1</sup>, no contexto das dificuldades conceptivas. Principalmente, durante o primeiro acolhimento/atendimento na unidade, que era realizado em equipe, numa proposta multidisciplinar institucional. Essa experiência foi determinante para iniciar reflexões referentes à complexidade envolvida na atuação do enfermeiro frente à busca dessas pessoas em realizar sonhos e desejos reprodutivos através das biotecnologias reprodutivas.

Desde os primórdios, o Ambulatório de Reprodução Humana atendia a uma clientela bastante diversificada, de todos os municípios do estado do Rio de Janeiro, inclusive de estados vizinhos, em decorrência da demanda reprimida por tratamento de infertilidade, que foi verificada através de estudo aleatório em 20% dos prontuários de primeira vez da instituição, no período de 2003 a 2005, no qual apontou um período de busca de 3 a 8 anos em 68,1% na clientela, e também período de procura superior a 15 anos em 4,1% dos casos por tratamento especializado que incluíssem as tecnologias de RHA (PERELSON et al., 2008).

Em consonância com as novas diretrizes nacionais no sentido de diminuir desigualdades de acesso, desde 2013 a instituição passou a gerenciar marcação de consultas de atendimento especializado em reprodução humana através do sistema nacional de regulação (SISREG) para todo o estado do Rio de Janeiro.

Diante do exposto, observa-se claramente que grande parte das tecnologias reprodutivas de alta complexidade não são ofertadas pelos serviços públicos de saúde. Estas se encontram alocadas quase exclusivamente no setor privado, que disponibilizam técnicas de alta complexidade como a fertilização in vitro (FIV) e injeção intracitoplasmática de

---

<sup>1</sup> Termo designado nessa pesquisa, através da observação nos cenários de atuação profissional, no qual a inserção aos serviços de RHA, ocorria, em sua maioria, através da “mulher”, que representava ou não a demanda do “casal” hetero/homoafetivo. Na busca por planejamento familiar conceptivo, deve-se respeitar a livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

espermatozoide (ICSI)<sup>2</sup>.

Esta situação está em consonância com as barreiras mundiais para tratamento de infertilidade, classificadas em três categorias: acessibilidade, custo econômico e fatores culturais/sociais, sendo frequente a presença dos três fatores nos países em desenvolvimento, como o Brasil (LUNENFELD et al., 2004).

Ainda na mesma instituição, a experiência desde 2010, na preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM) da UFRJ, que tem o ambulatório de RH como campo de prática, possibilitou a detecção de uma intensa mobilização entre os residentes multiprofissionais, principalmente os de enfermagem, diante dos assuntos relacionados à RH. Durante os encontros de cunho tutorial com debates e discussões, essa temática era constantemente solicitada, sendo muitas vezes, necessário replanejar as atividades de preceptoria para atender as demandas emergentes relacionadas às questões reprodutivas da clientela junto aos alunos.

A tendência desses questionamentos pode ser justificada pela possibilidade de contato direto com a concretude das “situações problema”, no caso a infertilidade e novas tecnologias reprodutivas, que permitem a tomada do valor do conhecimento prático no processo de aprendizagem, não mais restrito às salas de aula, haja vista que o aprendizado também ocorre no ambiente de trabalho oportunizado ao longo de todo o tempo (LARANJA, 2012).

A particularidade do serviço, no tocante a inserção do seu espaço físico/organizacional aliado a um hospital universitário, torna-se desafiador para construção de um campo profícuo para fomentar contribuições científicas nas diversas áreas de conhecimento. Nesse sentido, vale dizer que o estudo da RHA na perspectiva das RS pelos enfermeiros, assegura a produção de conhecimento emergido do campo e da prática assistencial.

Em outra experiência profissional, desta vez, em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, serviu para ampliar o entendimento das necessidades conceptivas das mulheres. Neste cenário, observei a ocorrência da expressão do desejo reprodutivo, ainda que, expressado timidamente por mulheres que viviam a situação de abortamento<sup>3</sup> e dificuldade para engravidar. Logo, percebi que na maioria das vezes, os

---

<sup>2</sup> *IntraCytoplasmic Sperm Injection* - procedimento no qual um único espermatozoide é injetado no citoplasma do oócito (WHO, 2009). Para Santos (2010), pode ser usado quando ocorre reduzida qualidade e quantidade de espermatozoides, além de apresentar baixo índice de complicações, como gestação múltipla e hiperestimulação ovariana.

<sup>3</sup> Definido como o processo de interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500 gramas. De acordo com as características podem ser classificados em: ameaça; completo; inevitável/incompleto; retido; infectado; habitual ou eletivo. O Aborto eletivo, previsto em lei, amparado pelo artigo 128 do Código Penal de 1940 para gestações resultantes de estupro e para o caso de risco de morte para a mulher (BRASIL, 2011a).

profissionais de saúde reforçavam condutas terapêuticas contraceptivas, promovendo pouca abertura para mulher/casal falar sobre planejamento familiar com fins reprodutivos.

Na busca por aprimoramento técnico-científico na área de saúde da mulher, cursei Especialização em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Esse curso oportunizou ampliação na discussão de temas relacionados à temática ginecológica, na perspectiva de integralidade da saúde mulher.

No entanto, durante as participações em eventos científicos da área da saúde sexual e reprodutiva, os assuntos abordados, em sua maioria, giravam entorno de questões de gênero e suas relações de desigualdade, humanização, ecologia do parto/nascimento e cidadania, no entanto, percebia pouca ligação desses temas com infertilidade, reprodução humana e RHA. Contudo, a temática mobilizava conversações e discussões em algumas enfermeiras, que relatavam aproximação com RHA através da atuação profissional, vivência familiar ou até pessoal, pois não raras vezes, essas profissionais confidenciaram que utilizaram biotecnologias para compor suas histórias reprodutivas.

Remetendo outra experiência profissional, na ocasião em Atenção Básica (AB), no então Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. A fase de implantação dessa equipe de ESF, na etapa de cadastramento das famílias adscritas, permitiu o estabelecimento de grande vínculo com a população. O vínculo com essa comunidade proporcionou que mulheres/casais expusessem seus relatos de dificuldade para engravidar e a busca pela oportunidade e/ou direito ao tratamento em RHA.

Assim, diante desses distintos cenários, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observei enfermeiros em conversações com seus pares ou em orientações à clientela, desestimulando a busca por tratamento da dificuldade para engravidar, às vezes, aconselhando para desistência. Eram frequentes explanações como: “– Adote uma criança, tem tantas abandonadas! Essas pessoas deveriam adotar ao invés de tentar ter filho!”; “– Pra que colocar mais criança para sofrer no mundo? É melhor cuidar das que já existem!”; “– Não adianta procurar reprodução assistida, isso não é para pobre”.

Os questionamentos nas conversações vertiam também para o uso dos recursos financeiros do SUS para custear RHA, nesse aspecto, os enfermeiros sinalizavam outras demandas que consideravam prioridade para a saúde pública, como “– O governo não deve gastar dinheiro com isso, o SUS tem outras prioridades!”; e ainda indagações de ordem religiosa tanto para os profissionais envolvidos em RHA que estariam “brincando” de Deus,

assim como para mulher/casal que buscavam tratamento para burlar a ordem natural e o desejo divino, em comentários do tipo: “– Essas tecnologias são contra a ordem natural da vida!” ou “– Estão brincando de Deus!”.

Nessa linha de pensamento, também surgiam nos profissionais dúvidas relativas à capacidade de criação e sustento das crianças pelos casais, como: “– Não adianta procurar reprodução assistida, isso não é para pobre”, embasado na lógica que se a mulher/casal utilizavam o serviço público de saúde por falta de condições de custear tratamento em RHA, logo esse impeditivo financeiro, inexoravelmente, representaria também uma barreira para realizar o desejo do filho biológico.

A preocupação dos enfermeiros, quanto aos aspectos técnicos, no que diz respeito à eficácia e segurança das técnicas de RHA pareciam estar ancoradas no senso comum, por carecer de maior fundamentação científica. O temor quanto ao possível prejuízo à saúde da mulher ocorria diante de verbalizações: “– São muitos hormônios que a mulher tem que usar, pode prejudicar a saúde” ou quando extensivo à saúde da criança os enfermeiros diziam: “– Para que insistir? Pode nascer uma criança defeituosa!”.

No entanto, essa visão negativa quanto à RHA não era unanimidade, muitos enfermeiros acolhiam as necessidades conceptivas dos casais que buscavam por tecnologias reprodutivas, embora o serviço não dispusesse de recursos tecnológicos mais avançados. Ainda assim, demonstravam preocupação diante das demandas e buscavam ampliar o entendimento através de estudos que enriqueciam suas práticas de saúde com orientações criteriosas e cuidadosas sobre RHA.

Embora muitos desses posicionamentos sobre RHA, ora aqui descritos, sejam observados em outras categorias de profissionais da saúde, houve a necessidade de delimitar o grupo a ser estudado para acessar as representações sociais sobre RHA de enfermeiros que trabalham diretamente dentro da área da saúde sexual.

Face o exposto, é possível perceber uma diversidade de produção de sentidos da RHA pelos enfermeiros, que acabam por direcionar suas atitudes e práticas diante dessas tecnologias. Nesse sentido, merecem ser investigados, pois em se tratando da TRS, os saberes sobre um objeto possuem forte ligação com as práticas dos sujeitos.

Os progressos das intervenções tecnológicas no processo de reprodução humana demandam reflexões das diversas áreas do conhecimento, em virtude das implicações bioéticas e religiosas. Nesse sentido, os questionamentos sobre RHA não seriam diferentes para os enfermeiros, cuja essência de atuação encontra-se embasada no cuidado aos diferentes grupos humanos.

Em consonância com os avanços em termos de direitos e saúde sexual e reprodutiva observados desde a conferência do Cairo, a enfermagem conseguiu aumentar sua participação profissional nessa área, como nas atuações em ESF e em programas como Rede Cegonha. Também tem crescido nos últimos anos, a atuação do enfermeiro em RHA, no entanto, não significa dizer que essa atividade esteja articulada profissionalmente, haja vista o caráter inovador desse campo, que provavelmente influencia na maneira de pensar e agir frente ao objeto.

Então, a problemática nos conduz a estudar como os enfermeiros elaboraram sentidos e práticas diante das novas tecnologias reprodutivas, frente ao desejo intrínseco dos indivíduos de constituir família. Considerando que as informações e conteúdos da revolução biotecnológica em RHA estão sujeitas a uma ressignificação por parte desses enfermeiros, que confrontam valores pessoais com os adquiridos no cotidiano profissional. Frente a esse contexto, entende-se que a representação desses profissionais implica no modo de assistir e cuidar da mulher/casal que buscam as tecnologias reprodutivas, que em vista disso, se configura em problema a ser investigado.

## 1.2 REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA COMO OBJETO DE ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A humanidade atravessa, atualmente, profundas transformações sociais e mudanças nas relações humanas, muitas vezes mediados pelos grandes avanços tecnológicos e científicos. Nesse contexto, de reorganizações sociais oriundas do Capitalismo ocorreram modificações no cotidiano das pessoas, ao ponto de influenciar novos modos de vida, hábitos e padrões de relacionamento e, de certo modo, nova organização social, promovendo para Comparato (2013) com o rompimento da configuração histórica do modo de vida do passado.

De modo geral, as condições para os grandes desenvolvimentos tecnológicos ocorreram notadamente após a Revolução Industrial, iniciada no século XVIII, considerada momento histórico impactante para a sociedade no tocante à ruptura com antigos estilos de vida, que nem sempre foram substituídos por outros de satisfação equivalente do ponto de vista das relações humanas, como aponta Canedo (1998).

A despeito desse aspecto, os desdobramentos do processo de industrialização significaram para Hobsbawm (2011) profundas mudanças nos modos de produção diante da reorganização do espaço geográfico, urbanização e desenvolvimento dos meios de transporte,

que, inevitavelmente, se expandiram para o mundo, principalmente após a Segunda Guerra promovendo saltos de avanços em diversas áreas de conhecimento como biotecnologia e engenharia genética.

No final da década de 70, nesse contexto de avanços tecnológicos, a biotecnologia reprodutiva, transforma o que parecia ficção científica em realidade, o nascimento do primeiro “bebê de profeta” do mundo, na Inglaterra, como sugere a nomenclatura uma reprodução sem relação sexual ou “criada em laboratório” (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009). Na década seguinte, a RHA chegava ao Brasil, tendo como marco o nascimento do primeiro bebê fertilizado através das tecnologias reprodutivas, considerado o primeiro feito desta natureza na América Latina.

Essa nova perspectiva da ciência de reprodução humana sem relação sexual se materializou através de um conjunto de técnicas do universo biomédico, como a inseminação artificial e fertilização *in vitro*. Inicialmente, a RHA foi estabelecida para promover uma gravidez nos casos de dificuldade reprodutiva, como a infertilidade. Entretanto, atualmente atende muitas demandas diante da impossibilidade desta ocorrer espontaneamente, como reprodução em pessoas celibatárias, nas relações homoafetivas ou na maternidade tardia (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2008).

Para compreender a construção contemporânea da importância da RHA, é necessário entendimento a respeito das demandas por biotecnologias reprodutivas, embasadas principalmente na importância social/cultural destinada à construção familiar/parental intermediada pelo filho biológico, tendo como consequência a realização do “sonho reprodutivo” (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2008).

Constatamos que os aspectos relacionados com a fertilidade e reprodução humana sempre foram preocupações do ser humano, no tocante a importância dada à perpetuação da linhagem familiar através do material genético dos pais (descendência) e por meio de elementos representativos do filho biológico, atribuídos por Borlot e Trindade (2004) como importante elemento estrutural para realização pessoal de homens e mulheres.

Assim sendo, os avanços biotecnológicos em RHA vem permitindo inovações contínuas no campo da reprodução humana, mediado pelas expectativas de homens e mulheres no que concerne ao desejo de construção familiar. Nesse sentido, é importante compreender a tendência atual de pluralização das novas constituições de “famílias”, que coexistem com o modelo de família nuclear<sup>4</sup> ainda muito frequente, mas que não pode ser

---

<sup>4</sup> Construída no Brasil a partir da família patriarcal do período colonial, onde o pátrio poder estava centrado na figura do homem, e se reconfigurou em decorrência das mudanças de comportamento e dos papéis de gênero

tido como única referência de família na sociedade contemporânea (TORRES; ADRIÃO, 2014).

As biotecnologias reprodutivas estão inseridas em uma pluralidade de contextos, que inevitavelmente geram inúmeros dilemas, principalmente diante do alcance dos assuntos relacionados à RHA, como: inseminação artificial<sup>5</sup>, fertilização in vitro<sup>6</sup>, barrigas de aluguel, atualmente conhecida como útero de substituição, clonagem, células-tronco e criopreservação de gametas/embriões. Haja vista, que extrapolam as esferas do universo científico dos profissionais de saúde, na medida em que se aproximam do cotidiano das pessoas fomentando discussões e questionamentos que retornam à sociedade, consubstanciadas para Ramírez-Gálvez (2003) por questões mercadológicas, mídias científicas ou fictícias.

No que diz respeito aos aspectos bioéticos, para Rotania (2006), as discussões e conversações sobre RHA ocorrem sob perspectivas de investigações classistas, sexistas, racistas e até eugênicas. Também se faz presente como impasse jurídico, perante a necessidade de entendimento de novas definições de parentalidade. Afeta conceitos e dogmas estabelecidos pelas religiões para reprodução humana enquanto processo natural e questionamentos diante de sua perspectiva antinatural. Para autora, por serem eventos biológicos em processo de total fragmentação e externos ao corpo feminino, na visão feminista, se constituem em objetos de manipulação da tecnociência.

Diante desse panorama, o fenômeno das tecnologias reprodutivas se manifesta como novo instrumento tecnológico da ciência para resolução dos problemas da reprodução humana. No entanto, em decorrência da novidade que se apresenta diante da interferência artificial no processo de criação, até então “natural”, fomenta questionamentos cotidianos no plano dos dilemas éticos, jurídicos, religiosos e psicológicos, haja vista que, de certo modo, a RHA está afetando rígidos conceitos sociais da maternidade, paternidade e família e da própria reprodução humana (BORGES JUNIOR, 2009).

O universo das biotecnologias reprodutivas tem se apresentado como importante, em decorrência do seu alcance para sociedade, e para o grupo de enfermeiros que trabalham na

---

dentro das famílias, no entanto ainda se constitui principalmente de pai-mãe-filho (os) (SAMARA, 2002). Os inquéritos censitários oficiais do país também consideram como família nuclear: um casal; um casal com filho(s) (por consanguinidade, adoção ou de criação) ou enteado(s); uma pessoa (homem ou mulher) com filho(s) (por consanguinidade, adoção ou de criação) ou enteado(s), independentemente da pessoa que foi indicada como responsável pelo domicílio (IBGE, 2011).

<sup>5</sup> Consiste em depositar os espermatozoides, previamente selecionados, no interior do útero. Existem duas modalidades: Inseminação Artificial Intracervical (IC) e Inseminação Artificial Intrauterina (IU). Em ambas situações a fecundação ocorre de forma intracorpórea (WHO, 2009).

<sup>6</sup> Tecnologia de Reprodução Assistida (TRA) que envolve fertilização extracorpórea (WHO, 2009).

área da saúde sexual e reprodutiva. Assim, se apresenta como um objeto passível de ser investigado dentro da perspectiva psicossocial, como a TRS, como fundamenta Sá (1998, p. 45), pois possui aderência e significância no grupo estudado, ou seja, tem suficiente “relevância cultural ou espessura social”.

A expansão atual da RHA, representada pelas biotecnologias reprodutivas, associadas às demandas pelo filho biológico, aproxima-se do cotidiano dos enfermeiros que atuam na área de saúde sexual e reprodutiva junto à mulher/casal nos cenários de atenção básica ou especializada de saúde sexual e reprodutiva. No decorrer dessa prática social circulam informações e conversações, que diante de mecanismos de construções lógicas e coerentes para esse grupo levam a articulação de posicionamentos e atitudes frente à RHA.

Vale elucidar, que nesta pesquisa foi considerada a terminologia RHA, enquanto novas possibilidades terapêuticas para demandas reprodutivas, passível de ser estudado por uma abordagem psicossociológica. Em vista disso, não houve intenção de aprofundamento quanto aos procedimentos e técnicas. É importante esclarecer que a terminologia é compreendida pelo grupo a ser estudado, possuindo aderência e significância, ademais está dissipado e difundido pelas mídias, seja ela televisiva, eletrônica ou impressa possuindo grande alcance em nosso meio social (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2008).

Assim sendo, o foco desse estudo versa sobre *as representações sociais de enfermeiros que atuam na área da saúde sexual e reprodutiva acerca da RHA*, pressupondo que as representações desses profissionais delineiam o modo de assistir/cuidar da mulher/casal diante das demandas reprodutivas em face da perspectiva de utilização de tecnologias de RHA.

Frente à delimitação do objeto de estudo a presente pesquisa levanta as seguintes questões norteadoras:

- a) Quais os conteúdos e sentidos que os enfermeiros que atuam área da saúde sexual e reprodutiva atribuem à RHA?
- b) Frente a esses conteúdos e sentidos como os enfermeiros percebem sua atuação/prática em RHA?

Nesse sentido, essas questões auxiliaram no alcance dos seguintes objetivos:

- a) Descrever as representações sociais de enfermeiros que trabalham na saúde sexual e reprodutiva sobre RHA;

- b) Analisar a atuação do enfermeiro na RHA, tendo em vista suas representações sociais sobre biotecnologias reprodutivas.

Portanto, toda esta problemática leva ao questionamento de como a RHA, enquanto elemento biotecnológico facilitador do processo da reprodução humana está sendo pensada e incorporada pelos enfermeiros que atuam na área da saúde sexual e reprodutiva, quando se trata da atenção/cuidado à mulher/casal, no tocante as distintas demandas reprodutivas que emergem no cotidiano laboral.

### 1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A RHA compreende conjunto de intervenção biotecnológica sobre o processo reprodutivo humano, utilizada, amplamente, em países desenvolvidos, e também no Brasil. No contexto brasileiro, encontra-se em expansão e sob e domínio técnico-científico da esfera privada, ainda que se apresente timidamente nas instâncias públicas, que, em sua maioria estão vinculadas as instituições universitárias.

Essas tecnologias reprodutivas representam novas perspectivas de tratamento para dificuldade procriativa, e também para muitas outras demandas reprodutivas representadas pelo filho biológico. Dessa forma, a experiência de contato com o campo da RHA, através do cotidiano laboral dos enfermeiros que lidam com essa área, promove a elaboração de sentidos que adiante conduzem posicionamentos frente à assistência/cuidado da mulher/casal que buscam tratamento de RHA.

É inegável que os avanços das biotecnologias permitiram um novo vislumbrar sobre as questões reprodutivas oportunizando as mulheres/casais a concretização do sonho reprodutivo, que outrora seria impossível diante das limitações tecnológicas. Ramírez-Gálvez (2003), ao apontar o nascimento da primeira bebê de proveta, como grande avanço reprodutivo, destaca que a infertilidade se configurou como uma nova doença, semelhante ao HIV/Aids.

Os avanços das biotecnologias reprodutivas oriundas, inicialmente, para atender situações de infertilidade feminina, masculina e conjugal, evoluíram para acolher demandas procriativa nos casos de casais sorodiscordantes para o HIV, na vontade de criopreservar gametas e embriões em virtude de tratamento quimioterápico de câncer, nas relações homoafetivas, em pessoas solteiras, na doação de gametas ou embriões, doação temporária do

útero, ou barriga solidária, e inclusive em casos de reprodução assistida “post-mortem”<sup>7</sup>.

Essas situações, por si só, já representam grande arsenal de discussões e dilemas no cotidiano dos envolvidos (mulheres/casais), que passam por grande sofrimento diante da incapacidade de conceber filhos. Desse modo, essas inovações biotecnológicas reprodutivas confrontam com os entendimentos sobre reprodução humana, que lidávamos até então, que eram alicerçados por conhecidas questões de ordem religiosa, jurídica e psicológica.

Diante dessas questões importantes e merecedoras de investigação, este estudo se delimita por necessidades metodológicas em entender o processo de construção de conhecimento dos enfermeiros acerca de RHA, que podem auxiliar na compreensão das ações desses profissionais no cotidiano, que podem ser acolhedoras, de neutralidade ou até distanciamento, em virtude da representação social atribuída à RHA.

Nesse sentido, essas práticas refletem a existência de diferentes estilos de pensar dos grupos de profissionais, aqui abordados, acerca de RHA, que são construídos no cotidiano sob a perspectiva psicossociológica de interações entre pessoas, profissional e ambiente, no que Jovchelovitch (2011) afirma que ao interpretar saberes implica conhecer a gênese das estruturas intersubjetivas envolvidas no processo de conhecimento sobre algo.

Sob a diretiva da objetividade, as técnicas reprodutivas são descritas como um conjunto heterogêneo de técnicas reunidas em torno do eixo para o tratamento de situações de infertilidade, visando a fecundação, ou ainda como Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRC) ou Tecnologias Conceptivas, que trata de terminologia mais empregada na literatura de cunho crítico, como os estudos sobre mulheres e estudos feministas (CORRÊA, 2001).

Para além da familiarização dos profissionais acerca dos conhecimentos técnico/científicos sobre RHA, ressaltamos que a organização desses saberes encontra alinhamento com subjetividades como afeto, interesse e motivação, visto que estão imbricados também pelas questões psicossociais do contexto que estão inseridos.

No intuito de identificar a produção bibliográfica acerca do tema RHA relacionado ao corpo de conhecimento da enfermagem, e justificar a realização desse trabalho científico, foi realizada revisão integrativa em literatura nacional e internacional através dos descritores para RHA: “técnicas reprodutivas” / “técnicas de reprodução” / “tecnologia reprodutiva”; “técnicas reprodutivas assistidas” / “tecnologia reprodutiva assistida”; e ainda “reprodução humana” /

---

<sup>7</sup> É aquela reprodução que utiliza o sêmen ou embrião conservado, por meio de técnicas especiais, após a morte do doador (MARCOLINO, 2013). Para que o procedimento ocorra é necessária autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com as recomendações vigentes (BRASIL, 2013b).

“reprodução assistida”.

Após a busca desses descritores para RHA, houve a seleção dos trabalhos de interesse e posteriormente foi adicionado o descritor “enfermagem” e com o resultado dessa nova busca, foi incluído o descritor “psicologia social”/“representações sociais” para identificar estudos psicossociais produzidos pela enfermagem no campo da RHA.

Cabe dizer, que houve necessidade de refinamentos (filtros) durante a busca dos materiais para enquadrar somente os trabalhos de interesse para essa dissertação. Assim, no que se refere aos idiomas, foram escolhidos, a saber: português, espanhol e inglês. Os operadores booleanos “and” ou “or” foram utilizados de acordo a demanda de cada base de dados. Foram considerados somente estudos com textos completos e disponíveis, e que após leitura correspondiam à proposta desta pesquisa, desse modo, foram excluídas as pesquisas que estavam repetidas nas bases. Vale esclarecer que, durante essa etapa, foi imprescindível à imposição do refinamento “limites humanos”, devido ao grande número de pesquisa e experimentos de reprodução assistida relacionada aos animais.

Esta busca foi desenvolvida na literatura científica disponível na internet, nos acessos as bases de dados da Biblioteca Virtual Em Saúde (BVS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e da base de teses MINERVA.

O recorte temporal escolhido foi de 2005 até 2015, tendo em vista que o ano de 2005 representou o marco da implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), apontada como importante marco legal na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Vale ressaltar que, no período inferior ao recorte de 2005, algumas publicações vislumbravam um novo campo de atuação para enfermagem na área de RHA, no entanto essa produção científica não se concretizou, apontando a necessidade de rediscussão de pesquisas sobre essa temática na atualidade.

O diagrama a seguir (Quadro 1), com atualização mais recente em janeiro/2015, mostra esquematicamente o resultado da busca nas bases científicas mencionadas anteriormente, no qual serão descritos suscintamente a seguir, para constatar o panorama da produção científica a respeito do estudo em questão.

Quadro 1 - Resultado da busca de produção científica acerca da temática de estudo, a RHA, nas bases científicas

Descritores Bases	“técnicas reprodutivas”/ “técnicas de reprodução”/“tecnologia reprodutiva”; “técnicas reprodutivas assistidas”/“tecnologia reprodutiva assistida”; dos termos “reprodução humana”/“reprodução assistida”	“técnicas reprodutivas” / “técnicas de reprodução”/“tecnologia reprodutiva”; “técnicas reprodutivas assistidas”/“tecnologia reprodutiva assistida”; dos termos “reprodução humana”/“reprodução assistida” + “enfermagem”	“técnicas reprodutivas” / “técnicas de reprodução”/“tecnologia reprodutiva”; “técnicas reprodutivas assistidas”/“tecnologia reprodutiva assistida”; dos termos “reprodução humana”/“reprodução assistida” + “enfermagem” + “psicologia social”/ “representação social”
LILACS	70	02	-
SCIELO	70	02	01
BDENF	05	05	-
MINERVA	05	01	01
Resultado parcial	150	10	02
Resultado Total	120	05	<b>02</b>

Legenda: Reprodução Humana Assistida (RHA); Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS); *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Fonte: A autora, 2015.

Para os descritores estabelecidos para RHA, o resultado em todas as bases mencionadas revelou 150 estudos, que, na maioria das vezes, empregaram abordagem quantitativa, dispostos em: ensaios clínicos controlados, estudo de caso/controle/coorte, relato de caso, guia de prática clínica, *overview* e avaliação econômica/tecnológica em saúde. Diante desse universo de resultados foi possível identificar poucas pesquisas de cunho interacionistas quanto aos aspectos psicossociais, sobressaindo, como se pode observar, o aspecto quantitativo dessas pesquisas.

Ainda para os descritores de RHA, nas bases de dados LILACS e SCIELO, foram encontrados 70 trabalhos em cada base, que estavam direcionados para discussões tecnobiológicas da RHA. Observou-se, nesse caso, que a maioria dos estudos estavam

indexados em periódicos destinados às associações de especialidades nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana. Para as bases BDEF e MINERVA, surgiram cinco estudos do tipo qualitativo para cada base pesquisada.

Assim, avançando na busca, ao adicionar o operador booleano *and* “enfermagem” aos descritores relacionados à RHA, isto é, “RHA+Enfermagem”, surgiram 10 estudos, distribuídos da seguinte maneira: para cada base LILACS e SCIELO dois trabalhos, na BDEF, cinco e apenas um na MINERVA.

Após criteriosa leitura, o resultado para a busca, “RHA+Enfermagem”, ficou representado por cinco estudos, sendo dois que utilizaram abordagem quantitativa e outros três qualitativos. Os estudos do tipo quantitativo ficaram divididos entre uma pesquisa que traçou perfil de puérperas submetidas à RHA em instituição de saúde privada do município de São Paulo e um estudo observacional para conhecer as complicações maternas e ocorrências neonatais de gestações múltiplas resultantes de RHA. Os outros três trabalhos que utilizaram abordagem qualitativa ficaram distribuídos em: um artigo reflexivo quanto às noções temporais da eugenia negativa e positiva; um estudo de caso clínico a respeito de casal infértil que buscou técnicas de RHA, no contexto do nordeste brasileiro e uma revisão integrativa sobre a construção do conceito de sexualidade no contexto da enfermagem.

Para última busca proposta, “RHA+Enfermagem+RS”, ou seja, quando adicionado o operador booleano *and* “psicologia social”/“representação social” aos outros dois descritores “RHA+Enfermagem”, totalizaram dois estudos. Na MINERVA foi identificada uma dissertação com abordagem qualitativa, que utilizou a TRS para compreender as RS dos profissionais de saúde de RHA sobre infertilidade masculina, e na base SCIELO um artigo de recorte dessa dissertação.

A conclusão que se chega, a partir da busca de produção científica proposta, pode ser analisada, que diante dos descritores de “RHA”, os 120 estudos evidenciam que a temática é recorrente assunto de interesse de pesquisa, em virtude de sua contemporaneidade, ainda que os estudos estejam voltados, em sua maioria, para abordagem quantitativa.

Vale dizer que, os resultados da busca, que mais atendem a proposta desse estudo ficaram concentrados a partir dos descritores de RHA, ou seja, quando agregado o descritor “Enfermagem”, e mais adiante “Psicologia Social”. Portanto, o resultado das buscas composto por cinco artigos relacionados aos descritores de “RHA+Enfermagem” e duas pesquisas para “RHA+Enfermagem+RS” permitiu identificar carência de estudos relativos à construção de saber e conhecimento da enfermagem no tocante aos aspectos psicossociais e posicionamentos profissionais sobre RHA, constatados através do resultado, que apenas dois

estudos atendiam aos objetivos inicialmente propostos.

Diante do entendimento que o enfermeiro está inserido num contexto de responsabilidade profissional e social, é relevante que se compreenda as intersubjetividades presentes em RHA, visto que a prática desse profissional no cuidado de enfermagem mulher/casal deve transcender a formalidade e mecanicidade da ciência.

Portanto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de conhecer as “representações sociais sobre RHA de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva”, para permitir compreender “como” e o “que” esse grupo social pensa a respeito das questões referentes à RHA, e de que maneira a construção dessas representações repercutem no posicionamento desse profissional diante da mulher/casal que busca as novas biotecnologias reprodutivas. Nesse sentido, Jodelet (2001) assegura que representações são frutos da interação entre indivíduos integrados em determinadas culturas que, ao mesmo tempo, constroem e produzem uma história individual e também uma história social.

#### 1.4 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A preocupação com a perspectiva de integralidade dos direitos sexuais e reprodutivos é recente, portanto propostas de implantação de novos contornos de cuidado à saúde sexual e reprodutiva, no tocante aos direitos conceptivos, perpassam por pressupostos de transformação da sociedade, da prática social dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, por meio de reflexão crítica com vistas ao alinhamento político de justiça social.

Novos paradigmas da reprodução humana estão sendo vivenciados na atualidade pela sociedade e também por enfermeiros que atuam na área de saúde sexual e reprodutiva, ainda que, permeados por dilemas e contradições exigem posicionamento e posturas condizentes desses profissionais enquanto efetivos agentes de saúde diante das novas demandas reprodutivas.

Nesse intuito, esta pesquisa pretende contribuir na produção de conhecimento acerca das representações sociais do grupo investigado na perspectiva TRS quanto à RHA, com vistas a colaborar para pesquisas futuras a partir da compressão da importância do enfermeiro no delineamento das diversas demandas reprodutivas que necessitam do apoio do profissional de saúde.

As representações sociais sobre RHA, compreendidas nesse estudo, podem colaborar no entendimento da prática social do enfermeiro diante das biotecnologias reprodutivas, visto

que favorece desvelar teoricamente a lógica compreendida no modo de agir desse profissional diante da RHA, e pretende colaborar para colaborar no direcionamento da linha de cuidado de saúde reprodutiva fundamentada na necessidade de posturas respeitosas, conscientes e coerentes que atendam as expectativas reprodutivas da clientela.

De antemão reconhecemos a RHA como um novo campo de desenvolvimento biotecnológico que traz inúmeros questionamentos bioéticos, em virtude de sua interferência nos projetos da própria vida humana. Desse modo, é importante que o enfermeiro, enquanto profissional da saúde, tenha subsídios para compreender a necessidade de sua inserção profissional na perspectiva assistencial e política diante do contexto das biotecnologias reprodutivas.

Desde já, vislumbramos a necessidade da efetiva inserção desse profissional no contexto assistencial e político das biotecnologias, no entanto esta precisa estar em alinhamento com a perspectiva da interdisciplinaridade, visto que amplia horizontes de entendimento sobre o objeto, além de ser uma possível estratégia para atender as diversas demandas da clientela nesse ambiente contemporâneo, altamente tecnológico e cheio de dilemas.

Investigações dessa natureza são importantes para reforçar ações eficazes em políticas públicas de saúde que contemplem os avanços em tecnologias reprodutivas para população, pois o país apresenta um paradoxo em termos de assistência reprodutiva, de acordo com dados oficiais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013), as taxas de sucesso de fertilização alcançaram padrões internacionais, no entanto o conhecimento encontra-se concentrado na esfera privada, que, desta forma, regula este mercado perpetuando desigualdades no campo do direito reprodutivo.

Desse modo, a pesquisa almeja contribuir para construção de políticas públicas de saúde, voltadas para uma grande parcela da população, excluída por falta de acesso e informação, das grandes possibilidades tecnológicas da RHA. A partir da discussão dinâmica e contextualizada da temática sob a perspectiva desse importante profissional da área de saúde.

O estudo pretende, ainda, contribuir para a Linha de Pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Grupos Humanos do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM), no qual esta pesquisa está inserida, que encontra consonância com as necessidades de produção de conhecimento científico em áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, de acordo com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2011d).

## 2 BASES CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS

### 2.1 CONSIDERAÇÕES CONTEXTUAIS ACERCA DA REPRODUÇÃO HUMANA

O entendimento do valor cultural atribuído à fertilidade permeia a humanidade desde os primórdios, apresentando diferentes dimensões de acordo com as circunstâncias vividas por seus protagonistas. Nesse sentido, ocorre a necessidade de compreender a evolução do processo reprodutivo, no tocante aos significados atribuídos à reprodução humana através dos principais contextos históricos.

Iniciaremos na pré-história, período compreendido com o surgimento do homem primitivo até à invenção da escrita. Na era paleolítica ou idade da pedra, o homem, hipoteticamente, desconhecia o fenômeno da reprodução humana, pois não correlacionava sexo com nascimentos; desse modo, a atividade sexual provavelmente estava restrita ao instinto e prazer. Para Queiroz (2002), os fenômenos biológicos visíveis da mulher como gestação, parturição e amamentação da prole levava a vinculação desses processos como uma condição da mulher.

No período neolítico ou pedra polida, o homem começou a dominar a natureza, assim como desenvolver técnicas agrícolas. Nesse período, a mulher estava mais restrita à terra devido aos cuidados com os filhos, passando a contemplar os processos relacionados à germinação das sementes até a colheita, que contribuiu para alicerçar a analogia da fertilidade à figura feminina. Mais tarde, associou-se a participação masculina no processo de reprodução humana ao se observar o comportamento procriativo dos animais (LINS, 2007).

A percepção de mundo, nesse período, embasava-se, principalmente, no pensamento associativo com a natureza, desse modo, compreende-se a analogia das primeiras aldeias humanas ao útero materno, numa referência de proteção da vida. Sendo assim, a estabilidade cotidiana proporcionava grandes facilidades para a fecundidade, nutrição e proteção, acarretando aumento da população. No entanto, Iop (2009) sinaliza que a instabilidade em conseguir alimentos, muito comum nesse período, desencadeava, ainda que inconscientemente, o controle de natalidade.

Os rituais de fecundidade, de muitos povos, relacionavam maternidade à objetos ou elementos, como estátuas e animais, à vista disso, acreditavam na influência dos astros sobre a fertilidade. Para Barros (2000), os aborígenes significavam a falta de filhos como uma maldição, atribuída à ira de antepassados e/ou influência das bruxas, assim, as mulheres

evocavam fervorosamente aos deuses, na perspectiva de resolução de problemas da fertilidade.

No último período da pré-história, na idade dos metais, o homem passou a usar o fogo com mais frequência, principalmente, para fundição de metais, construção de armas e utensílios. Esse estreitamento de relação do homem com os objetos contribuiu para ampliar, socialmente, as dimensões de humanidade. Nesse período que antecedeu a História, o surgimento das primeiras propriedades privadas colaborou para divisão do trabalho entre homens e mulheres, e conseqüente valorização da reprodução (PARKER, 2011).

No período compreendido pela Antiguidade, que se inicia com a invenção da escrita, também marcado pelo nascimento da filosofia que alicerçou a construção do pensamento mais elaborado e sistematizado. Nesse período, Aristóteles (384 - 322 a.C.), além de expoente filósofo, também se interessava por estudar e explicar outras áreas de conhecimento, até então não sistematizadas como a biologia. Em vista disso, começou a descrever conceitos de reprodução humana, diante das observações metódicas na reprodução das plantas e dos animais, chegando a inferir que a formação de um novo ser humano tinha origem no sangue menstrual, haja vista que diante de sua interrupção ocorria a gravidez (RODRIGUES, J.; RODRIGUES, B., 2009).

Essa estreita analogia com a natureza, estabelecia, por vezes, que homens que não podiam ter filhos possuíam testículos frios e secos ou sem força para impulsionar o esperma. Assim, para mulher que não conseguisse engravidar, os tratamentos estavam relacionados à ingestão de útero de vaca ou de ovelhas em plena maturidade sexual, numa simbologia desse órgão com a fertilidade. Para Barros (2000), diante da dificuldade reprodutiva alguns povos usavam pedras preciosas, objetos raros, pulseiras, invocações religiosas, feitiçaria, rituais, flagelações ou ainda evitavam tudo que pudessem produzir tristeza na mulher, haja vista que acreditavam que as “forças do mal” eram capazes de tornar um homem impotente ou uma mulher estéril.

As referências bíblicas, notadamente no Antigo Testamento (AT), agregavam as condições reprodutivas como capacidade de reprodução humana, maternidade e paternidade, intimamente às bênçãos divinas, excluindo qualquer associação entre reprodução e sexualidade, exceto no livro de Cantares de Salomão rico em elementos como desejo e sexualidade, independente dos fins reprodutivos (NEUENFELDT, 2007). A autora menciona que alguns registros bíblicos sugerem indícios sobre controle de natalidade na época, no entanto sinaliza o silêncio total sobre as possibilidades de controle da natalidade nos textos bíblicos.

Desse modo, o valor atribuído à reprodução humana justificava punição dos indivíduos, explicitamente as mulheres, que não atendiam as normativas reprodutivas desejáveis de fertilidade. Há relatos que por volta de 476 d. C, era permitido apedrejamento da esposa hebraica que fosse infértil, a mulher babilônica era renegada, e ainda, obrigada a encontrar substituta para dar filhos ao marido e condenada a virar escrava caso nunca tivesse filhos, e ainda a valorização da fertilidade da mulher Palestina para o casamento, em detrimento de sua beleza (QUEIROZ, 2002).

Na Idade Média, período caracterizado por grandes combates, os homens se ausentavam muito da comunidade para participar de atividades militares, durante os períodos de guerra. Desse modo, as mulheres conquistaram espaço no interior da igreja institucionalizada. Para Le Goff (2014), essa perspectiva clerical - a santidade, favoreceu a mudança de status da figura feminina, talvez pela primeira vez houve um certo equilíbrio entre homens e mulheres em suas dimensões históricas.

Na Idade Moderna os movimentos de Reforma e Contrarreforma reafirmaram o valor à virgindade feminina, sustentados pelos interesses de posse e propriedade através da hereditariedade da prole, reforçando e limitando o sexo para reprodução humana. Uma vez que a mulher não fosse fértil a aliança matrimonial se tornava desvantajosa para o marido, logo poderia livrar-se de sua esposa (MACEDO, 2002).

O panorama reprodutivo no período da Revolução Francesa, ocorrida em 1789, esteve marcado por altas taxas de mortalidade e fecundidade. Nesse contexto, Alves (2002) descreve que Condorcet e Malthus travaram intenso embate a respeito de posicionamentos sobre desenvolvimento econômico, cultural e demográfico da humanidade da época e também fizeram projeções a respeito do crescimento da população.

Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006) declaram que Condorcet, adepto dos ideais iluministas, numa posição otimista, atribuía as altas taxas de mortalidade e fecundidade como fruto da ignorância, do preconceito e da falta de progresso, desse modo, acreditava que poderiam ser reduzidas através do desenvolvimento da razão humana e do progresso material da sociedade. Enquanto Malthus, numa posição pessimista e fatalista, argumentava que o rápido crescimento da população era inevitável e que representava um entrave para melhoria da qualidade de vida dos habitantes de todo o mundo, assim a fome, as doenças, as epidemias, as guerras e a miséria seriam “freios positivos” necessários para o controle da população. Alves (2002) colabora ao inferir que Malthus poderia defender, de forma racional, o controle da natalidade, no entanto essa diretiva contradizia seus (pre)conceitos religiosos, que condenava o aborto e qualquer tipo de regulação da fecundidade entre os casais.

Para Alves (2002), a ideologia demográfica malthusiana, a respeito de população e desenvolvimento que não separava a atividade sexual da reprodução, se tornou hegemônica nos séculos seguintes, e por vezes tem sido utilizada de forma descontextualizada para justificar argumentos conservadores e reacionários, que se opõem ao progresso e à justiça social. O pensamento neomalthusianismo justifica a necessidade de políticas demográficas coercitivas para reduzir fecundidade como fazia Malthus, no entanto, como diferença, aceitam os métodos contraceptivos.

Na sociedade contemporânea, em meio às transformações que se produziram no âmbito ideológico da Revolução Francesa, ocorrido em 1789, a mulher começa publicamente a intensificar suas atividades políticas, com reivindicações de direitos políticos e legais, tais como o divórcio e o direito de receber uma educação completa e adequada (BERTOLDO; PASQUAL, 2010), que representou, ainda que nos primórdios, o início das discussões a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos.

No Brasil Colônia, não seria diferente, a mulher tinha sua função reprodutiva muito valorizada, em virtude de a sociedade edificar valores de propriedade e saber tradicional nos princípios de ética religiosa. Nas altas classes sociais vigorava o modelo tradicional do casamento religioso, disciplina sexual e tutela da mulher, que eram valores calcados a partir da compreensão da ideologia religiosa (católica) da época (LACERDA, 2010).

A partir do século XIX, após a Independência do Brasil, em 1822, surge o controle e o poder médico. O discurso médico sustenta o religioso, naturalizando a condição da mulher como aquela que procria. A medicina consolidada estabelece normas e regras para o casamento, para a vida familiar e para a maternidade, exaltada como valor natural e social, impondo às mulheres a obrigatoriedade de serem mães para reconhecimento da cidadania (MENDONÇA; RIBEIRO, 2010).

Nessa condição do patriarcado, os papéis de homens e mulheres foram estabelecidos como normas sociais. A função reprodutiva da mulher justificava seu papel de mãe, esposa e cuidadora, enquanto atribuição ao gênero feminino, como principal função social. Enquanto ao homem o papel de provedor e de maior participação nas decisões sociais e do cotidiano.

A privilegiada rede de saber-poder, representados pela medicina, psiquiatria, biologia, pedagogia e sexologia, contribuiu para o processo de medicalização do processo reprodutivo humano e na regulação do comportamento sexual, através de discursos de normalidade, onde os indivíduos eram avaliados constantemente, hierarquizados e subjetivados enquanto normais ou patológicos. Estratégias eram utilizadas para regular as normas, como a histerização do corpo da mulher, socialização de condutas de reprodução humana,

psiquiatização do poder perverso. Essas condutas estabeleceram hierarquia entre o masculino e o feminino, controle da reprodução biológica e social e patologização da sexualidade para quem não se adequassem a norma procriativa (FOUCAULT, 2014).

O fenômeno da “primeira transição demográfica”<sup>8</sup>, encontra na referência histórica da Revolução Industrial as principais justificativas contextuais para argumentação do nascimento da sociedade moderna e de consumo. Alves (2002), embasado em texto clássicos de Thompson, descreve esse fenômeno em três etapas, a saber: primeiro cai a taxa de mortalidade e a taxa de natalidade permanece elevada, provocando um rápido crescimento populacional; no segundo momento, a taxa de natalidade começa a cair, reduzindo o ritmo de crescimento da população e finalmente, a existência de baixas taxas de mortalidade e natalidade, provocando lento crescimento demográfico na população. Apesar de essa descrição esquemática ser amplamente utilizada para relatar o fenômeno citado, para Alves (2004), carece de informações contextualizadas como os níveis e o ritmo de queda das taxas vitais do fenômeno de transição demográfica.

No início, os estudos demográficos sobre crescimento da população não contemplavam os direitos individuais, pois não separavam sexo de reprodução. Assim Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006) apontaram que as questões sexuais e reprodutivas pertenciam ao universo doméstico e privado, como consequência os problemas populacionais não faziam parte da agenda de políticas públicas.

Nos anos 50 e 60, o pensamento neomalthusiano intensificou a disseminação coletiva de métodos de controle de natalidade, como a pílula anticoncepcional que acabara de ser inventada, através da difusão do medo da “explosão populacional”, ocasionando diminuição da fecundidade em todo mundo. Nessa diretiva, Alves (2004) sinaliza que a literatura demográfica aponta como consequência estarmos vivendo o fenômeno da “segunda transição demográfica”, caracterizado pela permanência de taxas de fecundidade abaixo do nível de reposição.

Logo depois, nos anos 70, a luta por direito dos movimentos feministas se intensificaram, e pela primeira vez na história a prática sexual foi desvinculada da reprodução humana, que Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006) atribuem a maior autonomia nos campos da sexualidade e da reprodução, principalmente para às mulheres, como direito de escolha e a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos. Desse modo, foram construídas

---

<sup>8</sup> Fenômeno demográfico único na história da humanidade, caracterizado pela diminuição dos níveis de fecundidade e mortalidade, até então elevados, e também com a passagem da sociedade predominantemente agrária e rural para urbana direcionada para a produção de bens e serviços (ALVES, 2002).

novas dimensões à sexualidade, e no que tange a vida reprodutiva maior autonomia individual sobre o desejo reprodutivo.

Até aqui, os eventos descritos revelam a íntima relação da humanidade com os aspectos e propósitos envolvidos na reprodução humana, que oscilaram de acordo com os interesses de cada contexto histórico. Assim, em grande parte da história, os processos reprodutivos estavam vinculados com a natureza, e mais recentemente com maior conhecimento o controle da fisiologia humana. No entanto, a nossa relação com a reprodução humana está se remodelando novamente, a partir do advento das biotecnologias reprodutivas.

Vivemos, na atual conjuntura, os desdobramentos dos avanços biotecnológicos no cotidiano reprodutivo das pessoas, caracterizado pelo evento paradigmático da “criação” do primeiro bebê de proveta. Essa nova perspectiva da concepção sem prática sexual, com a possibilidade da manipulação da vida ocorrer fora do corpo e em ambiente excessivamente tecnológico, representa a ruptura de antigos paradigmas relacionados à reprodução, que são vivenciados pela sociedade contemporânea.

## 2.2 CONSIDERAÇÕES CONTEXTUAIS, EPIDEMIOLÓGICAS E TENDÊNCIAS ACERCA DE RHA

A evolução das pesquisas, no que tange o campo das biotecnologias reprodutivas, tem se manifestado num ritmo tão acelerado, que suas “possibilidades” no processo reprodutivo humano interferem nas representações de concepção da vida humana, alicerçadas, até então, pela naturalização do processo reprodutivo.

A ciência apresenta capacidade de reinventar o social em função de valores, no caso em tela, entrelaçando tecnologias reprodutivas com noções de fertilidade, gênero, maternidade, hereditariedade, reprodução, consanguinidade e parentesco. Nesse sentido, para Corrêa (2001), as evoluções tecnológicas no campo reprodutivo encontram justificativas na relevância do filho biológico e Ramírez-Gálvez (2003) complementa que, tais demandas sofram influências da mídia, que propagam idealizações de sucesso, de histórias reprodutivas assistidas, com personalidades públicas.

Em termos históricos, há indícios que as primeiras experiências de intervenções, ao processo reprodutivo natural, tenha ocorrido inicialmente em animais, quando os árabes realizaram a primeira IA que se tem registro em equinos, em 1332. No entanto, a primeira com poder científico, foi realizada em 1779, quando um italiano chamado Lázaro Spalanzani,

colheu o sêmen de um cachorro que estava em ambiente separado de uma cadela no cio, posteriormente realizou IA nessa fêmea e a manteve em isolamento por alguns meses, podendo constatar após um período prenhez dessa cadela (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009).

No Brasil, em 1947, no âmbito das primeiras preocupações a cerca da problemática reprodutiva, foi fundada a Sociedade Brasileira de Esterilidade (SBE), no Rio de Janeiro (RJ), que se ocupava das questões de esterilidade, prevenção/sequela de abortos, anticoncepção e aspectos relativos à assistência materna, questões que eram importantes à época. Essa entidade passou a ser denominada Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), em 1974, após congresso científico internacional ocorrido no mesmo estado (PEREIRA, 2011), já sob os auspícios das novas tecnologias reprodutivas.

O cenário no início dos anos 70, no que tange à reprodução humana, esboçava uma grande mudança paradigmática, que viria a se confirmar ainda na mesma década, com o nascimento do primeiro bebê de proveta. Antevendo esse contexto de intensas mudanças o escritor inglês, antes de tudo um visionário, Aldous Huxley percebendo a inevitável interferência da tecnologia no cotidiano das pessoas, publica o livro de ficção “Admirável Mundo Novo”, muitas décadas antes, em 1932, no qual propunha atitude reflexiva diante dos novos paradigmas de revoluções culturais da humanidade advindas das inovações tecnológicas (PEREIRA, 2011).

Diante desse prenuncio biotecnológico, sucederam alguns eventos importantes em RHA, como o nascimento do primeiro "bebê de proveta", Louise Brown, em 1978, na Inglaterra, através de FIV. Este feito foi realizado pelos cientistas Patrick C. Steptoe e Robert Edwards, este último, recebeu após 32 anos o prêmio Nobel de Fisiologia ou de Medicina por ter sido considerado o “pai” da FIV. Ainda em 1978, também ocorreu o nascimento do segundo bebê de proveta, na Índia, e posteriormente outros nascimentos similares em 1979 na Escócia, e em 1981 na Virgínia, Estados Unidos.

Tradicionalmente, no Brasil, a inserção das novas tecnologias biomédicas ocorria por via dos serviços universitários e/ou públicos e posteriormente transferidos para a prática privada. No entanto, para Ramírez-Gálvez (2003), a introdução da RHA no país aconteceu inversamente, ou seja, através da iniciativa privada de grupos de especialistas em reprodução humana, que, de certa forma, renunciaram o processo de “mercantilização da saúde”<sup>9</sup>, promovendo a formação de profissionais no exterior, facilitando a vinda de especialistas para

---

<sup>9</sup> Processo no qual a atenção em saúde se converte em mercadoria submetida às regras de produção, financiamento e distribuição do tipo capitalista (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2003).

realizar treinamento dos médicos brasileiro. Desse modo, houve a concentração do corpo de conhecimento sobre RHA na iniciativa privada, que perdura aos dias atuais.

O Brasil foi primeiro local da América Latina a nascer um "bebê de proveta", Anna Paula Caldeira em 1984, no Paraná (FREITAS; SIQUEIRA; SEGRE, 2008), fato que marcou efetivamente o início da RHA no Brasil. Esse feito conseguiu sobrepujar o episódio trágico de morte, ocorrido com um das pacientes voluntárias de um programa de reprodução assistida, quando foi submetida à punção para a retirada dos folículos em 1982, durante treinamento de especialistas em RHA (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2003). No mesmo ano, no Chile, ocorreu a primeira gestação obtida por transferência intratubária de gametas (GIFT)<sup>10</sup> (FREITAS; SIQUEIRA; SEGRE, 2008). Alguns anos depois, em 1992, com o auxílio do micromanipulador de gametas, surgiu o procedimento de ICSI, para auxiliar nos casos de infertilidade masculina, culminando com a primeira gestação com esse método.

Na virada das décadas de 1980/1990, sob influência das novidades e demandas reprodutivas, surgiram vários centros privados de Reprodução Assistida na América Latina, incluindo as principais capitais brasileiras como São Paulo, Curitiba, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Recife. Pereira (2011) sinaliza que a criação gradativa desses novos espaços denominados Centros de Medicina Reprodutiva (CMR), no Brasil e na América Latina, acabou por motivar a criação em 1995, da entidade Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (REDLARA)<sup>11</sup>, com sede no Chile, cuja finalidade era compilar os resultados de todas as clínicas da região, haja vista que não havia mecanismos de registros eficientes, quanto às técnicas utilizadas e seus resultados. Nessa diretiva, em 1999, houve a fundação da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA)<sup>12</sup>, na qual os associados<sup>13</sup> se ocupam de estudos e discussões científicas relativos à reprodução humana assistida (SBRA, 2009).

Pouco tempo depois, em 1997, no campo das experimentações de novas técnicas reprodutivas, houve uma nova grande revolução na comunidade científica, o nascimento da ovelha Dolly, clonada por transferência nuclear de células somáticas de um animal adulto,

---

<sup>10</sup> *Gamete intrafallopian transfer* se refere ao procedimento de TRA no qual ambos os gametas (oócitos e espermatozoides) são transferidos para as tubas uterinas (WHO, 2009).

<sup>11</sup> Instituição científica e educacional, que agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de reprodução assistida na América Latina, com 165 centros de RA associados. Cataloga anualmente todos os resultados das TRA reportados pelos centros de RA (REDLARA, 2014a).

<sup>12</sup> Associação científica e cultural, sem fins lucrativos, de âmbito nacional, representando todas as pessoas direta ou indiretamente ligadas à reprodução humana assistida (SBRA, 2014).

<sup>13</sup> Todos os profissionais cadastrados à entidade, que sejam ligados à área de reprodução humana assistida, como ginecologistas, obstetras, psiquiatras, psicólogos, urologistas, cardiologistas, pediatras, clínicos gerais e de outras especialidades médicas, bem como biólogos, bioquímicos, químicos, físicos, veterinários, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, atendentes, e qualquer outro profissional de atividades de suporte (SBRA, 2009).

pelo grupo britânico liderado por Ian Wilmut, do Instituto Roslin, da Escócia.

No entanto, a técnica de clonagem já estava sendo praticada há duas décadas, mas até então, só as tentativas feitas a partir de células de embriões tinham dado certo. Para Zatz (2004), a grande revolução da clonagem do mamífero Dolly, está baseada na possibilidade de clonagem humana, assunto que envolve profundos questionamentos bioéticos na sociedade.

O Brasil, como representante da América Latina, mostram seus avanços em biotecnologias reprodutivas animais, fruto de pesquisas da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), como o nascimento do primeiro clone bovino resultante da transferência nuclear em 2001, a bezerra “Vitória da Embrapa”, logo depois, em 2003, desenvolveu o primeiro clone bovino a partir de um animal morto, a "Lenda da Embrapa" e em 2005, clonou uma raça bovina, com alto risco de extinção no Brasil, a bezerra "Porã" (EMBRAPA, 2014).

Para Costa e Diniz (2000), o fenômeno Dolly na mídia, ao contrário do que se poderia deduzir não subverteu a lógica do pensar-fazer científico tradicional, geralmente caracterizado pela reflexão ética ficar posicionada anteriormente ao avanço científico. Para os autores, a mídia deteve-se no futuro da clonagem, entreteve-se em imaginar e, muitas vezes, em fantasiar o futuro da clonagem, e pouco em suas reais possibilidades.

Criticamente, Corrêa e Loyola (2015) observam que os avanços biotecnológicos, ocorridos a partir dos anos 2000, nas pesquisas com células-tronco, pesquisas genéticas sobre células primordiais, testes genéticos foram direcionados para os embriões, no intuito de controlar traços desejáveis e o aniquilar os indesejáveis.

As técnicas de RHA surgiram inicialmente destinadas a tratar as situações de dificuldade reprodutiva, embora, atualmente, atendem aos mais diversos desejos reprodutivos, não menos interpostos de dilemas éticos, morais, religiosos, submerso no contexto de intenso aparato tecnológico e de medicalização (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2003). Sendo assim, as indicações para seu uso devem estar apropriadas às demandas de cada situação, para que não ocorra descabida intervenção tecnobiológica, principalmente, no corpo da mulher, no tocante a excessiva estimulação ovariana. Nesse sentido, Corrêa e Loyola (2005) analisam que não existem estudos conclusivos, de longa data, quanto aos reais benefícios e riscos na saúde materna e perinatal, tendo em vista a ausência do domínio total sobre todo o processo envolvido desde a fertilização ao até nascimento do bebê.

A expansão mundial das intervenções em RHA, inclusive em locais com poucos recursos, tornaram difícil a padronização e a comparação dos procedimentos em diferentes países e regiões. Em vista disso, em 2008, a OMS com a colaboração do Comitê Internacional

para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART)<sup>14</sup>, juntamente com outras entidades científicas internacionais, incluindo REDLARA, elaborou o glossário composto de definições internacionalmente aceitas, objetivando padronizar dados de coletas internacionais, ajudando à monitorização da viabilidade, eficácia e segurança da tecnologia reprodutiva assistida praticada em todo o mundo (WHO, 2009).

Ao se analisar as informações epidemiológicas sobre TRA realizados na América Latina, pela REDLARA, o último Registro Latino-americano (RLA)<sup>15</sup> de 2012, apontou o Brasil, como país, que mais relata ciclos de técnicas reprodutivas representando 45% (n = 21.452), seguido da Argentina com 23% (n = 11.031) e México 12% (n = 5531) (REDLARA, 2014b).

Vale esclarecer que, a filiação à REDLARA pelos centros de RHA para informar dados de TRA não é obrigatória, em vista disso, se explica o uso do termo “relata”, no lugar de “realiza”, no entanto consideramos que a expressiva taxa relatada pelo Brasil pode se tratar de forte indicativo que o país realmente realize maior quantidade de ciclos de TRA na América Latina, em virtude de sua extensa área territorial e do interesse pela temática, porém tal prerrogativa carece de confirmação oficial.

O relatório apontou que os avanços tecnológicos implicam, também, na escolha das técnicas utilizadas, pois a observação atual revela que a técnica de RHA, denominada ICSI, continua a ser o processo de inseminação preferido atualmente, em detrimento da FIV convencional (ZEGERS-HOCHSCHILD et al., 2014).

Como tendência, continua a aumentar a idade das mulheres submetidas aos ciclos de FIV-ICSI, uma vez que passou de 38% em 2011 para 39% em 2012, em mulheres com idade entre 35-39 (ZEGERS-HOCHSCHILD et al., 2014). Os autores confirmam que em mulheres com 40 anos ou mais, chegou a 31%, em comparação a apenas 17% em 2011, e concluem que a idade da mulher, como indicador demográfico, continua sendo importante no prognóstico para o sucesso da TRA, aliados as tendências regionais no número de embriões transferidos e outros marcadores de resultados terapêuticos.

A busca por descrição dos resultados em TRA, proposta no glossário, engloba esforços

---

<sup>14</sup> *International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies* (ICMART), trata-se de organização internacional não-governamental (ONG), com sede na Califórnia (EUA) que mantém relações oficiais, para fins científicos, com a OMS (WHO, 2015). A entidade é responsável pela coleta e disseminação de dados mundiais de TRA (WHO, 2009).

<sup>15</sup> É um órgão da REDLARA, que visa recompilar, analisar, publicar e distribuir os resultados das TRA dos centros acreditados ou associados (REDLARA, 2014b).

para compreender indicadores como taxa de partos<sup>16</sup>, taxa cumulativa de partos e outros marcadores de segurança e eficácia em TRA (WHO, 2009). Nesse sentido, os partos provenientes das técnicas de RHA são importantes indicadores de saúde materna e perinatal, Zegers-Hochschild et al. (2014) apontam que os partos múltiplos estão associados com um aumento significativo na prematuridade e mortalidade perinatal.

O detalhamento proposto pelo relatório referente às taxas de parto por ciclos de aspiração revelam que 20.9% foram atribuídos à ICSI e 26.5% para FIV. A frequência de partos múltiplos foi 30.2%, sendo de 27.8% para gemelar e 2.4% para partos trigemelares ou mais. Quando se transferiu mais de dois embriões, não se observou um aumento significativo, nem na taxa de parto e nem na frequência de parto gemelar. Entretanto, a proporção de parto trigemelar aumentou, significativamente, quando se transferiu três ou mais embriões. Em ciclos com doação de oócitos, a frequência de parto gemelar foi 27.8% e trigemelar representou 2.4%. Em ciclos com transferência de embriões congelados, ou *frozen embryo transfer* (FET), a frequência de parto gemelar foi 19.6% e trigemelar de 1.3% (ZEGERS-HOCHSCHILD et al., 2014).

Para Zegers-Hochschild et al. (2014), os dados revelam que em ciclos de FIV/ICSI, a frequência de transferência seletiva de um embrião chegou a 1.4% e a de dois embriões chegou a 21.0%. A taxa de parto ao transferir seletivamente um embrião foi 24.5%, e ao transferir dois embriões 38.8%. Em mulheres com 34 ou menos anos, estas taxas foram 30.0% e 42.0%, respectivamente. E em ciclos de doação de oócitos estas taxas foram 29.5% e 40.4%, respectivamente.

O principal motivo para a transferência de mais embriões acredita-se que esteja correlacionada a pressão dos pacientes e médicos para conseguir a gravidez imediatamente, sem levar em conta o risco de partos múltiplos e prematuridade associada, Zegers-Hochschild et al. (2014) consideram essa situação preocupante, em virtude da América Latina e o Brasil não subsidiarem esses tratamentos pela saúde pública, a maioria dos pacientes se submetem ao autofinanciamento do tratamento na iniciativa privada.

Quanto à frequência de complicações associadas a procedimentos de TRA, foi considerado bastante baixo, nesse sentido foram notificados 145 casos de síndrome de hiperestimulação ovariana, 11 casos de hemorragia genital e um caso de infecção. Esses indicativos são comparados aos mundiais, no entanto demonstram a necessidade de revisão de condutas, como a redução do número de embriões transferidos em ciclos de FIV/ICSI e

---

<sup>16</sup> Refere-se ao número de deliveries por 100 ciclos iniciados, aspirados ou de transferência embrionária. Inclui partos que resultaram em um ou mais nascidos vivos e/ou natimortos (WHO, 2009).

doação de óvulos e embriões, com vistas a prevenir partos múltiplos e diminuir assim as possíveis complicações maternas e perinatais (ZEGERS-HOCHSCHILD et al., 2014).

Para Graner e Barros (2009), a relação dos nascimentos advindos de RHA com a gestação múltipla é a mais frequente e mais séria complicação iatrogênica dessas técnicas. É universalmente reconhecida a relação das gestações múltiplas com a prematuridade, levando ao aumento da mortalidade e da morbidade, tanto materna quanto fetal. As autoras destacam que o risco de gestação múltipla com uso de medicamentos para a estimulação ovariana usados em RHA como o Citrato de Clomifeno é de 8%, aumentando para 20% com o uso das Gonadotrofinas.

Em estudo realizado num centro de referência na área de reprodução humana de São Paulo foi observado que as complicações maternas predominantes foram: trabalho de parto prematuro (65,5%) e amniorrex prematura (42%). As ocorrências neonatais mais frequentes foram relativas às doenças respiratórias (65,1%), icterícia (38,4%), distúrbios metabólicos (13%) e doenças neurológicas (9%) (GRANER; BARROS, 2009). Sendo assim, podemos inferir que as intercorrências obstétricas e neonatais desencadeiam longos períodos de internações hospitalares e demandam cuidados intensivos por profissionais especializados, representando aumento de custos relativos a internações e as complicações de saúde decorrentes de doenças e agravos de saúde.

As biotecnologias reprodutivas representam possibilidades objetivas de métodos, técnicas e procedimentos de RHA para trazer ao mundo novas vidas, que se apresentam simbolizadas subjetivamente nas crescentes demandas reprodutivas de nossa sociedade contemporânea.

Para Correa e Loyola (2005), os desdobramentos em RHA ficaram sujeitas a abordagem de análises nos campos bioéticos e legislativos, que se baseiam em preocupações que precisam ser abordados com seriedade. E reforçam as principais demandas de discussões referentes à RHA, que estão dispostos em três pilares, a saber: o primeiro está relacionado aos riscos envolvidos na saúde da mulher e do bebê, como as implicações físicas, decorrente da hiperestimulação hormonal ovariana, que eleva taxas de partos múltiplos comparados aos nascimentos sem RHA, e também os efeitos negativos para saúde mental devido à ansiedade e as tentativas fracassadas. A segunda preocupação envolve as diferentes intenções e interesses de pessoas e instituições sobre os embriões que estão congelados nos centros de reprodução assistida, e por últimos as implicações sobre reconfiguração relativa a noções de família, filiação e parentesco, em virtude da possibilidade de nascimentos advindos de material genético doado e/ou compartilhado, de embriões congelados de pessoas já falecidas e até

clonagem de indivíduos.

Nesse sentido, cabe a enfermagem enquanto profissão inserida no contexto da saúde sexual e reprodutiva acompanhar essa diretiva de evolução das biotecnologias reprodutivas que se apresentam na atualidade, e que inegavelmente abalam antigos paradigmas relativos à reprodução da vida humana. No intuito de acompanhar as propostas de discussões para construção de corpo de conhecimento alinhado com a interdisciplinaridade, e com as novas demandas de cuidados de saúde advindas com as novas tecnologias da reprodução humana assistida.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Por volta da década de 70, o cenário socioeconômico no país apresentava grandes entraves sociais, essa situação acabava por refletir em alguns problemas sanitários como a elevada morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2011b). Como proposta de melhorar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde voltados para grupos, tidos como prioritários (mulheres gestantes e crianças), o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), criado em 1974, surge como resposta do governo para melhorar esses indicadores de saúde (BRASIL, 2011c).

No entanto, a preocupação das autoridades sanitárias, naquela época, estava focada no efetivo controle reprodutivo para diminuir taxas de natalidade, aliada ao entendimento que a função da mulher na sociedade estava atrelada, quase que estritamente, à reprodução e ao cuidado do lar. Assim, as ações governamentais se baseavam em programas materno-infantis utilizados nas décadas de 30, 50 e 70, e traduziam uma visão restritiva quanto a saúde da mulher (BRASIL, 2011b), como consequência desse pensamento reducionista vigente havia pouca participação social da mulher, inclusive referentes às próprias decisões e desejos reprodutivos.

Diante da necessidade iminente de abordar a temática de autonomia e direitos das mulheres, inclusive sobre o próprio corpo, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher, e entre os anos de 1976 a 1985 como período representativo da “década da mulher”, no intuito de unir esforços nacionais e internacionais direcionados para focar mais atenção para essa parcela da população. Inicia-se nessa época uma nova era nos esforços globais para promover o avanço da mulher, abrindo um diálogo mundial sobre igualdade de gênero (ONU, 2000).

Nos anos 80, a proposta de Reforma Sanitária no Brasil, apresentada na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi importante marco para criação do SUS, trazendo novos elementos de discussões sociais para o âmbito da saúde e que apresentava como um novo desenho de atenção pública em saúde, que rompia com o modelo sobre o qual o sistema brasileiro de saúde se estruturou ao longo de décadas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

O crescente sentimento de lutas por melhores condições de vida e democratização do próprio Estado fortaleceu o engajamento, principalmente por parte de militantes sociais e pesquisadores de universidades, para consolidação do SUS (SCHRAIBER et al., 2009). Esse período foi profícuo, no que concerne às conquistas para Enfermagem com a promulgação da Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto Lei nº 94.406/87, que abarcou importantes marcos no que tange aos amparos jurídicos/legais e de produção/sistematização de conhecimento para enfermagem materno-infantil.

No contexto de luta por abertura política pelos movimentos sociais organizados, aumenta, também, a participação de movimentos feministas reivindicando a condição de sujeitos de direito das mulheres, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida, como resposta às reivindicações, em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011b).

O PAISM representou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores, vigentes, de política de saúde das mulheres, visto que, incorporou as propostas conceituais do Movimento Sanitário, do que viria a se concretizar, mais tarde, nos princípios e diretrizes do SUS, como descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção. O programa estava contemplado pelo entendimento, à época, de saúde reprodutiva definidas em 1988 pela OMS (BRASIL, 2011b).

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) descreve que a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), conhecida como Conferência do Cairo (UNFPA, 1994), que reuniu 179 países, foi elaborada no intuito de discutir, sob a perspectiva dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos temas relativos ao planejamento familiar como acesso aos métodos de contracepção e concepção eficazes envolvendo a participação de homens e mulheres. Buscou sensibilizar, também, os países para assegurarem aos cidadãos o direito a uma vida sexual plena, longe de discriminação, preconceito e violência (UNFPA, 2012).

No entanto, apesar das conquistas obtidas através da Conferência do Cairo, o UNFPA

admite, criticamente, a existência de dois grandes obstáculos, que precisam ser superados, ainda nos contextos atuais, para que as metas acordadas sejam atingidas, como a insuficiência de recursos financeiros e o crescimento de setores conservadores na sociedade (UNFPA, 2014).

Ainda na mesma década, em 1999, durante o XV Congresso Mundial de Sexologia, ocorrido em Hong Kong, houve a aprovação das emendas das declarações de Direitos Sexuais. Para a UNFPA (2012), a adoção do programa representou uma etapa importante de reconhecimento dos direitos reprodutivos da mulher, para além da concepção, pré-natal e do controle da natalidade.

Nesse período, os direitos sexuais e reprodutivos partiam de pressupostos que atenção à saúde remetia a um conjunto de ações e procedimentos relacionados à identificação, diagnóstico e tratamento de patologias enquanto sinônimo de aplicação prática do conceito de assistência integral à saúde, no entanto, esse pensamento estava altamente conectado com a questão biológica e dependente da vontade política e de reorganização do próprio sistema de saúde (UNFPA, 2012).

A evolução do pensamento, no que tange ao direito reprodutivo, delineou a área de conhecimento compreendida como Saúde Sexual e Reprodutiva, que abarca conhecimentos interdisciplinares, nas perspectivas de sexualidades, saúde e políticas públicas. Nessa concepção os direitos reprodutivos e sexuais fazem parte do conjunto mais amplo dos direitos humanos e estão vinculados tanto aos direitos civis e políticos como a liberdade individual, a liberdade de expressão e o direito de ir e vir, assim como os direitos econômicos, sociais e culturais, que dizem respeito a um ambiente favorável ao exercício da autonomia sexual e reprodutiva (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

Na década seguinte, em 2004, houve a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o compromisso governamental de atender a mulher, respeitando sua condição de ser social, abordando questões de gênero, direitos reprodutivos/sexualidade, e as interfaces da violência doméstica e/ou sexual que atinge mulheres em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011b).

É inegável que ocorreram avanços relativos às discussões de direitos reprodutivos, quanto aos temas relativos ao aborto, à desvinculação do papel da mulher à reprodução, e alguma melhoria nas questões de gênero. No entanto, a garantia do direito conceptivo, através de políticas públicas, ainda é pouco abrangente no país.

Visando atender uma parcela da população excluída por políticas públicas relativas ao direito conceptivo, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

(PNRHA), criada em 2005, objetivou oportunizar importantes transformações no cenário da assistência à saúde sexual e reprodutiva referente à RHA. Contudo, ainda que tenha havido aumento de discussões sobre demandas reprodutivas, a implantação da política como principal garantia legal para que o direito contraceptivo fosse aplicado, tem se mostrado, até o momento, pouco impactante no cotidiano das pessoas que necessitam desse tipo de linha de cuidado de saúde.

As tecnologias reprodutivas estão envoltas por aparato tecnologia altamente avançado, portanto de alto investimento financeiro, talvez por esse motivo tenha havido falta de consenso diante da responsabilização quanto ao financiamento pelas esferas do governo para implantação da PNRHA, que podem ser observados diante da publicação da Portaria GM nº 426, de 22/03/05, que propunha a implantação de serviços de RHA em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

A proposta de discussão através do PNRHA, como marco regulatório que trata das questões de reprodução assistida, representou uma grande conquista no sentido de propor a ampliação de oferta de serviço para questões da infertilidade. Porém, sua promulgação, desde o início, provocou muitos questionamentos por parte dos gestores de saúde e do próprio SUS quanto ao financiamento e custeio dos serviços.

Diante do cenário de impossibilidade para implantação da portaria, após quatro meses foi publicada a Portaria SAS nº 388 de 06/07/05 determinando que as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, considerando as competências dessas gestões governamentais, adotassem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar nas redes estaduais, municipais e do Distrito Federal oferta em RHA.

Observamos, nessas ações, ausência de consenso pelas instâncias governamentais quanto ao financiamento do programa, assim foi gerado nova publicação oficial através da GM nº 1.187, de 13/07/05, orientando suspensão das duas portarias anteriores, por até 30 dias, para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2005).

Ocorre que, apesar desse avanço jurídico, o cotidiano do setor saúde tem demonstrado descontinuidade e falhas, avanços e retrocessos, principalmente na organização de oferta de serviços que atendam a demanda dos que desejam ter um filho com auxílio das biotecnologias reprodutivas no contexto da rede de saúde pública.

Existe uma disparidade de oferta em território nacional, em termos de serviços de RHA, pois mais de um terço dos centros públicos que realizam esse atendimento especializado e que contam com recursos financeiros do SUS, estão concentrados no estado

de São Paulo. Na tentativa de diminuir algumas distorções de acesso, o MS, através da Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012, aspirou destinar recursos e qualificação de mais hospitais para realizar tratamento em RHA em todo o Brasil, no entanto, ocorreram poucas mudanças no panorama de oferta assistencial em RHA.

No tocante à organização de linha de cuidados integrais para o direito reprodutivo, compreendemos que deve incluir a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, assim como perpassar todos os níveis de atenção, por intermédio de equipe multiprofissional, numa proposta interdisciplinar, para evitar distorções relativas a e prestação desse serviço altamente dispendioso e tecnológico.

Observamos que o entendimento da enfermagem quanto às questões da sexualidade e suas implicações se transformaram ao longo do tempo, baseada nas produções científicas, Morais, Penna e Progianti (2010) concluíram que primeiramente estavam relacionadas às questões de reprodução como controle da gestação na adolescência e prevenção das DST, posteriormente se voltaram para a dinâmica sexual (ato em si) e, atualmente apresentam uma abordagem mais completa e dinâmica, em consonância com novos paradigmas de saúde sexual e reprodutiva.

No contexto geral da prática social do enfermeiro em RHA, podemos inferir, diante da pouca produção científica a respeito de RHA, constatado na justificativa desse estudo, no qual surgiram apenas cinco estudos, que o profissional enfermeiro ainda está distanciado das questões conceptivas na perspectiva da RHA. Esse distanciamento não pode sofrer análise superficial, assim esse estudo pode colaborar para desvelar a relação do enfermeiro com as biotecnologias reprodutivas.

As conformações de políticas públicas pouco colaboram para impactar positivamente nos espaços públicos de assistência em RHA, haja vista que o investimento financeiro nesses locais é mínimo. Essa situação corrobora para dificultar a inclusão do profissional enfermeiro para atuar em RHA, visto que esses serviços geralmente estão atrelados à universidades e contam com pouco investimento governamental, portanto, ficam aquém do intenso corpo de conhecimento e tecnológico presente nas instituições privadas.

Com base nessa diretiva, o cuidado do enfermeiro frente às demandas reprodutivas deve estar subsidiado na perspectiva do direito conceptivo das pessoas e ao planejamento familiar, compreendendo que extrapolam as noções biológicas da reprodução humana, pois o cuidado humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história (PESSINI, 2010).

Por se tratar de uma temática envolta em constante evolução e múltiplos questionamentos, a prática social do enfermeiro na RHA deve estar pautada em princípios éticos de entendimento multidimensional e interdisciplinar das questões reprodutivas, na dimensão das sexualidades, na garantia de direitos, no aprimoramento técnico, com vistas a discussões éticas às pessoas que buscam atender suas demandas reprodutivas.

#### 2.4 QUESTÕES ÉTICO-LEGAIS DA RHA NO BRASIL

Uma questão preocupante, no tocante às questões legais sobre RHA, refere-se a ausência de legislação federal específica sobre biotecnologias reprodutivas no Brasil. Embora, em termos práticos, existam diversos projetos transitando no Congresso Nacional (BRASIL, 2013b) na tentativa de normatizar essa questão.

Essa situação reflete que a temática da RHA, ainda, demanda discussões acerca das suas implicações no que se refere aos seus múltiplos alcances na trajetória de vida das pessoas quando utilizam os recursos biotecnológicos da RHA, haja vista as grandes repercussões nos impasses relacionados às questões jurídicas, aos graus de parentescos de filhos, progenitores e doadores de material genético.

Novas regulamentações e legislações geralmente são oriundas de intensos debates e posicionamentos de diversos segmentos da sociedade. Assim, a falta de regulações específicas sobre RHA, diante da inexistência de consenso sobre a temática, reflete que sociedade brasileira não debruçou, ainda, para discutir sobre os reais dilemas impostos pelas novas biotecnologias reprodutivas.

Apesar das técnicas de RHA já serem aplicadas no país há mais de 30 anos, constata-se que a regulamentação utilizada, atualmente, ocorra, somente, por direcionamentos éticos definidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que desse modo, indiretamente normatiza a prática no país, através de dispositivo deontológico voltadas para condução do profissional médico (VASCONCELOS et al., 2014).

Diante do vazio legislativo para regulação da RHA no país, o CFM, se posicionou, pioneiramente, em diversos momentos da história sobre a temática. Primeiramente, em 1992, através da publicação da primeira resolução (nº 1.358/92) acerca do assunto. Em virtude dos constantes avanços tecnológicos e das demandas sociais em relação à reprodução humana assistida, o conselho publicou novas recomendações em 2010 (Resolução 1.957/2010), e mais recentemente, a última atualização sobre o tema, em 2013.

De qualquer modo, a resolução vigente do CFM nº 2.013/13 aponta muitos avanços, principalmente em relação à segurança da saúde da mulher e aos direitos reprodutivos de todos os indivíduos, deixando claro, por exemplo, que a RHA cabe a pessoas solteiras e aos relacionamentos homoafetivos, em consonância com o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF) pelo reconhecimento da união entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar (BRASIL, 2011e).

As principais recomendações técnicas vigentes sobre RHA, pelo CFM, estão relacionadas às novas demandas reprodutivas da sociedade (BRASIL, 2013b), em virtude disso podem ser utilizadas, desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para paciente ou criança.

No tocante à idade, estabeleceu-se 50 anos como idade máxima das candidatas à gestação de reprodução assistida. Permanece a prerrogativa de não se selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica da criança, exceto quando se tratar de evitar doenças ligadas ao sexo, assim como a proibição da redução embrionária, em caso de gravidez múltipla.

Na doação de gametas ou embriões não deve estar envolvido interesse financeiro ou comercial. Como segurança, doadores e receptores não devem se conhecer. A idade limite para a doação de gametas ficou estabelecido em 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem. Nesse processo de doação de material genético, nenhum integrante da equipe de saúde envolvido no processo de RHA poderá ser doador. A doação compartilhada ocorre quando doador/receptor participam do programa de RHA, compartilham do material biológico e dos custos financeiros, no entanto a doadora terá preferência sobre o material biológico produzido. As recomendações internacionais sinalizam que o número de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a quatro.

Os estabelecimentos de saúde podem criopreservar gametas ou embriões, cabendo aos participantes do programa decidir, por escrito, quantos embriões serão transferidos, os excedentes, viáveis, serão criopreservados. Os participantes devem informar, nesse momento, o destino do material criopreservados em caso de divórcio, doenças graves e falecimento. Assim como, autorizar descarte de embriões criopreservados por mais de cinco e não apenas destinar para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

O diagnóstico genético pré-implantação de embriões (PGD<sup>17</sup>) fica acoplado à seleção

---

<sup>17</sup> Diagnóstico genético pré-implantacional, ou do inglês *preimplantation genetic diagnosis* (PGD), é realizado para pacientes que possuam alto risco de transmitir uma anomalia genética ou cromossômica para seus filhos, incluindo defeitos em um único gene (doenças autossômicas recessivas ou dominantes e ligadas ao X) e

de embriões submetidos ao diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças. Podem ser utilizadas tipagem do sistema HLA<sup>18</sup> do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA-compatíveis, por até 14 dias, com algum filho(a) do casal já afetado por doença que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos.

A gestação de substituição ou doação temporária do útero pode ser utilizada quando houver impedimento/contraindicação de saúde ou para união homoafetiva. Vale dizer que as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (mãe, irmã, avó, tia e prima) respeitando a idade limite de 50 anos. Não poderá haver lucro ou comércio envolvido, por isso o termo barriga de aluguel ficou ultrapassado.

A obrigatoriedade de documentos, como o Termo de Consentimento Informado, se faz necessária em todas as etapas, assim como relatórios técnicos esclarecendo todas as circunstâncias da técnica, assim como o ponto de vista biológico, jurídico, ético e econômico desse processo, visto que é permitida reprodução assistida post-mortem, mediante autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado.

A preocupação bioética quanto à RHA se estende para muitas vertentes, como sinaliza o CFM (2013), quanto à polêmica questão do descarte de embriões congelados, haja vista que alguns estão em clínicas e laboratórios há mais de 20 anos. Como tentativa de resolução dessa problemática, a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/05) autoriza o descarte de embriões congelados há três anos, contados a partir da data do congelamento, para uso em pesquisas sobre células-tronco, no entanto conforme sinaliza o CFM, a proposta é ampliar o prazo para cinco anos, e não só para pesquisas sobre células-tronco.

Quanto à fiscalização dos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos em RHA, a ANVISA criou o Sistema Nacional de Produção de Embriões (SISEMBRIO), que tem como objetivo criar um banco de dados (anual) sobre a produção de células germinativas (oócitos) e embriões humanos armazenados nos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs), mais conhecidos como clínicas de RHA (ANVISA, 2008).

Esse sistema visa monitorar a utilização e destino desse material genético. A resolução determina que as informações dos dados tenham caráter obrigatório e o descumprimento das

---

aberrações cromossômicas (translocações, aberrações estruturais, etc.). Existem duas categorias: de alto risco e de baixo risco. Um programa de PGD requer o envolvimento de uma clínica de genética, uma unidade de fertilização e um laboratório para os diagnósticos. Todos os pacientes envolvidos no programa precisam ser aconselhados apropriadamente em todas as circunstâncias, é recomendado o uso de um consentimento informado para o tratamento (SBRH, 2008).

<sup>18</sup> Genes da espécie humana, envolvidos na rejeição de tecidos estranhos ou não próprios ao organismo, presente em muitas doenças autoimunes (DONADI, 2000).

recomendações configura infração à legislação sanitária federal da Lei nº 6.437/77 (BRASIL, 1977), sujeitando o infrator às penalidades previstas na mesma.

Apesar da resolução vigente ter sido publicada em 2008, no intuito que atualizar informações a respeito do envio de dados ao sistema, a agência reguladora já publicou duas alterações, uma no próprio ano de 2008 e outra em 2012, prorrogando prazos para receber as informações solicitadas pelo SISEMBRIO. No entanto, parece ter havido incremento desses dados como, se pode observar no último relatório, atualizado em fevereiro de 2015 (ANVISA, 2015).

As técnicas de RHA presentes na atualidade podem ser compreendidas como a solução do nosso tempo para as demandas reprodutivas, no entanto, a reverberação de seus impactos e consequências devem ser levados em conta, principalmente para as crianças envolvidas nesse processo, sob essa a perspectiva Vasconcelos et al. (2014) propõem uma reflexão bioética e jurídica a respeito do direito ao conhecimento da origem biológica da pessoa gerada por RHA.

Nesse contexto, surge a questão das vulnerabilidades que podem estar envolvidas no processo de RHA, como colaboram Ayres et al. (2003), ampliando a compreensão de vulnerabilidade, visto que possuem uma relação dialética e historicamente construída através do individual, do social e da ação programática.

Nesse sentido, é interessante notar que o Brasil não está isolado em termos de ausência de legislação específica em RHA, Leite e Henriques (2014) apontam que o país compartilha a existência de “guias de referência” com a China, Egito e Índia. Os países como a Dinamarca, Israel, Itália, África do Sul, e Espanha contam com “legislação específica”, no entanto, quando comparados foram encontradas grandes divergências entre as recomendações envolvendo a RHA, que são determinadas, principalmente, pela influência das religiões de cada país. Desse modo, concluem que a formulação das legislações em RHA encontra-se profundamente enraizada na cultura de uma nação, portanto para esses autores nunca haverá consenso mundial sobre os limites éticos em RHA.

Compreendemos que legislações e leis sozinhas são incapazes de dar conta de assuntos muito complexos, principalmente os relacionados à origem da vida humana. Os dispositivos legais e normativos refletem, de certo modo, o pensamento e o posicionamento de uma sociedade diante de uma temática. No caso da RHA, para que diversos entendimentos sejam contemplados, faz-se necessário que debates vivos e coerentes com as demandas da sociedade contemporânea sejam colocados em pauta, para que se sobressaiam pontos de vista alicerçado pelo consenso bioético.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICABILIDADE NESTA PESQUISA

A pesquisa em tela aplicou a Teoria das Representações Sociais (TRS), em sua forma processual, como instrumento de compreensão do processo de apreensão e universo de significação dos enfermeiros que trabalham em saúde sexual e reprodutiva a respeito de RHA. À vista da justificativa abordada nos preâmbulos desse trabalho, que RHA se constitui em objeto social relativamente novo, com rica temática psicossocial que perpassa o cotidiano desses profissionais, e diante das representações elaboradas pelo grupo moldam o cuidado do enfermeiro à clientela que busca por biotecnologias reprodutivas.

A concepção da Teoria das Representações Sociais (TRS) foi iniciada por Serge Moscovici, psicólogo social romeno radicado na França, que publicou sua obra seminal, em 1961, denominada *La Psychanalyse, son image, son public*, fruto de sua tese, no qual abordou a difusão e apropriação da psicanálise entre diferentes grupos sociais, servindo para estruturar o conceito de representações sociais. Posteriormente, a teoria foi aprofundada por Denise Jodelet no campo da Psicologia Social, e atualmente é aplicada também em estudos de Sociologia e Antropologia, entre as Ciências Psicológicas e Sociais (JODELET, 2001).

A teoria surgiu na perspectiva de apropriação do aspecto individual em relação ao social, compreendida, até então, como representações coletivas, que considerava a vida social condição para um pensamento organizado, no entanto, sem explicar os modos de organização do pensamento. Desse modo, Moscovici (2012) debruçou sobre essa perspectiva, para elaborar conceitualmente representações mais restritas, no sentido identitário, ou seja, que fazem sentido para determinado grupo ou sociedade.

As representações coletivas defendidas por Durkheim avançaram conceitualmente para representações sociais, defendidas por Moscovici (2012), como conjuntos dinâmicos, sendo seu estatuto a produção de comportamentos e de relações com o ambiente, ou seja, a ação que modifica uns e outros, e não reprodução de comportamentos ou relações, como reação a um dado estímulo externo.

A TRS operacionaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Nesse sentido, parte da premissa da existência de formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, formas que são

móveis, e assim distingue duas manifestações de conhecimento presentes em nossas sociedades: a consensual (senso comum) e a científica, cada uma gerando seu próprio universo de conhecimento (ARRUDA, 2002).

Entretanto, esses dois universos de conhecimento não se sobrepõem hierarquicamente, nem se isolam hermeticamente, apenas, servem a propósitos diferentes numa sociedade. Arruda (2002) esclarece que as representações sociais são construídas mais frequentemente na esfera consensual, embora as duas manifestações de conhecimento não sejam totalmente estanques.

Desta forma, a RS é compreendida como um sistema de valores, de ações e de práticas sociais, tendo uma dupla tendência, que permite aos indivíduos ordenar e dominar o conhecimento quanto ao meio-ambiente, social e material, assegurando a comunicação entre os membros de uma comunidade, propondo um código para nomear e classificar as partes do seu mundo, de sua história individual ou coletiva (MOSCOVICI, 2012).

Nessa diretiva, as RS revelam uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto. Para acessar esse saber surge a necessidade de delinear três perguntas: “Quem sabe e de onde sabe?”; “O que e como se sabe?” e “Sobre o que se sabe e com que efeito?”. Esses questionamentos são capazes de revelar as três dimensões presentes no campo das RS, a considerar como primeira dimensão as condições de produção e de circulação das RS (cultura, linguagem e sociedade), na segunda dimensão encontram-se os processos e estados das RS ou suportes de representação (discurso, comportamento, documentos e práticas) e finalmente o estatuto epistemológico das RS representa a terceira dimensão do processo de conhecimento (ARRUDA, 2002).

Para Bonnewitz (2003), a sensação de pertencimento a um determinado grupo social permite aos indivíduos a compreensão dos seus atributos enquanto atores sociais e institucionais, a partir dos lugares e espaço que ocupam. Nesse sentido, Jovchelovitch (2011) corrobora que a experiência de pertença conduz a produção de conhecimento e construção de repertório comum de saber repleto de sentido para os envolvidos. Assim, a noção de pertencimento presente nos entrevistados, de maneira pertinente, encontra-se vinculada ao objeto da pesquisa.

Avançando na compreensão da abordagem processual da TRS, conforme salienta Arruda (2002), a sistematização processual necessita percorrer a dois processos de formação das RS que ficaram conhecidos como objetivação e ancoragem, e ao se interligarem permitem justificar, sob a perspectiva da TRS, o saber de um grupo sobre um objeto.

Cabe considerar que, para Moscovici (2012), a ancoragem significa classificar e dar

nome a alguma coisa, portanto coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo são ameaçadoras. Para o autor, na objetivação ocorre a necessidade social de transformar o não familiar em familiar, ou seja, descobrir a qualidade icônica de uma ideia, e assim reproduzir um conceito em uma imagem.

Nóbrega (2001) pondera que a ancoragem baseia-se em compreender cognitivamente, ou seja, dar sentido a um objeto, enquanto na objetivação ocorre a materialização, ou figuração do objeto. Logo, a comunicação ou discurso circulante de um grupo pode processar-se na objetivação e ancoragem, que explicam a interdependência entre a atividade cognitiva e suas condições sociais de exercício, nos planos da organização dos conteúdos, das significações e da utilidade que lhe são conferidas (JODELET, 2001).

Esse breve apanhado conceitual sobre TRS caracteriza sua aplicação nas Ciências Psicológicas e Sociais e na área temática de interesse desse estudo, a saúde. Nesse sentido, a enfermagem se apropria do referencial da TRS para decodificar saberes constitutivos de um sujeito sobre um objeto, buscando explicar fenômenos de interesse pertinentes relacionados à área da saúde e, nesse caso, sobre RHA no contexto profissional.

A tendência da aplicação da TRS nos estudos conduzidos pela enfermagem pode ser considerada digna de nota, particularmente quando se considera as questões que afligem os usuários que recebem cuidados da equipe de saúde que precisam ser contempladas com o apoio de modelos teóricos situados para além das dimensões biomédicas e/ou individuais (QUEIROZ, 2002).

Nesse estudo, o fenômeno da RHA é compreendido como evento difuso e disseminado na sociedade, no qual os avanços das biotecnologias reprodutivas se apresentam como um facilitador da ciência para engravidar sem relação sexual. De certa maneira, essas tecnologias atendem aos anseios da sociedade contemporânea, que as buscam no intuito de auxiliar na configuração de famílias, seja nos moldes antigos e tradicionais, ou ainda nas denominadas novas famílias.

Desse modo, o objeto em questão, a RHA, se constitui em intenso e revolucionário aparato tecnológico, pertencente ao universo da ciência reificada, mas que se presta a acolher muitas demandas dos que buscam as tecnologias reprodutivas. E, por tocar em área tão delicada quanto à própria vida humana, abarca expectativas pessoais, conjugais e sociais sobre a RHA, posto que se trata de uma área envolta em muitos questionamentos e dilemas bioéticos.

Tendo como referências os avanços tecnológicos associados aos dilemas e questionamentos bioéticos, a RHA, se apresenta como grande fonte de conversações

cotidianas. Do mesmo modo, também se apresenta como objeto de discussão pelas diferentes mídias, seja escrita, nas redes sociais, e na televisiva, sendo nesta última bastante recorrente nos temas de telenovelas nacionais, inclusive presente nas tramas centrais dos protagonistas, revelando a força da dimensão da informação para a elaboração de representações sociais.

Nessa perspectiva, essas conversações perpassam o cotidiano profissional dos enfermeiros que trabalham em saúde sexual e reprodutiva, haja vista que são indivíduos pertencentes a uma sociedade, e que consomem fontes de informações científicas para sustentar seu universo laboral, mas também se alimentam de fontes não-científicas no cotidiano, e assim elaborarem um corpo de conhecimento sobre RHA.

Essas informações contemporâneas, sobre RHA, advindas do universo científico sofrem assentamento à praticidade do cotidiano dos enfermeiros que atuam na área de saúde sexual e reprodutiva, visto que são seres psicossociais, logo guardam informações na memória coletiva das gerações passadas sobre a temática em questão. Para Moscovici (2012), a linguagem se coloca como mediadora do modo de agir frente a esse objeto, a partir de explicações para julgamentos sobre o as biotecnologias e que culminam por influenciar na posterior tomada de posição/atitude diante da RHA, em razão disso, nesse grupo passa a existir coerência entre modo de pensar e agir frente à RHA.

Nesse sentido, a TRS se qualificou como o caminho teórico escolhido, que buscou traduzir as manifestações discursivas, cognitivas e a circulação de informações dinâmicas dos enfermeiros que trabalham em saúde sexual reprodutiva sobre RHA, bem como compreender comportamentos e práticas desses profissionais frente às biotecnologias reprodutivas.

Destarte, a teoria forneceu ferramentas para que o processo de representações sobre RHA pelos enfermeiros que atuam na saúde sexual e reprodutiva fosse desvelado, principalmente no que concerne a identificação e entendimento das práticas sociais próprias desse grupo diante da mulher/casal que recebe cuidados desse profissional, haja vista que o entendimento do processo do modo de pensar e agir desse grupo frente à RHA é relevante, visto que esse profissional apresenta amplo e importante papel social nas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva.

## 4 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo descritivo exploratória, com aplicação da TRS em sua abordagem processual.

As representações sociais, que se pretende identificar nesse estudo, não podem ser quantificadas dadas sua natureza de subjetividade. Para tanto, esse conjunto de fenômenos humanos deve ser entendido como parte de uma realidade social, pois o ser humano não se distingue só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2012).

A abordagem, pela TRS, nesse estudo, se propõe a colaborar no alcance dos objetivos propostos. Nessa diretiva, parte do pressuposto que as práticas sociais dos participantes do estudo expõem uma realidade não visível, em decorrência de motivos, aspirações, valores, crenças e atitudes que perpassam pela subjetividade dos sujeitos (JOVCHELOVITCH, 2011).

Nesse caso, caberá a TRS, enquanto alicerce teórico, desvelar os referenciais de pensamento de enfermeiros sobre a RHA, mediante elementos psicossociais que fundamentam a maneira como esses profissionais se relacionam com as biotecnologias reprodutivas no cotidiano. Nesse caso, Jovchelovitch (2011) corrobora ao inferir que é no cotidiano que são produzidos e arquitetados a complexidade desses fenômenos enquanto saber social.

### 4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 30 enfermeiros que trabalham/atuam na área de saúde sexual e reprodutiva, em instituições de saúde públicas e/ou privadas no município do Rio de Janeiro.

Conforme Oliveira e Sá (2001), o quantitativo de participantes estabelecido para pesquisa 30, trata-se de um grupo social de representatividade para estudos em representações sociais. No que Sá (1998, p. 90) ratifica ao informar que a solicitação de uma boa quantidade de “posicionamentos específicos” constitui estratégia necessária para obtenção dos resultados estatísticos teoricamente interpretáveis.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão dos participantes à pesquisa: a) enfermeiros que trabalham/atuam na área de saúde sexual e reprodutiva; b) enfermeiros que trabalham/atuam na área de saúde sexual e reprodutiva com experiência de atuação em RHA; c) devem trabalhar/atuar por no mínimo um ano nas áreas propostas pelo estudo.

Esse tempo de atuação do profissional na área ficou estipulado por referir-se a um período razoável de tempo, no qual os possíveis participantes tenham tido prazo para envolvimento com as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva, bem como a temática da RHA e, portanto, capazes de converter essa experiência no campo de atuação na elaboração de representações sociais sobre o objeto.

Diante dessa inclusão, os participantes do estudo foram divididos em dois grupos de pertença, no intuito de colaborar para investigação dos elementos representativos das representações sociais de cada grupo. Desse modo, o primeiro grupo ficou representado por 16 participantes que trabalham na área de saúde sexual e reprodutiva, porém **não trabalham** diretamente com RHA, denominado de grupo 1 – NTRHA, e o segundo grupo ficou formado por 14 participantes que trabalham na área proposta e **atuam** diretamente com RHA, que recebeu a classificação nesse estudo de grupo 2 – TRHA.

A divisão dos grupos ocorreu devido ao pressuposto que aproximações e distanciamentos perante a RHA, acarretam circulação de informações e atitudes diferentes frente a esse objeto. Considerando que, a representação social traduz a relação do grupo com um objeto socialmente valorizado, principalmente por seu alcance, mas, sobretudo na medida em que diferencia um grupo do outro por sua orientação ou por sua presença ou ausência (MOSCOVICI, 2012).

Vale esclarecer que, os potenciais participantes que não aceitaram, os que desistiram de participar da pesquisa, em algum momento, e os que participaram do teste-piloto não foram incluídos arbitrariamente no estudo.

#### 4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foi empregada entrevista com abordagem individual, em todos os participantes do estudo. Por conseguinte, os três instrumentos de coleta de dados foram aplicados em cada depoente.

Em virtude da utilização de três instrumentos distintos, a saber: Teste de Associação Livre de Ideias, ou Teste ALI; Perfil socioeconômico e demográfico e a Entrevista

Semiestruturada, houve a necessidade de adaptação de técnicas específicas necessárias no processo da coleta de dados, no intuito de atender ao potencial metodológico que cada instrumento pode proporcionar.

Como primeiro passo, houve o emprego do Teste ALI (APÊNDICE A), que se trata de uma técnica muito utilizada em estudos de RS, de abordagem interrogativa, através de expressões verbais rápidas e espontâneas evocadas pelos entrevistados, diante de palavras ou termos indutores expressados pelo entrevistador. Valendo-se que, nesse caso, que as evocações captadas possuem conteúdos cognitivo-afetivos mais autênticos, que poderiam se desperdiçar em produções discursivas mais elaboradas (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

Para essa técnica foram utilizados “temas de representação”, perguntados separadamente e norteados pela questão: “– Diga até três palavras que você pensa quando ouve as palavras: “reprodução humana” e “reprodução humana assistida”. As falas captadas ou evocações (dados verbais) foram arquivadas digitalmente em formato mp3

No segundo passo foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, com um roteiro composto, em sua maioria, por questões objetivas, no intuito de traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes (APÊNDICE B). Esse instrumento para captar o perfil dos participantes serviu para delimitá-los enquanto pertencentes a um grupo, ou seja, grupo de pertença. Colabora Jovchelovitch (2011), ao ponderar que antes mesmo de podermos pensar em conhecer, nós pertencemos, ou seja, nós partimos da pertença, não do conhecimento, mas pertencemos a uma cultura.

Em estudos de representações sociais, o perfil dos participantes delinea o grupo de pertença, Arruda (2002) considera o pertencimento responsável pelas condições da produção das representações, e pela possibilidade de explicação, de interpretação do sentido que os participantes da pesquisa atribuem ao objeto.

Na terceira etapa, para produção dos dados, foi aplicada a técnica de entrevista semiestruturada individual (APÊNDICE C), através do roteiro com perguntas semiabertas, que permitiu ao participante discorrer sobre os objetivos propostos no estudo (MINAYO, 2012); portanto, a aplicação desse instrumento possibilitou explorar sentidos e significações dos enfermeiros frente à reprodução humana assistida.

Vale elucidar que foram realizados três testes-piloto com potenciais participantes para o estudo, assim a aplicação desses testes permitiu identificar necessidade de readaptações e ajustes dos instrumentos. Como dito anteriormente, os dados gerados por esses enfermeiros foram excluídos da pesquisa.

#### 4.4 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

O recrutamento dos participantes ocorreu, inicialmente, em um hospital universitário federal localizado na área central do município do Rio de Janeiro, com perfil de atenção em média e alta complexidade em ginecologia. Essa instituição apresenta-se disponibilizada para rede de saúde, desde 2013, como único serviço público de saúde em todo estado do Rio de Janeiro com assistência em reprodução humana, incluindo as técnicas de baixa complexidade de RHA.

Essa peculiar instituição de saúde, com atenção em reprodução humana, se deu como mola propulsora para captação inicial dos participantes. Logo, as entrevistas iniciaram nesse cenário, previamente autorizado (APÊNDICE D), com os enfermeiros dessa instituição.

Assim, os entrevistados iniciais, mediante solicitação, indicaram novos possíveis candidatos que atuassem em serviços de saúde públicos ou privados na área proposta pelo estudo, para isso utilizaram a própria rede de conhecimento interpessoal. Os novos possíveis participantes foram contatados, com aproximação cuidadosa, evitando, dessa forma, transtornos ao seu cotidiano laboral e/ou pessoal. Na oportunidade foi perguntado sobre o desejo em participar da pesquisa, após leitura e explicação dos objetivos do estudo e mediante concordância, a coleta de dados ocorreu de acordo com a disponibilidade de horário e local escolhido pelos participantes.

Portanto, os participantes indicados não foram entrevistados vinculados às instituições em que trabalhavam, nesse sentido, a coleta de dados ocorreu relacionada com atuação e entendimento, dos entrevistados, diante das biotecnologias reprodutivas.

Essa rede de referência para captação de outros participantes da área de saúde sexual e reprodutiva, principalmente os que lidavam diretamente com RHA, foi realizada através da técnica de *snowball sampling* ou bola-de-neve, que favorece a captação não aleatória de novos participantes, sucessivamente (WHO, 1994), até que seja alcançado o objetivo proposto pelo estudo. Para Appolinário (2012), essa técnica geralmente está indicada para uma população altamente especializada e de pequeno número de integrantes, como é o caso dos enfermeiros que atuam em RHA.

A coleta de dados ocorreu entre novembro/2013 a agosto/2014, totalizando nove meses de captação de possíveis entrevistados. Esse prazo estendido ocorreu devido a grande dificuldade de indicações de novos participantes que trabalhassem com RHA, e que porventura aceitassem participar do estudo.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados produzidos, pelos dois grupos, decorrentes dos três instrumentos utilizados: teste ALI com os termos indutores “reprodução humana” e “reprodução humana assistida”; b) perfil socioeconômico e demográfico; c) entrevistas processadas pelo Alceste foram trabalhadas, de acordo com os seus próprios princípios, ou seja, por métodos distintos, específicos e apropriados para cada técnica, com objetivo de melhor aproveitamento dos dados.

Como estratégia metodológica para análise dos dados foi utilizada a triangulação de dados<sup>19</sup>, para complementar e minimizar a subjetividade, aumentando, dessa forma, o critério de confiabilidade e credibilidade utilizado na pesquisa qualitativa (ALVES MAZZOTI; GREWANDSZNAJDER, 2004). Nessa perspectiva, Apostolidis (2006) corrobora que na análise de estudos de RS a triangulação se constitui numa abordagem privilegiada em virtude de fornecer explicações “multiníveis” a respeito de um objeto.

A técnica ALI produziu dados denominados de evocações, que foram arquivados no formato mp3, depois transcritos e categorizados de acordo com a semelhança, diferença ou relação de implicações com o objeto. A categorização das evocações permitiu identificar estereótipos de pensamento frente aos termos indutores “reprodução humana” e “reprodução humana assistida”, que forneceu indícios de RS sobre o objeto estudado, e que vieram a se confirmar com a triangulação dos dados.

Os dados provenientes do perfil socioeconômico e demográfico (dados numéricos) receberam tratamento estatístico simples, representados através de frequência simples ou absoluta ( $f_i$ ) e frequência relativa ( $fr_i$ ), que apresentaram, como produto, informações estatísticas claras e objetivas que foram analisadas descritivamente, permitindo a caracterização dos entrevistados quanto ao grupo de pertença.

Na terceira e última etapa de análise de dados, o material proveniente das entrevistas em sua forma semiestruturada, manteve a proposta de desmembramento em dois grupos de pertença. As entrevistas gravadas em formato digital mp3, foram submetidas à transcrição na íntegra, com leitura criteriosa, exclusão de palavras incorretas, confusas e desnecessárias.

---

<sup>19</sup> Significa adotar métodos diversos para a análise de uma única questão ou objeto de estudo. Seu uso exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender e atender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto (GARNELO, 2006). Sob o prisma epistemológico, Minayo, Assis e Souza (2005) apontam as perspectivas kantianas e a teoria da complexidade como sustentação da pesquisa por triangulação.

Desse modo, ficaram prontas para serem formatadas, rigorosamente, de acordo com as exigências do software Alceste versão 2012®. A partir desse momento, o material de cada grupo recebeu a denominação de “*corpus*”, ou seja, *corpus* do grupo 1-NTRHe do grupo 2 – TRHA.

O *software* Alceste (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte* ou "Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto"), utilizado nesse estudo como ferramenta para processamento das entrevistas, foi desenvolvido na França em 1998, por Max Reinert. Em sua base de funcionamento reside a ideia de relação entre contexto linguístico e representação coletiva ou entre unidade de contexto e contexto típico (REINERT, 1990). Para Kalampalikis (2005), esses “mundos lexicais” só podem ser entendidos num esquema maior de relações, onde só há a possibilidade de significação de um “mundo lexical”, se houver um “mundo lexical” que o defina por contraste ou complementaridade.

O pressuposto do Alceste é que pontos diferentes de referência produzem diferentes maneiras de falar, isto é, o uso de um vocabulário específico é visto como uma fonte para detectar maneiras de pensar sobre um objeto. Dessa maneira, o objetivo de uma análise com o software Alceste é distinguir classes de palavras que representem diferentes formas de discurso a respeito do tópico de interesse (KRONBERGER; WAGNER, 2004).

O Alceste trata-se de uma ferramenta importante para organização dos dados coletados na entrevista semiestruturada, que sobremaneira ajuda, no entanto não substitui o trabalho de compreensão, análise e interpretação do pesquisador, no que concerne o objeto de pesquisa.

O *corpus* ao ser preparado, para aplicação no Alceste, foi fragmentado inicialmente em unidades de contexto inicial (u.c.i), mediante relatório individual das entrevistas de cada participante. Sendo assim, o *corpus* do grupo 1-NTRHA ficou representado por 16 u.c.i. e o grupo 2 – TRHA por 14.

Cada u.c.i recebeu uma linha de comando correspondente, facilmente identificável por ficar entre asteriscos, que foram elaboradas pelo pesquisador diante de variáveis julgadas coerentes para o estudo (Quadro 2). Assim, cada linha de comando corresponde a cada u.c.i, tem por finalidade facilitar a decodificação pelo Alceste (Quadro 3).

Quadro 2 – Descrição e codificação das variáveis da linha de comando referente aos dois *corpus*

Variáveis	Descrição	Códigos
Indivíduo	Numeração do indivíduo de acordo com a ordem das entrevistas	ind_
Trabalha com RHA	1-Sim 2-Não	trha_
Sexo	1-Feminino 2-Masculino	sex_
Filhos	1-Sim 2-Não	fil_
Religião	1- Católica 2-Não Católica	rel_
Pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva	1-Sim 2-Não	posg_
Vivência/experiência com RHA	1-Sim 2-Não	exp_

Fonte: A autora, 2015.

Quadro 3 – Linhas de comando das u.c.i para processamento pelo Alceste referente aos dois *corpus*

Linhas de Comando
**** *ind_01*trha_2*sex_1*fil_2*rel_2*posg_1*exp_1
**** *ind_02*trha_2*sex_1*fil_2*rel_1*posg_1*exp_1
**** *ind_03*trha_2*sex_1*fil_2*rel_2*posg_1*exp_1
**** *ind_04*trha_1*sex_1*fil_2*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_05*trha_1*sex_1*fil_1*rel_1*posg_2*exp_2
**** *ind_06*trha_2*sex_1*fil_1*rel_2*posg_1*exp_1
**** *ind_07*trha_2*sex_1*fil_2*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_08*trha_2*sex_1*fil_1*rel_1*posg_2*exp_2
**** *ind_09*trha_2*sex_1*fil_2*rel_2*posg_2*exp_1
**** *ind_10*trha_2*sex_1*fil_1*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_11*trha_2*sex_1*fil_2*rel_2*posg_1*exp_1
**** *ind_12*trha_2*sex_2*fil_2*rel_2*posg_2*exp_1
**** *ind_13*trha_1*sex_2*fil_1*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_14*trha_1*sex_1*fil_1*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_15*trha_1*sex_2*fil_1*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_16*trha_1*sex_2*fil_1*rel_2*posg_2*exp_1
**** *ind_17*trha_1*sex_1*fil_2*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_18*trha_1*sex_1*fil_1*rel_2*posg_2*exp_1
**** *ind_19*trha_1*sex_1*fil_2*rel_1*posg_2*exp_2
**** *ind_20*trha_2*sex_1*fil_1*rel_1*posg_1*exp_1
**** *ind_21*trha_2*sex_1*fil_2*rel_1*posg_1*exp_1
**** *ind_22*trha_1*sex_1*fil_2*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_23*trha_2*sex_1*fil_1*rel_1*posg_2*exp_1
**** *ind_24*trha_2*sex_1*fil_1*rel_1*posg_1*exp_1
**** *ind_25*trha_2*sex_1*fil_1*rel_2*posg_1*exp_1
**** *ind_26*trha_1*sex_2*fil_2*rel_2*posg_2*exp_1
**** *ind_27*trha_1*sex_1*fil_1*rel_1*posg_2*exp_2
**** *ind_28*trha_2*sex_1*fil_1*rel_1*posg_1*exp_1
**** *ind_29*trha_1*sex_1*fil_1*rel_1*posg_1*exp_1
**** *ind_30*trha_1*sex_1*fil_1*rel_2*posg_2*exp_1

Fonte: A autora, 2015.

Ao final do processamento do *corpus*, realizado pelo software Alceste, houve a emissão de dois relatórios para cada corpus, sendo um geral e o outro detalhado, no qual consta, como um dos itens, a porcentagem do relatório, ou seja o equivale ao aproveitamento quantitativo do material lexical processado.

As classes que foram geradas pelo programa representam as classes temáticas, ou seja, material de “mundo lexical” para análise do estudo. As classes podem ser compreendidas como o agrupamento de u.c.e, que, por sua vez, são produzidas pelo cruzamento de vocabulário homogêneo no material. Essa representatividade de vocabulário homogêneo nas classes está baseada na codificação de “presença” nas u.c.e, obtida pela métrica de coeficiente de correlação “Phi”<sup>20</sup>.

A partir da organização textual ocorreram sucessivas divisões no material, observadas através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e da Classificação Hierárquica Ascendente (CHA). Para Reinert (1998), a CHD permite identificar as oposições mais evidentes entre as palavras do texto, e assim, criar condições para se extrair as classes representativas, assim como a CHA que também colabora para reforçar a análise do material, pois classifica palavras com “laços de vizinhança” dentro da classe, sendo indicativos de núcleos que auxiliam na compreensão da dinâmica da formação das classes.

Do ponto de vista metodológico, as estratégias utilizadas serviram para organizar o extenso material produzido pelos entrevistados. Os dados produzidos foram analisados comparativamente entre os grupos de pertença fornecendo elementos consistentes para abarcar o objeto estudado, diante da triangulação de dados, capitaneado pela ótica da representação social.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos e científicos, pertinentes à pesquisa, foram cumpridos de acordo com as determinações do Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 466/12 que orienta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

---

<sup>20</sup> O coeficiente de correlação “Phi” foi obtido a partir do estimador do coeficiente linear de Pearson, diante da variável ser dicotômica, ou seja, “presente” ou “ausente”. A Análise de Correlação pode ser aplicada em diferentes áreas do conhecimento e utilizado em algumas situações onde as variáveis são medidas em nível nominal ou por categorias discretas e expressas em forma de frequências (LIRA; CHAVES NETO, 2006).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis (CEP-EEAN/HESFA), através do sistema Plataforma Brasil. Após aprovação no Comitê de Ética foi gerado protocolo CAAE 22257513.1.0000.5238 que significou a autorização para início do processo de coleta de dados.

Durante todo o processo de coleta de dados foram atendidos os princípios de bioética como a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Assim como, foram assegurados os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE E) foi submetido em todas as etapas do processo de consentimento livre e esclarecido, com explicação para o participante em linguagem clara e acessível, inclusive informando a possibilidade de não participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe causasse prejuízos de qualquer natureza. Após concordância em participar da pesquisa, o participante assinou o TCLE em duas vias de documentos idênticos, sendo-lhe fornecido um exemplar do documento, enquanto o outro ficou com o pesquisador.

O anonimato dos participantes foi preservado através da identificação alfanumérica de “código do participante na pesquisa”, sem que houvesse qualquer possibilidade de relação que permitisse identificação do participante. Os dados gerados em arquivo físico e/ou digital foram tratados com confidencialidade, no qual ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos após o término da pesquisa, posteriormente serão incinerados ou desmagnetizados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os resultados do perfil socioeconômico e demográfico correspondem à análise descritiva dos dados obtidos dos 30 (100%) enfermeiros participantes desse estudo. Por conseguinte, de acordo com a proposta do trabalho, os entrevistados foram divididos em 02 (dois) grupos de pertença, para análise comparativa dos dados, isto é: grupo 1- NTRHA enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva que não trabalham com RHA, e grupo 2 - TRHA os que trabalham com RHA. Assim, 16 (53,3%) figuraram o grupo 1- NTRHA e 14 (46,7%) o grupo 2 – TRHA.

A título de esclarecimento, faz-se indispensável nos estudos de representações sociais a caracterização dos indivíduos a ser estudado quanto aos grupos de pertença ou pertencimento social, mediante descrição ou perfil, sob o ponto de vista no qual Moscovici (2012) corrobora afirmando que os participantes de determinado estudo devem ser dotados de traços em comum, por meio de prévia escolha, ou seja, resultante do feixe de pressuposições que dá peso preferencial a certo número de critérios, com intuito de caracterização enquanto grupo de pertença.

Nesse caso, o presente estudo, utilizou enfermeiros como participantes, assim cabe ressaltar que no processo de entendimento de qualquer profissão, emergem elementos de caráter histórico e social. Em vista disso, Franzoi (2008) considera que, nas sociedades modernas, o conhecimento formal, enquanto papel legitimador da ciência, define relações de poder que se estabelece entre as esferas de criação, transmissão e aplicação do conhecimento formal.

Vale dizer, que para melhor compressão dessa etapa do estudo, em virtude da presença de muitas variáveis psicossociais coletadas na aplicação do questionário, os dados foram agrupados em três tipos de caracterizações, a saber: perfil sociodemográfico; perfil dos dados acadêmicos, profissionais e econômicos, e ainda, perfil referente à vivência/experiência com as biotecnologias reprodutivas dos entrevistados.

O resultado de cada parte do perfil será apresentado através de tabelas, e estes em percentuais que foram analisados comparativamente entre os grupos de pertença, no intuito de colaborar na compreensão desse grupo social e assim, o lugar, ou seja, onde as representações sociais sobre RHA são elaboradas.

### 5.1.1 Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

Nesse item, apresentamos a descrição dos dados referentes às características do perfil sociodemográfico dos dois grupos estudados, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros que não trabalham e que trabalham em RHA de acordo com dados sociodemográficos – Rio de Janeiro, 2015 (continua)

Variáveis psicossociais	Grupo 1 - NTRHA		Grupo 2 - TRHA		Total	
	(f <sub>i</sub> )	(fr <sub>i</sub> )	(f <sub>i</sub> )	(fr <sub>i</sub> )	(f <sub>i</sub> )	(fr <sub>i</sub> )
<b>Dados Pessoais</b>						
<b>Sexo</b>						
Feminino	15	93,75	10	71,43	25	83,33
Masculino	1	6,25	4	28,57	5	16,67
<b>Idade</b>						
26 a 35	5	31,25	3	21,43	8	26,67
36 a 45	7	43,75	3	21,43	10	33,33
46 a 55	4	25,00	6	42,86	10	33,33
56 a 65	-	-	2	14,28	2	6,67
<b>Cor / Raça</b>						
Branca	8	50,00	8	57,14	16	53,33
Parda	6	37,50	5	35,72	11	36,67
Preta	2	12,50	1	7,14	3	10,00
Amarela	-	-	-	-	-	-
Indígena	-	-	-	-	-	-
<b>Religião</b>						
Católica	10	62,50	11	78,58	21	70,00
Evangélica	3	18,75	-	-	3	10,00
Umbanda e Candomblé	1	6,25	2	14,28	3	10,00
Sem religião	1	6,25	1	7,14	2	6,67
Testemunha de Jeová	1	6,25	-	-	1	3,33
<b>Naturalidade (UF)</b>						
Rio de Janeiro	15	93,75	14	100	29	96,67
Minas Gerais	1	6,25	-	-	1	3,33
<b>Naturalidade (Região)</b>						
Capital / RJ	13	81,25	14	100	27	90,00
Região Metropolitana / RJ	2	12,50	-	-	2	6,67
Interior / MG	1	6,25	-	-	1	3,33
<b>Situação Conjugal</b>						
Casado	10	62,50	9	64,29	19	63,33
Solteiro	3	18,75	4	28,57	7	23,33
Divorciado	2	12,50	1	7,14	3	10,00
União estável	1	6,25	-	-	1	3,33
Viúvo	-	-	-	-	-	-

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros que não trabalham e que trabalham em RHA de acordo com dados sociodemográficos – Rio de Janeiro, 2015 (conclusão)

Variáveis psicossociais	Grupo 1 - NTRHA		Grupo 2 - TRHA		Total	
	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )
<b>Possui filhos</b>						
Sim	8	50,00	9	64,29	17	56,67
Não	8	50,00	5	35,72	13	43,33
<b>Número de filhos</b>						
1 a 2	6	75,00	5	55,56	11	64,70
2 a 3	2	25,00	2	22,22	4	23,53
4 ou mais	-	-	2	22,22	2	11,77
<b>Arranjo familiar</b>						
Casal com filho	6	37,50	7	50,00	13	43,33
Casal sem filho	5	31,25	2	14,28	7	23,33
Vive com parente (sem filhos e sem cônjuge)	2	12,50	2	14,28	4	13,33
Vive com filhos (sem cônjuge)	2	12,50	1	7,14	3	10,00
Vive sozinho	1	6,25	2	14,28	3	10,00

Legenda: Reprodução Humana Assistida (RHA).

Fonte: A autora, 2015.

A pesquisa apontou que os entrevistados são maioria do sexo feminino, num total representado por 25 (83,33%) profissionais, em detrimento de 5 (16,67%) do sexo masculino. Essa distribuição majoritária do sexo feminino ocorreu em ambos os segmentos dos pesquisados, ou seja, no grupo 1- NTRHA representado por 15 (93,75%) e no grupo 2 – TRHA com 10 (71,43%) enfermeiros.

No Brasil, em termos censitários gerais, a composição por sexo na população está representada por 51,3% de mulheres e 48,7% de homens. O cenário nacional revela maioria do sexo feminino na população, e ainda maior concentração de mulheres nas regiões metropolitanas do país, no qual a situação fica liderada pelo estado do Rio de Janeiro com 52,5% de mulheres, enquanto os homens são maioria apenas nos estados de Rondônia, Mato Grosso, Acre, Roraima, Amazonas e Pará (IBGE, 2013a).

No tocante a distribuição por sexo dos profissionais de enfermagem do Brasil, observamos, através dos dados oficiais declarados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que os profissionais de enfermagem são representados por 87,24% do sexo feminino, enquanto 12,76% são do sexo masculino. De maneira geral, a distribuição por sexo

varia menos de 2% entre as diversas categorias (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), exceto entre as parteiras que são representadas quase exclusivamente por mulheres (99,6%) (COFEN, 2011a).

Essa distribuição majoritária do sexo feminino se confirma, no país, entre os enfermeiros com 252.736 (88,2%) profissionais do sexo feminino, enquanto 34.383 (11,98%) são do sexo masculino (COFEN, 2011a). Estes dados corroboram com a característica marcante da feminilização da força de trabalho da saúde, representando atualmente mais de 70% de todo o contingente dos profissionais da área da saúde (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Quanto à idade, existe equivalência de concentração de participantes nas faixas etárias representadas pelos intervalos de idade de 36 a 45 anos – 10 (33,33%) e 46 a 55 anos – 10 (33,33%) totalizando 20 (66,66%). No entanto, quando analisamos pelos grupos de pertença verificamos a ocorrência de predomínio de profissionais mais jovens de 26 a 35 anos (31,25%) e de 36 a 45 anos (43,75%) totalizando (75,00%) no grupo dos enfermeiros que não trabalham com RHA, enquanto o grupo oposto concentra profissionais na maior faixa de idade, ou seja, de 46 a 55 anos com 6 (42,86%) enfermeiros.

Para investigação de cor/raça nos entrevistados, a branca foi autodeclarada com mais frequência, evidenciando um total de 16 (53,33%) seguida de parda com 11 (36,67%). A cor/raça preta foi autodeclarada por apenas 3 (10,00%) enfermeiros, não havendo referências quanto à amarela e indígena. A cor/raça branca foi mais preponderante, inclusive com porcentagem próximas nos dois grupos de pertença, sendo no grupo 1-NTRHA 8 (50,00%) e grupo 2-TRHA com 8 (57,14%).

A investigação de cor ou raça utilizada nas metodologias censitárias atuais se refere à característica declarada pelas pessoas, pressupondo que estejam imbuídos de aproximação com autoidentificação étnico-racial através das percepções de origem familiar, aparência física, além de aspectos referentes à cultura, de valores e tradições (PETRUCCELLI; SABOIA, 2013). Portanto, esse tópico de investigação se constitui importante elemento descritivo da identidade profissional do enfermeiro nesse estudo.

Considerando que, para o exercício da profissão do enfermeiro seja compulsório a formação universitária, nesse caso, pode fundamentar estatisticamente o percentual elevado de brancos, haja vista que a população em idade ativa preta e parda ainda é menos escolarizada que a população branca, em decorrência das desigualdades sociais imbricadas no processo educacional da população brasileira. Essa situação se torna notória quando se investiga o acesso à formação universitária no país, apurado pelo IBGE (2009), no qual a

população acima de 18 anos conta com 10,0% dos pretos e pardos contra 28,7% dos brancos que frequentam ou já frequentaram curso de nível superior.

No quesito religião, totalizando os dois grupos, 21 (70,00%) participantes se declararam católicos, seguido pelos evangélicos<sup>21</sup> e adeptos da umbanda/candomblé<sup>22</sup> com 3 (10,00%) cada um desses segmentos; 2 (6,67%) participantes se declararam “sem religião”, sendo 1 agnóstico e outro apenas não seguir denominação religiosa no momento da entrevista. Por fim, entre os entrevistados houve 1 (3,33%) declarante Testemunha de Jeová<sup>23</sup>. Quando analisado pelo grupo de pertença, verificamos a religião católica como predominante, ainda nos dias atuais, em ambos os grupos, com 11 (78,58%) entrevistados no grupo 2 – TRHA e no grupo 1 – NTRHA com 10 (62,50%).

Embora, a proporção de católicos siga a tendência de redução, observada nas duas décadas anteriores, ainda permanece majoritária como padrão religioso nacional declarado pelos brasileiros, com 64,6%. Vale salientar, que os dados aqui apresentados encontram-se acima da média para o estado do Rio de Janeiro que apresenta o menor percentual de católicos (45,8%) do país (IBGE, 2010a).

É relevante, ainda, destacar que somente no grupo 1-NTRHA houve profissionais que se declararam evangélicos com 3 (18,75%), apesar do surgimento dessa denominação religiosa se apresentar somente num dos grupos, a porcentagem se encontra próximo da média nacional. Ao contrário do padrão de queda no país dos que se declaram católicos e adeptos das religiões de origem afro-brasileira, a denominação religiosa evangélica tem consolidado padrão de crescimento, que passou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010 (IBGE, 2010a).

É inegável que, ainda, nos dias atuais a religião seja portadora de princípios dogmáticos arraigados de crenças e valores que direcionam decisões importantes no cotidiano das pessoas, principalmente, diante de dilemas relacionados à vida humana. Nessa diretiva, o catolicismo apresenta preponderância de influências doutrinárias morais e espirituais principalmente no Brasil, em virtude do inegável envolvimento com a formação histórica do país, haja vista que foi trazida pelos portugueses, a partir do século XVI, sendo imposta através do processo catequização da fé católica, para índios e posteriormente aos negros trazidos do continente africano.

A Igreja Católica Apostólica Romana declara não temer os avanços científicos e tecnológicos atuais, no tocante aos valores relacionados ao favorecimento da vida humana,

---

<sup>21</sup> Cristãos protestantes que romperam com os ensinamentos da Igreja Católica.

<sup>22</sup> Manifestações religiosas distintas entre si que comungam elementos da cultura religiosa afro-brasileira.

<sup>23</sup> Religião denominada cristã, que não comunga as crenças protestantes como a existência da Trindade ou Santíssima Trindade (Pai, Filho e Espírito Santo), somente na existência de “um só Deus” (JW.ORG, 2015).

pois considera que seja entremeado pela fé, enquanto mistério divino. No entanto, apresenta postura mais ortodoxa quando se refere às questões relacionadas à sexualidade humana, principalmente no que tange a finalidade do sexo, dessa maneira, acolhe parcialmente os avanços em reprodução humana assistida, portanto admite os progressos relacionados aos diagnósticos de infertilidade. Entretanto, se posiciona de maneira restritiva aos tratamentos/terapias de RHA, por considerar mecanização da vida em sua fase inicial, em virtude da dissociação do ato sexual com a reprodução humana (CAMBIAGHI, 2010).

Para os estudos em representações sociais, Moscovici (2012) julga importante contextualizar religiões, principalmente, quanto à influência e poder do catolicismo na sociedade contemporânea, apesar de seu destronamento após a "Idade da Razão", condenando a si mesma a livrar-se de sua conexão com sujeito, comunidade e cultura (JOVCHELOVITCH, 2011). Desta forma, para sustentar estudos sérios em RS não se deve menosprezar a influência religiosa, mesmo diante de sociedades que se autodenominam laicas.

No que concerne a naturalidade declarada pelos entrevistados em função da Unidade da Federação (UF) de nascimento, 29 (96,67%) enfermeiros declararam que nasceram no estado do Rio de Janeiro e apenas 1 (3,33%) em Minas Gerais, no entanto, como esperado, todos declararam que trabalhavam no município do Rio de Janeiro.

Quanto aos municípios de nascimento, 27 (90,00%) revelaram que eram oriundos do município do Rio de Janeiro (capital), seguido 2 (6,67%) de regiões metropolitanas do estado do Rio de Janeiro (Niterói e Magé) e apenas 1 (3,33%) do interior de Minas Gerais (Juiz de Fora). Esses dados estão de acordo com o Censo 2010 que mostra que a população é mais urbanizada hoje que há 10 anos, haja vista que em 2000, 81% dos brasileiros viviam em áreas urbanas, agora são 84% (IBGE, 2010a).

A respeito da situação conjugal o maior percentual 19 (63,3%) dos entrevistados referiram que são casados, seguidos dos solteiros com 7 (23,33%); divorciados 03 (10,00%) e em regime de união estável 1 (3,3%), nesse momento da pesquisa nenhum entrevistado declarou viuvez. Analisando esses dados, pelos grupos de pertença, verificamos que a situação conjugal "casados" são próximas nos dois segmentos, sendo 10 (62,50%) no grupo 1 - NTRH e 9 (64,39%) no grupo 2 - TRHA.

Esse padrão observado na pesquisa encontra-se muito acima do estado civil de casados observado nos profissionais de enfermagem do país, que conta com 502.487 (34,66%) casados contra 714.487 (49,29%) profissionais solteiros (COFEN, 2011a). Vale esclarecer que esses dados referem-se a todo o contingente da equipe de enfermagem, não havendo

dados disponíveis quanto à diferenciação do estado civil por categoria profissional.

É importante ressaltar que o volume de casamentos diminuiu após os anos 70 e se manteve decrescente até o início da década passada. No entanto, houve elevação do volume de casamentos entre 2003 a 2008 em decorrência das taxas de nupcialidade legal, que foram atribuídas à melhoria no acesso aos serviços de justiça, mudanças no Código Civil (renovado em 2002), recasamentos e casamentos coletivos em parcerias com igrejas, cartórios e prefeituras.

Vale dizer que, os profissionais entrevistados concentram-se nas faixas de idade consideradas jovens, entre 26 a 45 anos, representando (60,00%) no total, dessa maneira ao longo da carreira podem permanecer ou migrar para outras situações conjugais. Uma vez que, as taxas de nupcialidade ficam prejudicadas com as mudanças na composição etária da população, como o envelhecimento (IBGE, 2010b).

Dos entrevistados, 17 (56,67%) informaram ter filhos e 13 (43,33%) não possuir filhos. No entanto, no grupo 2 – TRHA ocorre a maior distribuição dos que possuem filhos com 9 (64,29%) entrevistados, enquanto o grupo que não trabalha com RHA, ou seja, grupo 1 possui ocorrência semelhante entre possuir e não possuir filhos com 8 (50,00%) cada.

O dado relativo à presença ou não de filhos dos entrevistados se faz importante para construção do entendimento da dinâmica familiar nesse estudo, fato esse que com certeza influencia na representação da RHA, assim, também faz sentido que sejam levados em consideração as variáveis quanto à composição e/ou arranjos familiares.

Portanto, para esse estudo de representações sociais é importante entender a dinâmica e composição familiar, visto que a conceituação de família parte de importantes princípios teóricos e conceituais fundamentados em diferentes contextos históricos, sociais e culturais do qual o sujeito está inserido, que por sua vez permite elaborar modos de pensar e agir distintos frente aos fenômenos de representações sociais, principalmente relativos as biotecnologias reprodutivas no contexto da vida humana.

Assim, ao se analisar o quantitativo de filhos informados buscou-se compreender um pouco mais, a composição familiar dos participantes, e naturalmente foram considerados os filhos biológicos, os adotivos e os enteados advindos de relacionamentos anteriores nas novas composições familiares. Embora haja entendimento que foram processos de filiações distintos para os entrevistados no tocante ao constructo afetivo/emocional e jurídico. Desse modo, esse estudo também corrobora para fortalecer o reconhecimento dessas situações, que já estão assegurados pela Constituição Federal do Brasil de 1988, ou CF/88, nos dizeres: “Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e

qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação” (BRASIL, 1998, p. 161).

No contexto dos entrevistados que declararam possuir filhos, a referência total quanto ao número de filhos descreve que 11 (64,70%) possui de 1 a 2 filhos, seguido de 2 a 3 filhos com 4 (23,53%) participantes e a presença de quatro ou mais filhos foi descrita por apenas 2 (11,77%) entrevistados. Este último percentual, de quatro ou mais filhos, está alocado somente no grupo de enfermeiros que trabalham com RHA – grupo 2, e nesse caso, o quantitativo elevado de filhos são advindos de famílias reconstituídas pelos recasamentos, nos quais alguns filhos são de apenas um dos cônjuges.

Mesmo considerando as diferentes configurações familiares, o número de filhos dos entrevistados encontra-se na média nacional. No tocante à fecundidade, tem sido observado processo de queda no país, diante do número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil em 2010 ter sido de 1,86 filhos, relativamente inferior a 2,38 filhos observado em 2000 (IBGE, 2010b). Esses dados informados pelo IBGE também revelam que existem diferenças nos padrões de fecundidade relacionados à cor/raça e idade, haja vista que as mulheres pretas, pardas e indígenas mais jovens, ou seja, até 24 anos têm maior preponderância de taxas de fecundidade nesse período da vida fértil, enquanto nas mulheres brancas ocorre maior concentração no grupo de 25 a 34 anos.

Para fins de elucidação, nesse trabalho foram utilizadas as mesmas configurações familiares utilizadas pelo IBGE, que considera os “arranjos familiares” (individuais ou em grupo) quando uma ou mais pessoas que vivem em domicílio particular são capazes de garantir a própria alimentação e outros bens. Assim, os arranjos familiares devem encontrar-se inseridos em unidades domésticas, outrora denominados de domicílios, que contabilizava cerca de 62,8 milhões no Brasil em 2012 (IBGE, 2013b). Faz-se importante pontuar que no estudo em tela todos os arranjos familiares denominados “casal” se referiram, pelos declarantes, na configuração tradicional de homem e mulher.

Quanto ao arranjo familiar, a referência predominante foi “casal com filho”, num total de 13 (43,33%) participantes, seguido de “casal sem filho” com 7 (23,33%). Os entrevistados informaram, ainda, outras composições familiares: “vivem com parentes, mas sem filho e sem cônjuge”, num total de 4 enfermeiros (13,33%), os que “vivem com filhos, mas sem cônjuge” foram relatados por 3 (10,00%), e ainda os que relataram que “vivem sozinhos” 3 (10,00%) depoentes.

Os dados relativos a “casal com filho”, como descrito anteriormente, representam 43,33% de todos os entrevistados, e estão um pouco abaixo do observado no país, que

computava 45,0% em 2012. Esse tipo de configuração familiar também sofreu redução ao longo da década, já que em 2000 representava 52,7% (IBGE, 2013b). Ainda assim, essa composição foi preponderante nos dois grupos, apresentando maior representatividade no grupo 2 - TRHA com 7 (50,00%) enquanto o grupo 1- NTRHA apresentou 6 (37,50%).

Em contrapartida à diminuição relativa de “casais com filho”, tem havido aumento de “casais sem filhos”, como mostra a Síntese de Indicadores Sociais, observado no período de 2002 a 2012, que passou de 14,0% para 19,0% do total de famílias brasileiras (IBGE, 2013b). As observações demográficas tem revelado que muitos casais têm optado por se estabelecer no mercado de trabalho antes de decidir por ter filhos, e que aliados à postergação da fecundidade feminina se convertem em fatores capazes de gerar mudanças nos padrões da organização da família.

Os “casais sem filhos” têm se tornado um fenômeno social importante observado não só no Brasil, mas no mundo. Esse tipo de arranjo familiar denominado de família DINC<sup>24</sup> se referem aos casais, heterossexuais ou homossexuais, que possuem dupla renda e que não possuem filhos. Para Alves, Cavenaghi e Barros (2010), não resta dúvida que os “casais sem filhos” têm se tornado um fenômeno social importante, não tanto pela quantidade, mas sim por suas características paradigmáticas da pós-modernidade.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD), nos anos de 1996 e 2006 revelou que o percentual de casais DINC no Brasil, passou de 2,7%, para 3,7% e chegou a 4,5%, nas respectivas datas, ou seja, em 2011 representou quase seis milhões de pessoas na condição DINC (IBGE, 2011). Para Alves (2010), a família DINC cresce no mundo todo, e no Brasil aumenta devido às tendências de queda das taxas de fecundidade, com concomitante aumento do número de pessoas que não querem ter filhos, aliado ao aumento da participação feminina no mercado de trabalho, com redução da parcela de mulheres dedicadas exclusivamente aos afazeres domésticos.

A raça/cor influencia a proporção de mulheres que permanecem sem ter filhos, sendo maior entre as mulheres brancas de 15 a 49 anos de idade (41,2%), enquanto para as pretas ou pardas o percentual foi de 35,5% em 2012. Ademais outros fatores também corroboram para que a mulher tenha menos filhos, como presença de cônjuge ou companheiro e a escolaridade mais elevada representada por 8 anos ou mais de estudo. (IBGE, 2013b).

Nesse estudo os que “vivem com filhos sem cônjuge” um total de 3 (10,00%), são exclusivamente mulheres, o que nos faz refletir que apesar das novas configurações de família

---

<sup>24</sup> DINC é um acrônimo formado pela combinação das letras iniciais das palavras Duplo Ingresso, Nenhuma Criança. No inglês se usa DINC = Double Income, No Children, ou DINK = Dual Income, No Kids.

brasileira, ainda é muito significativa a guarda maternal em nosso país, a despeito das novas diretrizes de guarda compartilhada após adaptações em 2002 do Código Civil Brasileiro.

Para colaborar com essa observação, em um estudo de RS, acerca da guarda dos filhos diante da separação do casal, ficou evidenciada, ainda, a responsabilização da mulher pelo cuidado doméstico, incluído o cuidado dos filhos, enquanto ao homem a incumbência do papel de provimento financeiro. Desse modo, esse estudo evidenciou que as representações sociais estão ancoradas na “naturalidade” da maternidade e paternidade, que imputam obstáculos para aceitação e avanços, no tocante à guarda compartilhada (SCHNEEBELI; MENANDRO, 2014).

#### 5.1.2 Perfil referente aos dados acadêmicos, profissionais e econômicos dos participantes da pesquisa

Nesse tópico, os dados acadêmicos, profissionais e econômicos foram agrupados, na Tabela 2, em razão da aproximação das variáveis psicossociais envolvidas, que visam complementar informações a respeito dos grupos estudados.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros que não trabalham e que trabalham em RHA de acordo com os dados acadêmicos, profissionais e econômicos – Rio de Janeiro, 2015

Variáveis psicossociais	Grupo 1 - NTRHA		Grupo 2 -TRHA		Total	
	(f <sub>i</sub> )	(fr <sub>i</sub> )	(f <sub>i</sub> )	(fr <sub>i</sub> )	(f <sub>i</sub> )	(fr <sub>i</sub> )
<b>Dados Acadêmicos</b>						
<b>Tempo de graduação</b>						
Até 15 anos	7	43,75	4	28,58	12	40,00
Mais de 15 anos	9	56,25	10	71,42	18	60,00
<b>Pós-graduação</b>						
Sim	15	93,75	14	100,00	29	96,67
Não	1	6,25	-	-	1	3,33
<b>Tipo de pós-graduação</b>						
Lato Sensu	14	87,50	11	78,58	25	83,33
Stricto Sensu	1	6,25	3	21,42	4	13,33
Não possui	1	6,25	-	-	1	3,33
<b>Área da Pós-graduação</b>						
Não relacionada à saúde sexual e reprodutiva	6	37,50	13	92,86	19	63,33
Relacionada à saúde sexual e reprodutiva	10	62,50	1	7,14	11	36,67
<b>Conteúdo teórico e/ou prático referentes à RHA</b>						
Sim	7	43,75	4	28,58	11	36,67
Não	9	56,25	10	71,42	19	63,33
<b>Dados Profissionais</b>						
<b>Empregos</b>						
1 emprego	4	25,00	7	50,00	11	36,67
Mais de 1 emprego	12	75,00	7	50,00	19	63,33
<b>Espaço de atuação dos enfermeiros</b>						
Serviço Público	16	100,00	12	85,72	28	93,33
Serviço Privado	-	-	2	14,28	2	6,67
<b>Dados econômicos</b>						
<b>Renda Individual</b>						
Até 8 salários	7	43,75	5	35,72	12	40,00
Mais de 8 salários	9	56,25	9	64,28	18	60,00
<b>Renda Familiar</b>						
Até 13,8 salários	10	62,50	5	35,72	15	50,00
Mais de 13,8 salários	6	37,50	9	64,28	15	50,00

Legenda: Reprodução Humana Assistida (RHA).

Fonte: A autora, 2015.

Na Tabela 2, foi observado que o tempo que os enfermeiros estavam graduados variou de 4 a 37anos, numa média de 20,5 anos. Quando esses dados foram separados em intervalos de tempo observou-se que 18 (60,00%) enfermeiros estavam graduados há mais de 15 anos, enquanto 12 (40,00%) referiram que a conclusão da graduação havia ocorrido há menos de 15 anos. Portanto, o período de tempo de graduação nos dois grupos ficou concentrado na faixa acima de 15 anos, sendo mais relevante no grupo 2 que trabalha com RHA com 10 (71,42%) entrevistados, e no grupo 1 com 9 (56,25%). Já os enfermeiros graduados em até 15 anos foi mais relevante no grupo 1 com 7 (43,75%), ao contrário do grupo 2 com 4 (28,58%) depoentes.

Em termos gerais, 29 (96,67%) dos entrevistados concluíram algum tipo de pós-graduação, seja em nível Lato Sensu e/ou Stricto Sensu. No entanto, quando se apura com maior detalhamento, é possível notar que esteve concentrada principalmente em nível Lato Sensu com 25 (83,33%), enquanto o grau de Stricto Sensu representou apenas 4 (13,33%) de todo contingente. Vale elucidar que todos os enfermeiros que referiram possuir pós-graduação do tipo Stricto Sensu cursaram o mestrado acadêmico, e ao mesmo tempo relataram que já haviam concluído algum curso Lato Sensu, no entanto para fins de tratamento estatístico foi considerado somente a maior titulação acadêmica.

O grupo que trabalha com RHA obteve totalidade de 14 (100,0%) dos seus componentes com algum tipo de pós-graduação. Esses elevados dados referente aos profissionais que possuíam pós-graduação também pôde ser observado no grupo oposto (grupo-1), pois somente 1 (6,25%) participante não tinha pós-graduação. Quanto ao nível da pós-graduação Stricto Sensu foi citado apenas o curso de mestrado acadêmico, sendo 3 (21,42%) enfermeiros no grupo que trabalha com RHA, enquanto no grupo oposto foi mencionado por apenas 1 (6,25%), vale dizer que nesse grupo houve uma enfermeira que relatou curso de doutorado, porém não concluiu essa pós-graduação por desistência, nesse caso foi considerado somente o curso de mestrado acadêmico para esse estudo.

Quanto ao detalhamento por área de especialização, a grande maioria (19 - 63,33%) dos entrevistados sinalizou ter cursado especialidades fora da área da saúde sexual e reprodutiva, sendo essa característica mais frequente nos enfermeiros do grupo 2, ou seja, justamente os enfermeiros que atuam diretamente com RHA. As especializações mais apontadas por esse segmento estiveram relacionadas a áreas alheias a saúde sexual e reprodutiva, a saber: cardiologia; educação (docência); neonatologia; pediatria; oncologia e saúde do trabalhador. Nesse caso, os entrevistados esclareceram que em todas as situações de inserção ao mercado de trabalho em RHA ocorreu mediante oportunidade de empregabilidade

não como consequência da especialização.

Em contrapartida, o grupo 1- que não trabalha com RHA, engloba o maior percentual de enfermeiros, 10 (62,50%), com formação em especialidades que possuem afinidades de abordagens, ainda que não diretamente, às questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, como as pós-graduações vinculadas à saúde da família, saúde pública, saúde da mulher, ginecologia e principalmente enfermagem obstétrica.

As observações quanto às especialidades dos enfermeiros desse estudo servem para iniciar uma compreensão quanto à aproximação desse profissional com as questões da área de conhecimento relativa à saúde sexual e reprodutiva dos grupos humanos, principalmente, no que concerne às biotecnologias reprodutivas. Considerando, no entanto, que o entendimento e práticas coerentes das temáticas referentes à saúde sexual e reprodutiva não devem estar restritos a um determinado conjunto de especialidades das profissões da saúde, visto que sua essência perpassa por diversas áreas de saber científico, assim como, pela apreensão do senso comum que circula socialmente, que juntos constroem corpo de conhecimento que podem ser aplicados no cotidiano laboral do profissional da saúde.

As emergentes demandas sociopolíticas e de novas tecnologias no universo da saúde tem impulsionado enfermeiros na busca por aprimoramento técnico-científico, no intuito de atender, principalmente, as exigências mercadológicas de trabalho e também a quesitos de afinidades/preferências pessoais por determinadas áreas de conhecimento (CAVALCANTI VALENTE; VIANA; GARCIA NEVES, 2010). No entanto, como se pode observar nesse estudo, o aproveitamento dos enfermeiros entrevistados que atuam em RHA pelo mercado das tecnologias reprodutivas, raramente ocorreu a partir da especialização, em razão da maioria das situações advir da necessidade de preenchimento de vagas de emprego pelo mercado.

Diante dos anseios que perpassam a profissão de enfermagem, no que diz respeito às leis de oferta e demanda do mercado de trabalho, o COFEN, órgão normatizador e fiscalizador do exercício da profissão de enfermagem, buscando atender premissas que estejam em consonância com as exigências do mundo atual do trabalho, reconheceu, recentemente, 44 especialidades em Enfermagem por meio da Resolução 389/11. No entanto, se observa nessa resolução que, ainda não há referência específica e/ou similar quanto à pós-graduação de enfermagem em Reprodução Humana Assistida (COFEN, 2011b).

Desde 2010, iniciativas isoladas de capacitação em RHA para enfermagem têm sido observadas, através de entidade de ensino/assistência privada vinculada à Instituição de Ensino Superior (IES) no estado de São Paulo, que ministra curso de pós-graduação Lato Sensu em RHA voltada para o enfermeiro. Todavia, em virtude da escassez de enfermeiros

especialistas em RHA, o curso apresenta coordenação geral/pedagógica realizada por profissional médico e biomédico, no qual se encontra reconhecido pelo processo 199/2010 através do Parecer 422/10 (CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, 2010).

Outra proposta de incentivo a qualificação tem ocorrido através da entidade científica SBRA, através da Resolução nº 1/2015 (SBRA, 2015), que designou especialistas em RHA (médico e enfermeira) para coordenarem comissão de avaliação e certificação pela entidade, com a finalidade de emitir o Título de Capacitação em Reprodução Humana Assistida para enfermeiros (SBRA, 2015), revelando, assim, mais um passo para estimular enfermeiros a buscarem aprimoramento técnico-científico em biotecnologias reprodutivas.

Em termos da aproximação com conteúdos teóricos e/ou práticos referentes à RHA nos dois grupos 19 (63,33%) dos participantes relataram que nunca receberam qualquer informação sobre essa temática durante a graduação ou pós-graduação, enquanto apenas 11 (36,67%) declararam que tiveram algum tipo de informação sobre o assunto em algum momento da vida acadêmica. Interessante notar que a ausência das informações/conteúdos foi mais frequente, justamente, entre o grupo que trabalha com RHA representado por 10 (71,42%) enfermeiros, contra 9 (56,25%) do outro grupo.

Nesse item da investigação acadêmica dos entrevistados, vale esclarecer, foi necessário utilizar estratégia de união dos elementos referentes aos conteúdos teórico/prático e ainda graduação/pós-graduação, no intuito de evitar fragmentações de informações, para facilitar a compreensão na análise desses dados, pois foi detectada grande lacuna de oferta de conteúdos dessa natureza entre os entrevistados durante todo processo de formação acadêmica.

É importante ressaltar que os entrevistados que tiveram acesso aos conteúdos investigados sobre RHA em algum momento da formação acadêmica relataram que estes foram disponibilizados em tempo reduzido, abordados exclusivamente sob a perspectiva teórica e biológica, com escasso aprofundamento de discussões acerca de bioética, infertilidade, relações de gênero, direitos sexuais e reprodutivos não chegando a provocar impacto sobre as decisões futuras em termos profissionais para esses entrevistados no tocante à RHA.

Esses dados não devem ser generalizados, todavia, sinalizam que as dificuldades de oferta/acesso aos cursos específicos em RHA para enfermagem merecem investigações posteriores, que podem ser exploradas nos aspectos, por exemplo, referentes às questões político-pedagógica, mercado de trabalho e legislações específicas.

Esse cenário de distanciamento da enfermagem com a RHA pode ser modificado

através de estratégias políticas e educativas, como exemplifica Castro (2013) num estudo de representações sociais, no qual identificou que os médicos (grupo de pertença da área biomédica) relataram pouco conteúdo da temática de RHA durante a graduação, no entanto se sentiram estimulados a participar de cursos de atualização funcional e de capacitação profissional relacionado ao tema após aproximação com a área da ginecologia.

No tocante à análise pertinente aos dados profissionais, no que se refere ao quantitativo de empregos dos enfermeiros, foi observado nos dois segmentos que 19 participantes (63,33%) declararam possuir mais de um emprego, e somente 11 (36,67%) possuíam apenas um emprego. Quando analisado pelos grupos de pertença, observamos que o grupo 1- NTRHA apresenta maior número de enfermeiros com mais de um emprego com 12 (75,00%) contra 7 (50,00%) do grupo 2 – TRHA.

Foi verificado que a maioria dos entrevistados 28 (93,33%) atua na rede pública, enquanto apenas 2 (6,67%) estavam alocados exclusivamente na rede privada. O grupo 2, que trabalha especificamente em RHA, ficou representado por 12 (85,72%) que atuam no serviço público e apenas 2 (14,28%) na iniciativa privada. Assim, nesse estudo, todos os enfermeiros 2 (6,67%) que trabalhavam na rede privada, nas dependências das clínicas de saúde, lidavam com biotecnologias reprodutivas no quotidiano laboral.

Vale explicitar que, neste estudo, foi utilizado espaço de atuação dos entrevistados como sinónimo de local de trabalho, seja no âmbito das instituições de saúde pertencentes a administração pública ou privada, e não, propriamente, ao tipo de vínculo empregatício, posto que, 3 enfermeiros do grupo 2 – TRHA e 2 do grupo 1 – NTRHA, apesar de atuarem no setor público trabalham em regime de contratação terceirizada, que, não raro, se caracteriza por apresentar frágeis direitos trabalhistas.

Essa situação trabalhista tem crescido exponencialmente no setor saúde; nesse sentido, Machado, Vieira e Oliveira (2012) evidenciam tratar-se de precário vínculo de trabalho, em virtude da relação de vulnerabilidade trabalhista do profissional, e de certa maneira, essa situação, implica na fragilidade da prestação de serviço à população, que em algum momento implicará na descontinuidade da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse seguimento, a realidade dos serviços de RHA no Rio de Janeiro aponta que, em sua maioria, estão inseridos na rede privada de saúde, isto é: consultórios e clínicas/centros especializados vinculados ou não a hospitais/clínicas. Numa breve observação desses serviços foi detectado que dispõem de poucos enfermeiros contratados para atuarem em RHA. Enquanto na rede pública os enfermeiros que atuam com RHA estão alocados principalmente nas universidades estaduais e federais, e contam com maior quantitativo de enfermeiros

propiciando maior contato desses profissionais com a temática em questão, todavia é no espaço privado que se encontram os aparatos biotecnológicos mais modernos.

Os cenários públicos e privados de RHA possuem particularidades quanto às dinâmicas institucionais, haja vista processos de formações heterogêneas no que diz respeito aos modelos organizacionais e de gestão, no entanto, convergem quanto às condições de produção e circulação de representações sociais diante da troca de experiências e informações pelos enfermeiros acerca de RHA.

Quanto às análises dos dados econômicos, relativo às rendas individual e familiar dos entrevistados, considerou-se o salário mínimo (SM) como parâmetro para os cálculos salariais. Logo, como última referência salarial para essa pesquisa, tem-se o SM nacional fixado a partir de 01.01.2014 e vigente em agosto/2014 através do decreto nº 8.166, de 23 de dezembro de 2013 que estava composto de R\$724,00 (BRASIL, 2013a).

Este parâmetro salarial foi considerado em virtude dos profissionais de enfermagem ainda não possuírem piso salarial nacional definido por lei, além das faixas salariais variarem bastante de estado para outro. Apesar do Projeto de Lei 4.924/2009 (BRASIL, 2009a) para fixar o piso salarial do enfermeiro, e das demais categorias de enfermagem como técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira; no entanto, permanece tramitando na câmara através de recursos jurídicos que procrastinam a aprovação desse projeto de lei.

Existem também propostas de assegurar aos profissionais um piso salarial normativo equivalente a 10 vezes o valor do SM nacional. No entanto, percebe-se a morosidade com o tratamento da questão pela justiça, que se apresenta como obstáculo na aquisição desse direito trabalhista, que de certo modo, corrobora para pouca homogeneidade de reivindicações trabalhistas pelos trabalhadores da enfermagem, haja vista a disparidade salarial entre os setores de saúde público e privado.

A distribuição de renda individual revelou uma variação de 2,2 a 13,8 SM entre os entrevistados, assim 18 (60,00%) declararam recebimento de mais de 8 (oito) SM, enquanto 12 (40,00%) apontaram ganhos de até 8 SM. No detalhamento da análise observou-se que, apesar dos dois grupos concentrarem renda individual acima de 8 SM, comparativamente o grupo 2 reteve maior parcela de enfermeiros 9 (64,28%) nessa faixa de renda. Em contrapartida, a menor faixa salarial de até 8 SM ficou concentrada no grupo 1- NTRHA com 7 (43,75%) depoentes.

Com relação à distribuição de renda familiar foram equivalentes nos dois grupos às faixas salariais compreendidas com ganhos de até 13,8 SM e mais de 13,8 SM representado por 15 enfermeiros (50,00%) cada. No entanto, quando analisados pelos grupos de pertença, o

grupo 2 – TRHA concentrou maior ganho na faixa salarial acima de 13,8 SM com 9 (64,28%) enquanto o grupo-1 NTRHA a maior concentração se deu na menor faixa salarial de até 13,8 salários com 10 (62,50%).

Vale elucidar que na análise dos dados econômicos, relativo aos grupos de pertença, foi observado que o grupo 2- TRHA que atua diretamente com tecnologias reprodutivas apresenta maior rendimento salarial nas categorias individual e familiar, assim como concentrar maior número de profissionais que declararam possuir apenas um emprego. Esse resultado aponta a possibilidade desse grupo ter acesso a combinações de características que lhes permitam ganhar maior salário no mercado de trabalho em comparação ao outro grupo. Visto que, em contraste, o grupo 1- NTRHA retêm menor renda (individual e familiar) apesar de trabalhar em mais de um emprego.

Conforme enfatizam Santos et al. (2010), as consequências deletérias de baixos salários podem contribuir para múltiplos empregos, ou dupla jornada de trabalho, além de expor por mais tempo aos locais de trabalho e, conseqüentemente, aos fatores que são possíveis causadores de estresse. Nesse sentido, a RHA se constitui, a princípio, numa possibilidade promissora de campo de trabalho para o enfermeiro.

Esses dados acadêmicos, profissionais e econômicos reforçam indicativos que existe a necessidade de discussões político-pedagógicas, com vistas à ocupação dos profissionais de enfermagem em frentes de trabalho com maior valorização e autonomia profissional, haja vista que, no contexto nacional tem ocorrido o crescimento do multiemprego, devido aos baixos salários, principalmente do subsetor público de saúde, e também crescimento do emprego no subsetor privado (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Assim, apesar desse estudo sugerir que os enfermeiros que atuam diretamente em RHA apontam para melhores salários e menores taxas de multiempregos, comparativamente aos profissionais que não atuam com biotecnologias reprodutivas, considera-se a necessidade de maior aprofundamento de dados para esclarecimento dessa questão, haja vista a complexidade das questões trabalhistas que perpassam o universo do trabalho dos profissionais de enfermagem.

### 5.1.3 Perfil referente à vivência/experiência com as biotecnologias reprodutivas pelos participantes da pesquisa

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros que não trabalham e que trabalham em RHA de acordo com vivência/experiência com as biotecnologias reprodutivas – Rio de Janeiro, 2015

Variáveis psicossociais	Grupo 1 NTRHA		Grupo 2 - TRHA		Total	
	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )
<b>Utilização pessoal de técnicas de RHA</b>						
Sim	2	12,50	1	7,14	3	10,00
Não	14	87,50	13	92,86	27	90,00
<b>Familiar/amigos que utilizaram técnicas de RHA</b>						
Sim	11	68,75	8	57,14	19	63,33
Não	5	31,25	6	42,86	11	36,67
<b>Fonte de informação geral (1ª fonte)</b>						
Internet	11	68,75	9	64,29	20	66,67
Impressa	2	12,50	4	28,57	6	20,00
Televisão	3	18,75	1	7,14	4	13,33
<b>Fonte de informação sobre RHA (1ª fonte)</b>						
Internet	8	50,00	7	50,00	15	50,00
Impressa	4	25,00	4	28,57	8	26,67
Televisão	4	25,00	-	-	4	13,33
Ambiente de trabalho	-	-	3	21,43	3	10,00

Legenda: Reprodução Humana Assistida (RHA).

Fonte: A autora, 2015.

No intuito de iniciar compreensão quanto à aproximação pessoal dos entrevistados com as questões de RHA, presente na Tabela 3, ficou evidenciado no universo total de entrevistados que 27 (90,00%) nunca vivenciaram as técnicas de RHA, enquanto 3 (10,00%) informaram já terem utilizado de biotecnologias para resolução de demandas reprodutivas pessoais, esse aspecto foi um pouco mais evidente no grupo 1- NTRHA, com 2 (12,50%) profissionais, em relação a apenas 1 (7,14%) do outro grupo.

Os profissionais que tiveram aproximação com a RHA, em virtude de familiares/amigos que recorreram a essas técnicas representaram 19 (63,33%), sendo mais frequente no grupo 1 que não trabalha com RHA com 11 (68,75%) em relação a 8 (57,14%) do grupo oposto. Este fato parece evidenciar a demonstração de confiança desses

parentes/amigos nesses profissionais, haja vista que a RHA pode ser tratada como algo artificial e envolta em muitos dilemas por muitas mulheres/casais, assim evitam contar em público, ou até mesmo para familiares que estão envolvidos nesse processo. No que Queiroz (2002) complementa informando que essa situação se dá por receio de preconceito e da exposição frente a opinião dos outros.

A rigor, percebemos que a situação do desejo por um filho pode ser observada na família, no grupo de amigos ou até mesmo na vivência pessoal dos entrevistados, o que sugere desdobramentos dessas circunstâncias nas representações das tecnologias reprodutivas dos enfermeiros, pois se caracterizam por saberes que também emergem das vivência/experiências.

Para adentrarmos na investigação do quesito fonte de informação, vale esclarecer que foi considerado o primeiro meio de comunicação citado, ou seja, primeira fonte mais utilizada pelo entrevistado para obter informações sobre conhecimentos gerais do cotidiano e também informações específicas sobre RHA.

De forma geral, os entrevistados utilizam amplamente a internet como principal meio de informação para obtenção e atualização de conhecimentos gerais, com 20 (66,67%) participantes, seguido dos meios impressos como jornais, revistas de atualidades e livros com 6 (20,00%) e televisão com 4 (13,33%) entrevistados. A internet também obteve distribuição semelhante entre os grupos ficando ligeiramente mais expressiva no grupo que não trabalha com RHA 11(68,75%) em relação ao outro grupo 9 (64,29%).

A revolução da rede de computadores inseriu a internet no ramo das novas tecnologias de informação e comunicação, fato sem precedentes na história da humanidade, em decorrência da velocidade do alcance das informações disponibilizadas. Para Gómez (2006), a dimensão do poder comunicativo da internet, diante da complexidade do fenômeno, não se restringe a compilar mídias de massa como televisão, revistas e jornais que disponibilizam seus conteúdos on-line na rede, visto que a dimensão do seu alcance ainda carece de compreensão quanto ao seu impacto na disseminação de informações.

O fenômeno de comunicação da internet pode ser confirmado diante de pesquisas relacionada a hábitos de informações dos brasileiros, que se constitui no principal meio concorrente à televisão em determinados segmentos. No entanto, o acesso ao universo digital também revela disparidades sociais visto que está associado aos maiores centros urbanos, em estrato da população mais jovem (até 25 anos de idade), com maior renda (acima de 5 SM) e em 87% dos que possuem ensino superior (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, Moscovici (2012) pondera que o ponto de partida da informação está

centrado na sua fonte, considerado lugar de mediação de diversos tipos de comunicação, e chega a conclusão que cada população tem modos de comunicação dominantes e hierarquizados determinados pela situação social e grau de instrução. Sendo assim, a investigação das fontes de informações sobre conhecimentos gerais dos enfermeiros permite compreender quanto ao solo de apreensão e circulação de conhecimentos sobre objeto de interesse dessa pesquisa, a RHA, legitimando a importância da comunicação formal e não formal.

Em consonância com as fontes de informações gerais, os enfermeiros referiram que a fonte mais utilizada para adquirir conhecimento sobre RHA também ocorre através da internet com 15 (50,00%) de todos os entrevistados, obtendo percentual equivalente (50,0%) nos dois grupos de pertença. A segunda fonte de informação mais citada refere-se à mídia impressa (jornais, revistas de atualidades e livros científicos) com 8 (26,67%), seguida da televisão com 4 (13,33%) e por último, o ambiente de trabalho foi responsável por 3 (10,00%) das fontes de informações dos entrevistados.

O ambiente de trabalho surge como, interessante, fonte de informação apenas para o grupo que trabalha com RHA com 3 (21,43%); no entanto, durante as entrevistas, como analisaremos no capítulo do programa Alceste, esse dado aumenta consideravelmente, sendo citado por praticamente todos os entrevistados desse segmento. Esse fato revela que uma grande circulação de informações específicas sobre RHA emergem do cotidiano de trabalho desses profissionais, visto que ocorrem poucas iniciativas quanto a estruturação desses conteúdos pelo sistema de educação formal voltado aos enfermeiros.

Nesse sentido, é importante esclarecer que as fontes de informações acerca da temática não foram categorizadas quanto ao grau de importância, haja vista que as informações estruturadas ou espontâneas possuem valor próprio, e sobremaneira ao se entrelaçarem contribuem cada qual para o enriquecimento das tomadas de decisões desse profissional.

Todavia, mesmo diante da situação de ausência de conteúdos formalizados sobre RHA no âmbito dessa profissão da área da saúde, alguns profissionais tem se lançado no desafio de cuidar de pessoas que buscam as novas tecnologias reprodutivas, subvertendo o que criticamente Carvalho (2014, p.123) sinaliza em relação aos profissionais raciocinarem fora de suas especializações, posto que “precisam aprender sempre como pensar, e pensar com liberdade”.

## 5.2 TESTE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE IDEIAS (ALI)

Os temas indutores (reprodução humana e reprodução humana assistida), utilizados na realização desse estudo, contemplaram elementos capazes de colaborar no entendimento gradativo que os enfermeiros possuem a respeito das biotecnologias reprodutivas. Ou seja, esses temas indutores suscitaram evocações de palavras com significação semântica, relativas à RHA, usualmente difundidas no meio social e cultural dos profissionais estudados.

Os dados obtidos através do Teste ALI evidenciaram a presença no total de 177 evocações, ao invés de 180 como se esperava, em razão de três entrevistados terem optado por emitir apenas duas evocações ao contrário de três. Por conseguinte, as evocações foram categorizadas por semelhança/similitude ou oposição para cada termo indutor e, posteriormente, analisadas descritivamente.

### 5.2.1 Teste ALI - Termo indutor “Reprodução Humana”

De acordo com a Tabela 4, para o termo indutor “reprodução humana” ocorreram 87 (100,00%) evocações nos dois grupos. Após categorização das evocações emergiram as seguintes categorias: “aspectos da natureza humana”; “sentimentos positivos”; “ligação com tecnologias reprodutivas”; “sentimentos negativos” e “ligados à política e ações de saúde”, que foram analisados separadamente nesse estudo.

Tabela 4 - Teste ALI - Termo indutor “Reprodução Humana”

Categorias	Grupo 1 - NTRHA		Grupo 2 – TRHA		Total	
	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )
Aspectos da natureza humana	24	52,17	20	48,79	44	50,58
Sentimentos positivos	10	21,74	5	12,19	15	17,24
Ligação com tecnologias reprodutivas	5	10,87	7	17,07	12	13,80
Sentimentos negativos	4	8,70	5	12,19	9	10,34
Ligados à política e ações de saúde	3	6,52	4	9,76	7	8,04
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>87</b>	<b>100,00</b>

Legenda: Reprodução Humana Assistida (RHA).

Fonte: A autora, 2015.

Quando iniciamos a análise do teste ALI do termo indutor relativo à “reprodução humana”, verificamos que a categoria “aspectos da natureza humana” obteve expressiva representatividade com 44 (50,58 %) no total de evocações, e certa equivalência entre os grupos com 24 (52,17%) no Grupo1 – NTRHA e 20 (48,79%) no Grupo 2 – NTRHA. Assim, nessa categoria ocorreu predomínio de evocações equivalentes nos grupos, que pode sinalizar indícios de conteúdos hegemônicos.

Nessa categoria, foram frequentes evocações de palavras do tipo “*natural*”; “*casal*”, “*vida*” e “*fisiologia*” que remetem sentido de naturalidade à reprodução humana, como um evento biológico aguardado e designado à esfera humana. A importância desprendida à naturalidade conceitual, pelos profissionais, expressa, para Petrini (2013), a atribuição de um valor normativo à racionalidade da natureza, e desta forma viver de acordo com a natureza corresponde manter as exigências éticas da vida.

As evocações dos entrevistados sugerem noções da naturalidade na constituição de família, que podem ser comparados à época que as tecnologias reprodutivas não estavam tão disseminadas na sociedade contemporânea. Rohden (2002), analisando as clássicas reflexões de Marilyn Strathern sobre as novas tecnologias reprodutivas, se aventura em afirmar que possuem a particularidade de juntar elementos emblemáticos para a sociedade como natureza e cultura ao processo reprodutivo humano. No entanto, criticamente a esse posicionamento tradicional, Torres e Adrião (2014) pontuam consequências negativas, como a demarcação de desigualdades de gênero, ao se reforçar a naturalização da reprodução humana.

As concepções de naturalidade procriativa foram construídas a partir no período de transição dos séculos XIX para o XX no decorrer das transformações advindas do modo capitalista. O clássico estudo concebido por Ariès (1981) ressalta que, a partir desse período, as famílias se reorganizaram e passaram valorizar a moradia como espaço privado, incutindo a formação de laços afetivos entre os componentes da família, incluindo as crianças. Haja vista, que outrora, as crianças tinham pouco reconhecimento social e eram tratadas como adultos em miniatura, como observado nas elevadas taxas de mortalidade infantil muitas vezes em decorrência da ausência de cuidados adequados.

Para a realidade brasileira, Del Priori (2010), a história da infância no país ficou marcada pelo abandono moral e material por um período equivalente há quase três séculos. Por volta dos anos 20, as discussões na sociedade acerca do menor contribuíram para criação de instituições sociais asilares, de caráter normativo, destinadas às crianças. Essa iniciativa revela a importação de modelos de cuidados à infância praticados na Europa e Estados Unidos,

Sob muitas influências, inclusive religiosas, inicia-se processo de valorização do espaço privado, conduzindo a família ao fechamento sobre si mesma. Como consequência, para Ariès (1981), houve aumento do investimento nas questões relativas à criança, como educação, afeto e dedicação, consolidando a família nuclear constituída pelo casal e filhos, então padrão dominante na sociedade capitalista. Mizhari (2004) complementa que a relação pais/filhos nasce como preocupação social e o cuidado infantil torna-se um dos organizadores do sentimento moderno de família.

Observa-se na sociedade contemporânea crescente atenção dirigida ao filho e também as peculiaridades que envolvem as fases da infância, em razão de representar importante elemento de organização familiar. Esse fenômeno extrapola necessidades biológicas e naturais, visto que visa atender demandas sociais e culturais relativos à maternidade e paternidade.

Para Vaitsman (2000), é comum considerar tudo que é universal como domínio da natureza, ao passo que o que é controlado e regulado por normas e costumes como pertencentes ao domínio da cultura. Nesse sentido, parte-se da premissa de que a natureza foi definida com base na biologia, como algo fixo, universal e imutável. E é exatamente dentro desse contexto que a reprodução humana é considerada como algo inerente da natureza. Essa concepção atravessa séculos e fundamenta práticas sociais que se perpetuam até os dias atuais, como no caso dos conceitos e pré-conceitos referentes à fertilidade de homens e mulheres (QUEIROZ, 2002).

Com relação à categoria “sentimentos positivos” estavam presentes as verbalizações “realização”, “sonho”, “prazer” e “alegria”, que reportam sentimentos de satisfação diante do desdobramento natural da concepção, ou seja, ao se concretizar a função procriativa do ser humano, emergem sentimentos de felicidade, diante da sensação de realização e dever cumprido ao que lhe foi destinado na esfera reprodutiva.

Essa categoria apresentou um total de 15 (17,24%) evocações nos dois grupos, sendo mais expressiva no grupo 1- NTRHA com 10 (21,74%), enquanto no grupo 2 – TRHA esteve presente em apenas 5 (12,19%) das palavras evocadas. Neste contexto, inferimos que as respostas associadas a sentimentos de realização, frente à reprodução humana, estavam sujeitas à aproximação ou distanciamento no cotidiano laboral desses profissionais com as dificuldades procriativas enfrentadas pela mulher/casal.

Nesta categoria, os sentidos de valoração positiva à reprodução humana, encontram-se alicerçados nas tradicionais concepções acerca dos papéis reprodutivos destinados ao homem e a mulher. Segundo Chauí (2000), inicia-se com Aristóteles, do ponto de vista filosófico, a

justificativa da autoridade do marido e pai sobre mulher e filhos, em decorrência da concepção de desigualdade natural existente entre os seres humanos. Essas concepções foram importantes para mais tarde, inspirar pensamentos alinhados com princípios religiosos, políticos e psicanalíticos para fundamentar a necessidade feminina da maternidade no decorrer da história.

De acordo com Badinter (1985), sob uma ótica crítica, a maternidade culmina com exaltação do amor materno, construída no contexto sociocultural, como um valor ao mesmo tempo natural e social que favorece a espécie humana e à sociedade. Em oposição, Borsa e Feil (2008) consideram que novas fontes de gratificação, inclusive a maternidade, estejam ligadas com profundas alterações no conceito de feminilidade e de identidade da mulher atual.

A conexão do termo indutor “reprodução humana” com a categoria “ligação com tecnologias reprodutivas” foi observada, no total, em 12 (13,80%) evocações, com maior frequência no grupo - 2 TRHA com 7 (17,07%) contra 5 (10,87%) no grupo-1. Os participantes suscitaram palavras que remetiam a “*desenvolvimento*”, “*tecnologia*”, “*técnicas*” e “*solução*”, que nos faz inferir que reprodução humana, nos dias atuais, esteja correlacionada com biotecnologias reprodutivas, nesse sentido justifica ter sido mais frequente no grupo que trabalha diretamente com RHA.

No entanto, a ligação de reprodução humana com as tecnologias reprodutivas não deve se confinar a grupo específico, uma vez que Corrêa (2001) afirma que o advento das biotecnologias reprodutivas vem modificando saberes e conceitos acerca da reprodução humana, diante da circulação de informações quanto à possibilidade de procriar através da reprodução assistida.

Segundo Petrini (2013), a expansão rápida e progressiva do agir técnico não ocorre somente sobre a natureza externa, vista que, também, interfere sobre a própria natureza humana. Para o autor, o desdobramento técnico e científico, característico dos dias atuais, legitima mudanças nas relações entre natureza e cultura, como a difusão da mentalidade acerca da autonomia dos indivíduos para satisfazer vontades, como, por exemplo, as conceptivas.

O contexto atual de transformação conceitual acerca de reprodução humana e das demandas procriativas amparadas pelas novas tecnologias reprodutivas, encontra consonância em alguns enfermeiros, no entanto, os depoentes consideram importante a manutenção do vínculo da reprodução aos aspectos da natureza, sustentados pelas tradicionais dimensões culturais de filho e família.

A categoria retratada por “sentimentos negativos” obteve nos dois grupos 9 (10,34%)

evocações, em citações como “*dificuldade*”; “*infelicidade*” e “*medo*”. Esteve mais presente no grupo que trabalha com RHA em 5 (12,19%) contra 4 (8,70%) evocações no grupo oposto. Nesse sentido, parecem estar relacionadas a percepções negativas diante da dificuldade/impossibilidade do processo reprodutivo ocorrer naturalmente, haja vista que os profissionais ligados à RHA presenciam no seu cotidiano profissional os efeitos devastadores da dificuldade reprodutiva, como a sensação de perda do controle sobre o próprio corpo e as expectativas que um filho gera na esfera individual e conjugal.

Os temores diante das dificuldades biológicas para se ter filhos podem associar-se a noção de descumprimento do papel social da paternidade/maternidade, levando, como afirmam Queiroz e Arruda (2006), a sentimentos de inferioridade e incapacidade diante da família e sociedade.

Com relação a esse assunto, Borlot e Trindade (2004) destacam que apesar da dificuldade de procriar atingir homens e mulheres, a cobrança social, ocorre de maneira distinta para homens e mulheres. Assim, para o homem, a dificuldade reprodutiva impacta no sentido da masculinidade, e para mulher, os obstáculos para se gerar um filho acabam atingindo noções relativas à completude feminina.

Além das preocupações socioculturais e pressões familiares, Nascimento e Térzis (2010), sob a perspectiva psicanalítica, destacam que o desejo de ter um filho biológico se adequa com as expectativas de renovação do contrato afetivo, em respostas às questões edípicas e narcíseas, assim como afirmação da identidade e papel feminino.

A última categoria que emergiu das evocações associadas ao termo indutor “reprodução humana” denominamos de “questões ligadas às políticas e ações de saúde” que obteve um total de 7 (8,04%) evocações entre os entrevistados, sendo mais representativo no Grupo2 – TRHA com 4 (9,76%), enquanto nos profissionais do outro segmento surgiram 3 (6,52%) evocações. As palavras mais evocadas nesta categoria foram “*acesso*”; “*programa*” e “*planejamento*”.

Em geral, nesse estudo, os arranjos das políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva apresentam pouca expressividade nas evocações desses profissionais da saúde. Essa situação pode estar embasada na compreensão que a rede de atenção à saúde direcionada as questões conceptivas causam pouco impacto nas decisões reprodutivas da mulher/casal, haja vista que as principais propostas de saúde pública para o planejamento reprodutivo/familiar estão voltadas para ampliação de ações e serviços de saúde que ampliam os meios contraceptivos temporários ou definitivos no intuito de controlar a fertilidade.

Nessa diretiva, observa-se que apesar das políticas públicas de atenção à saúde

reprodutiva, no que se refere ao Planejamento Familiar, partir de premissas garantidoras da assistência conceptiva e contraceptiva em todos os níveis, nota-se na prática que, ainda nos dias atuais, não contemplam as questões conceptivas, quando as pessoas desejam exercer o direito de optar como, quando e quantos filhos desejam ter.

Corroborando com essa situação, estudos apontam aumento acentuado do uso de métodos anticoncepcionais no Brasil nas últimas décadas, chegando 80,6% em 2006 em mulheres com idades entre 15 e 49 anos (BERQUÓ; GARCIA; LAGO, 2008). Apesar dos métodos de esterilização feminina terem sofrido redução, principalmente entre mulheres de maior escolaridade, e ter ocorrido ligeiro aumento da participação masculina em vasectomias observada entre 1996 a 2006 (BRASIL, 2009b), percebe-se claramente políticas de saúde reprodutivas voltadas para questões contraceptivas.

Esses dados não conseguem dimensionar os níveis de dificuldades enfrentadas pelos indivíduos para construção de novas trajetórias reprodutivas, principalmente, quando foram precocemente submetidos a métodos de esterilização definitiva. As mulheres, em especial, encontram muitas barreiras sociais, assim como do sistema de saúde quando desejam reverter cirurgicamente laqueaduras para engravidar no intuito de reconstruir sua história reprodutiva.

Portanto, as políticas públicas voltadas para as necessidades não atendidas em planejamento familiar, como a demanda por serviços baseados nas Tecnologias de Reprodução Assistida (TRA) são incipientes e não contemplam a complexa dimensão da expressão da reprodução e sexualidade humana. Dessa forma, também refletem desigualdades de gênero e de estrato social, afetando os menos favorecidos no aspecto financeiro e educacional, no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos.

No intuito de diminuir algumas distorções quanto ao planejamento familiar no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, a OMS incluiu a temática como pauta da quinta meta dos “Objetivos do Milênio” (WHO, 2000), para unir esforços mundiais no aprimoramento da saúde e do direito reprodutivo, levando em consideração as particularidades dessas questões, para tomada de ações, as influências culturais e sociais de cada localidade.

Em síntese, apesar de emergirem palavras que remetem novas concepções, ou novas ideias, relativas à reprodução humana, como a associação com as biotecnologias reprodutivas, ainda permanecem inalteradas antigas concepções como naturalidade do dever reprodutivo a ser desempenhado por homens e mulheres, em virtude da presença da sensação de realização e sentimento de felicidade diante do cumprimento do papel reprodutivo.

### 5.2.2 Teste ALI - Termo indutor “Reprodução Humana Assistida”

Na Tabela 5, o termo indutor “reprodução humana assistida” ficou representado por 90 evocações, que foram distribuídas pelas categorias: “a solução/caminho”; “cuidado científico e tecnológico: o futuro” e por última as “dificuldades enfrentadas”, assim, posteriormente essas categorias foram analisadas para dar seguimento ao estudo.

Tabela 5 - Teste ALI - Termo indutor “Reprodução Humana Assistida”

Categorias	Grupo 1 - NTRHA		Grupo 2 - TRHA		Total	
	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )	( <i>f<sub>i</sub></i> )	( <i>fr<sub>i</sub></i> )
A solução / caminho	16	45,71	31	56,37	47	52,22
Cuidado científico e tecnológico: o futuro	5	14,29	18	32,73	23	25,56
Dificuldades enfrentadas	14	40,00	6	10,90	20	22,22
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>	<b>90</b>	<b>100,00</b>

Legenda: Reprodução Humana Assistida (RHA).

Fonte: A autora, 2015.

Nessa parte do teste, a categoria “a solução/caminho” apresentou maior representatividade, com 47 (52,22%), no qual foram observadas evocações que aludiam à “*esperança*”; “*realização*” e “*solução*”. Após divisão por grupo de pertença observou-se mais expressividade no grupo 2 que trabalha com TRHA com 31 (56,37%), e um pouco menor no grupo - 1 com 16 (45,71%). Pode-se observar que as palavras que emergiram foram bastante pertinentes ao grupo de pertença, pois os enfermeiros que trabalham com as biotecnologias reprodutivas evocaram, de imediato, as expectativas dos indivíduos que procuram os serviços de RHA.

As tecnologias reprodutivas têm sido encaradas, na atualidade, como marco tecnológico revolucionário na resolução de questões ligadas à reprodução humana. No entanto, não se restringem a resolver problemas da ordem da infertilidade clínica, haja vista que apresentam grande potencial para também atender diferentes demandas pelo filho biológico, em virtude da possibilidade, na maioria das vezes, de garantir repasse do material genético, dos que utilizam essas biotecnologias para as futuras gerações.

Atualmente, os avanços tecnológicos reprodutivos podem se concretizar mediante diversas situações que envolvam desejos pertinentes à fertilidade. Assim, as biotecnologias reprodutivas, se apresentam como solução para manter a fertilidade, mesmo diante de

conjunturas adversas, como tratamentos quimioterápicos, no qual é possível criopreservar gametas, e fecundar casais que vivenciam a sorodiscordância para o HIV. As técnicas de RHA também podem ser utilizadas quando existe impedimento fisiológico para fecundação, como nos casais homoafetivos e até aos solteiros.

Diante do que está posto, a biotecnologia reprodutiva se apresenta para os enfermeiros que trabalham em RHA como um percurso possível e concreto a ser seguido diante dos obstáculos enfrentados para concepção. Essa perspectiva revela que esses profissionais possuem maior conexão com os avanços científicos e tecnológicos da atualidade para concretizar diferentes desejos reprodutivos.

Nesse sentido, observa-se, através das evocações, que os profissionais que trabalham em RHA fazem conexão entre a busca pelo filho biológico e as tecnologias reprodutivas. Podemos inferir que nesse grupo ocorre, de maneira quase compulsória, a mediação entre expectativas/desejos e solução de problema. No entanto, é possível identificar, nessas evocações, ausência de preocupações que remetam crítica e/ou reflexão a respeito das biotecnologias reprodutivas, para Luna (2001), esse pensamento reflete o modo ocidental de pensar a reprodução e o domínio sobre a natureza.

Esse modo de pensar, de certo modo, acrítico, a respeito de RHA foi investigado por Quayle (2009), no qual constatou a dificuldade de entendimento de acadêmicos e técnicos que lidam com biotecnologias reprodutivas frente às questões psicossociais que tangenciam a RHA, e nessa diretiva, propõe a busca do consenso trazendo à tona posições convergentes e divergentes sobre o assunto, a fim de promover discussões reflexivas sobre paradigmas imbricados nas novas tecnologias reprodutivas.

Os indícios de representações sociais referentes à RHA, que tendem para “solução/caminho” foram bastante contundentes, haja vista sua alta representatividade diante das outras categorias, ocupando mais da metade da porcentagem nos dois grupos, apesar de ser mais frequente no grupo 2 – TRHA, devido ao cotidiano profissional inclinar para o contexto das biotecnologias, apontando dessa forma que representações emergem da prática, nesse caso, no dia a dia laboral desses profissionais.

Diante desse indício de representação, os aspectos emblemáticos que envolvem a RHA, precisam ser postos à reflexão, pois se por um lado propõe inúmeras possibilidades terapêuticas sustentadas pela importância dada ao filho biológico para constituição da família, do outro pleiteia da sociedade e dos agentes de saúde posicionamentos perante o que está sendo imposto pelas tecnologias reprodutivas.

Na categoria “cuidado científico e tecnológico: o futuro” ocorreram evocações que

reportaram palavras como: “*inseminação*”; “*inovação*”, “*tecnologia*” e “*futuro*” com 23 (25,56 %) de representatividade no total, sendo novamente mais expressivo no grupo 2-TRHA com 18 (32,73%) em detrimento de apenas 5 (14,29%) do outro grupo.

Essa categoria encontra no grupo que trabalha com RHA ressonância para veiculação de evocações que depositam nas técnicas reprodutivas, propriamente ditas, o percurso quase inevitável a ser seguido pelos indivíduos diante da dificuldade reprodutiva. Ramírez-Gálvez (2003) considera a reprodução humana embasada numa tríplice aliança de ciência, tecnologia e capital, que impulsiona a massificação crescente de técnicas de RHA, como também dissemina no imaginário das pessoas quanto às possibilidades de escolha reprodutiva.

Ainda para autora, essa probabilidade moderna de escolha da reprodução encontra-se articulada ao fetiche pelo gene, diante da crescente importância dada ao conhecimento da ascendência para previsão, diagnóstico e tratamento de doenças, que reforçam as noções de família biológica, não só como modelo, mas também como valor a ser atingido por via médico-tecnológica.

Essa quase imposição da necessidade de repasse do código genético para futuras gerações associado às pressões sociais, ajuda a compreender os grandes esforços realizados pelos indivíduos e mulher/casal que desejam filho biológico, pois se observa que se submetem aos aparatos tecnológicos reprodutivos demorados e, muitas vezes, dolorosos, principalmente para as mulheres. Sem contar a dispensação de grandes quantias financeiras para custear tratamentos nos serviços privados, já que os serviços públicos possuem baixa oferta e acesso restrito.

Para Borlot e Trindade (2004), na sujeição dos casais às tecnologias reprodutivas foram identificadas representações sociais atribuídas ao filho biológico, diante de fortes elementos como “sangue do meu sangue”, descendência, semelhança física e pressão social. Como consequência dessa busca, para esses casais, ocorre o fortalecimento do vínculo no casamento após o diagnóstico de infertilidade. Corroborando para discussão, Luna (2005) assegura que o acesso às técnicas reprodutivas pode reforçar a genetização dos laços de parentesco, contrapondo com as práticas de adoção de crianças, doação de gametas (óvulos e espermatozoides) e embriões.

No tocante ao protagonismo da mulher nas decisões reprodutivas, Ramírez-Gálvez (2003) considera que a transferência da reprodução humana do seu lugar original para o laboratório desloca, nesse processo, a centralidade da mulher. Salienta também, que esse novo contexto de assistência é ocupado pelo desenvolvimento médico tecnológico, incorporado na valorização da figura do embrião.

Moscovici (2012, p. 48) refere que os especialistas representam o discurso do universo reificado, ou da ciência, na sociedade ocidental, visto que são “construídas sobre materiais cuidadosamente controlados” perante regras e possuidora de linguagem própria. No entanto, a lógica de pensar da ciência que abstrai a subjetividade é questionada por Jovchelovitch (2011), visto que as estruturas epistêmicas que justificam os impulsos afetivos da criatividade científica, como a necessidade de avanços tecnológicos, estarem calcados no “controle e onipotência em relação à natureza humana”.

Cabe destacar, que para estudos de Representações Sociais são considerados os estilos de pensar baseados no senso comum, ou seja, do universo consensual e também os advindos do pensamento científico, oriundos do universo reificado da ciência, desconsiderando que estejam em estágios evolutivos de pensamento, como propunha Durkheim, para sustentar as representações coletivas.

Diante do exposto, na análise dessa categoria, pode ser evidenciado que o posicionamento dos enfermeiros encontra-se representado na vinculação compulsória das demandas reprodutivas “naturais” às tecnologias reprodutivas, enquanto tendências de inovações biotecnológicas pertencentes ao presente e ao futuro. Esse posicionamento reforça a categoria anterior quanto à solução a ser seguida pelos interessados diante das dificuldades de concepção seja concretizada através do aparato tecnológico.

A vinculação imediata pelos entrevistados entre RHA e os aspectos estritamente técnico-científicos, se configura como restritiva, numa época em que coexistem muitas alternativas viáveis para resolução da ausência de filhos. Nesse sentido, Ramírez-Gálvez (2003) suscita questões fundamentais quanto a incorporação das tecnologias reprodutivas, visto que são tidas como tendência de mercado reprodutivo, para uso além da “produção” de bebês, pois já se prevê a prática de “adoção” de embriões.

Ainda nessa diretiva, a autora cogita que a RHA esteja se configurando como uma alternativa valorizada pelos especialistas da área reprodutiva. A difusão dessa tendência de valorização da RHA para o universo do senso comum conduz ao questionamento dos efeitos desse imaginário nas ações efetivas sobre adoção de crianças. Assim, menciona implicações sobre perfil de adoção de crianças, em vista da predileção por bebês recém-nascidos ou crianças muito pequenas, e de preferência que possuam características físicas similares à dos pais adotantes.

A tendência de valorização das técnicas reprodutivas restringe o olhar diante das possibilidades de resolução das demandas reprodutivas, visto que podem se concretizar também no campo social, como adoção de crianças, para atender as antigas e novas

necessidades de configurações de família.

Esse indício de representação relacionada à RHA pode estar relacionado ao senso comum a respeito de tecnologia, para Silva (2012), o avanço do saber científico mudou o sentido da palavra técnica/tecnologia, pois deixou de ser apenas uma intervenção que envolve um saber imediato e prático e se transformou num saber complexo que ganhou, a partir da ciência moderna, estatuto de verdade.

Esse movimento de reorientação e nova qualificação a respeito das tecnologias se manifestou fortemente na área da saúde, principalmente na segunda metade do século XX, com a criação e incorporação da tecnologia em saúde, por meio de equipamentos e medicamentos (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2009).

A última categoria a ser analisada denominada de “dificuldades enfrentadas” representou 20 (22,22%) das evocações, emergindo palavras como “*artificial*”; “*dúvida*” e “*custo*”. Apresentou maior expressividade no grupo que não trabalha com tecnologias reprodutivas, ou seja, grupo 1 com 14 (40,00%) evocações em comparação ao grupo oposto com apenas 6 (10,90%).

O grupo que não trabalha diretamente com as tecnologias está representado por profissionais que possuem aproximação com as questões mais fisiológicas do processo reprodutivo, nesse caso os participantes demonstram maiores preocupações perante RHA, como a artificialidade do processo reprodutivo, as repercussões geradas por elas e das dificuldades encontradas frente à busca por esse tipo de tratamento.

A preocupação diante da artificialidade relacionada ao uso das biotecnologias (meios) se estende também para o resultado (fins) de suas investidas. De acordo com Aléssio, Apostolidis e Santos (2008), a audácia de afrontar o “mistério da criação da vida”, simboliza um dos mitos mais antigos da humanidade, representado, inicialmente, pelo banimento de Adão e Eva do paraíso, que se constitui em um dos fundamentos culturais mais profundos da memória coletiva cristã.

As evocações dos entrevistados relacionados à artificialidade do processo reprodutivo estão sustentadas por questionamentos filosóficos e éticos sobre reprodução humana. A possibilidade da criação de vida em laboratório tem gerado muitas preocupações quanto aos aspectos práticos relativos à segurança da saúde das mulheres e bebês envolvidos no aparato tecnológico da RHA. Corrêa (2001) complementa a respeito da existência do temor social de que a biotecnologia possa renovar o impulso ao eugenismo, assim como reforçar atitudes discriminatórias contra indivíduos e grupos sociais.

Para Ramírez-Gálvez (2003), a artificialidade reprodutiva da RHA dribla os “limites”

colocados pela natureza à reprodução sexual, podendo inclusive transcender a natureza reprodutiva, visto que, estrategicamente, procura se espelhar num modelo tido como “natural”, que conta com o aditivo de ser amparado pelo conhecimento científico.

São inúmeras as possibilidades terapêuticas e vantagens do nosso tempo, quanto às tecnologias reprodutivas, em prol da reprodução humana. No entanto, sua capacidade de reconfigurar desejos ultrapassam as técnicas em si, pois despertam interesse da sociedade e promovem engajamento de grupos com diferentes interesses, representados por especialistas e também a poderosa indústria farmacêutica.

As preocupações do grupo que não trabalha com RHA quanto à artificialidade das biotecnologias reprodutivas encontram embasamento no senso comum, haja vista que foi evidenciado no perfil profissional que esses entrevistados tiveram pouca informação formal referente à RHA durante o período acadêmico, além de não vivenciarem a biotecnologia no cotidiano profissional, assim sendo, elaboram suas representações advindas do senso comum, através da mídia e do meio social através das conversações cotidianas.

Outro aspecto sinalizado nessa categoria refere-se às evocações quanto ao elevado custo das biotecnologias, pois os profissionais identificam que o aparato tecnológico em RHA encontra-se vinculado aos serviços privados de saúde, pois o cenário nacional de saúde pública apresenta dificuldade para diminuir desigualdades sociais quanto a oferta e acesso aos serviços que contam com biotecnologias reprodutivas.

A crescente demanda por procedimentos reprodutivos de alta complexidade não tem sido acompanhada pela oferta nos serviços públicos. Na tentativa de resolução da problemática da infertilidade muitas mulheres/casais se direcionam para clínicas particulares para realizar tratamento a custo bastante elevado por cada ciclo de tentativa de gravidez.

Diante da impossibilidade de financiar o tratamento em RHA, muitas pessoas têm recorrido a judicialização para que a instância pública custeie tratamentos ou medicamentos, no entanto, na maioria das vezes o parecer tem sido desfavorável diante do entendimento jurídico quanto aos limites do direito subjetivo à saúde, e também quanto às implicações éticas do custeio desses procedimentos (ARILHA, 2012).

A ausência de políticas públicas direcionadas ao planejamento reprodutivo se configura como grande impeditivo ao acesso às tecnologias reprodutivas. As pressões da mídia, a sujeição às regras mercadológicas e a ausência de regulação do poder público nesses serviços, expõem mulheres/casais, principalmente os mais pobres para situação(ões) de vulnerabilidade(s). A partir deste contexto, Alfano (2009) ratifica que a reprodução assistida está inscrita no processo de biopolítica contemporânea, cujos paradoxos reforçam a

necessidade de se aprofundar o debate sobre novas tecnologias reprodutivas.

Na tentativa de examinar a trajetória das evocações acerca de RHA pelos entrevistados foi possível identificar produção de sentidos fortemente conectados a sentimentos de satisfação diante da realização da maternidade e composição familiar. Seguido por preocupações ligadas às técnicas reprodutivas, propriamente ditas, e por último, indagações permeadas por questões filosóficas e de políticas públicas de saúde.

Em síntese, neste termo indutor verificamos indícios de representações sociais acerca da RHA quando os participantes, principalmente do Grupo 2 que trabalham com a RHA, apontam as biotecnologias reprodutivas como possibilidade de solução para a infertilidade e/ou desejo do filho, assim como, a destacam como importante cuidado científico e tecnológico da atualidade. No entanto, diferentemente, o grupo oposto parece ter indício de representação social voltada para inquietação com artificialidade da RHA, através de preocupações sobre a segurança dos que utilizam técnicas de RHA, no tocante a saúde da mulher/casal, assim como do bebê.

### 5.3 DESCRIÇÃO DOS CONTEÚDOS DO ALCESTE DOS GRUPOS 1 E 2 (ENFERMEIROS QUE NÃO TRABALHAM E QUE TRABALHAM EM RHA)

O caráter estabelecido pelo Alceste, no tocante à categorização do universo lexical, proporcionou condição para análise do pensamento e das ações atribuídas à RHA, sob a ótica da TRS, pelos enfermeiros que atuam na saúde sexual e reprodutiva. No intuito de facilitar a compreensão dos resultados, serão descritos as etapas de desmembramento do material produzido pelo Alceste que serviram de análise.

No estudo em tela, o *corpus* do grupo 1-NTRHA ficou representado por 16 u.c.i., e o grupo 2 – TRHA por 14. O relatório emitido após processamento pelo Alceste indicou que o *corpus* do grupo dos enfermeiros que não trabalham em RHA, ou *corpus* do grupo 1-NTRHA, obteve 76% de aproveitamento de material, e para o grupo dos enfermeiros que trabalham em RHA, ou *corpus* do grupo 2 – TRHA, atingiu 70% de material aproveitável para análise.

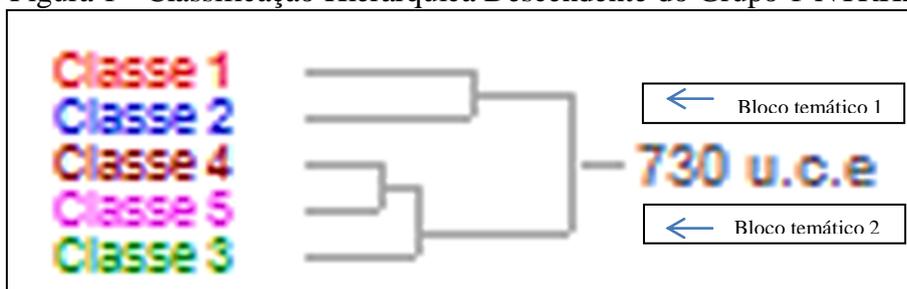
No universo total do processamento das entrevistas pelo Alceste, pode-se observar que este *software* produziu como referência para análise cinco classes para o grupo 1-NTRHA e seis para o grupo 2 – TRHA. Essas classes foram analisadas individualmente, porém não estanque do contexto de pertencimento dos grupos entrevistados.

### 5.3.1 Descrição dos conteúdos do Alceste referente ao Grupo 1-NTRHA (enfermeiros que não trabalham em reprodução humana assistida)

Para avançarmos na compreensão do material produzido pelo Alceste iniciaremos com a descrição do resultado do *corpus* do grupo 1-NTRHA, ou dos enfermeiros que não trabalham em reprodução humana assistida. O relatório técnico final do software apresentou 969 u.c.e, dos quais 730 são passíveis de análise, que significa dizer que houve 76% de aproveitamento das u.c.e para esse *corpus*.

A organização textual estabelecida pelo perfil das classes através da CHD permitiu identificar que as classes foram divididas em dois grandes blocos temáticos. A estruturação do primeiro bloco, ou bloco temático 1, ficou formado pelas classes 1 e 2, enquanto o bloco temático 2 ficou constituído pelas classes 3, 4 e 5. Todo esquema dessa divisão do Grupo 1, por blocos temáticos e classes pode ser observado na Figura 1.

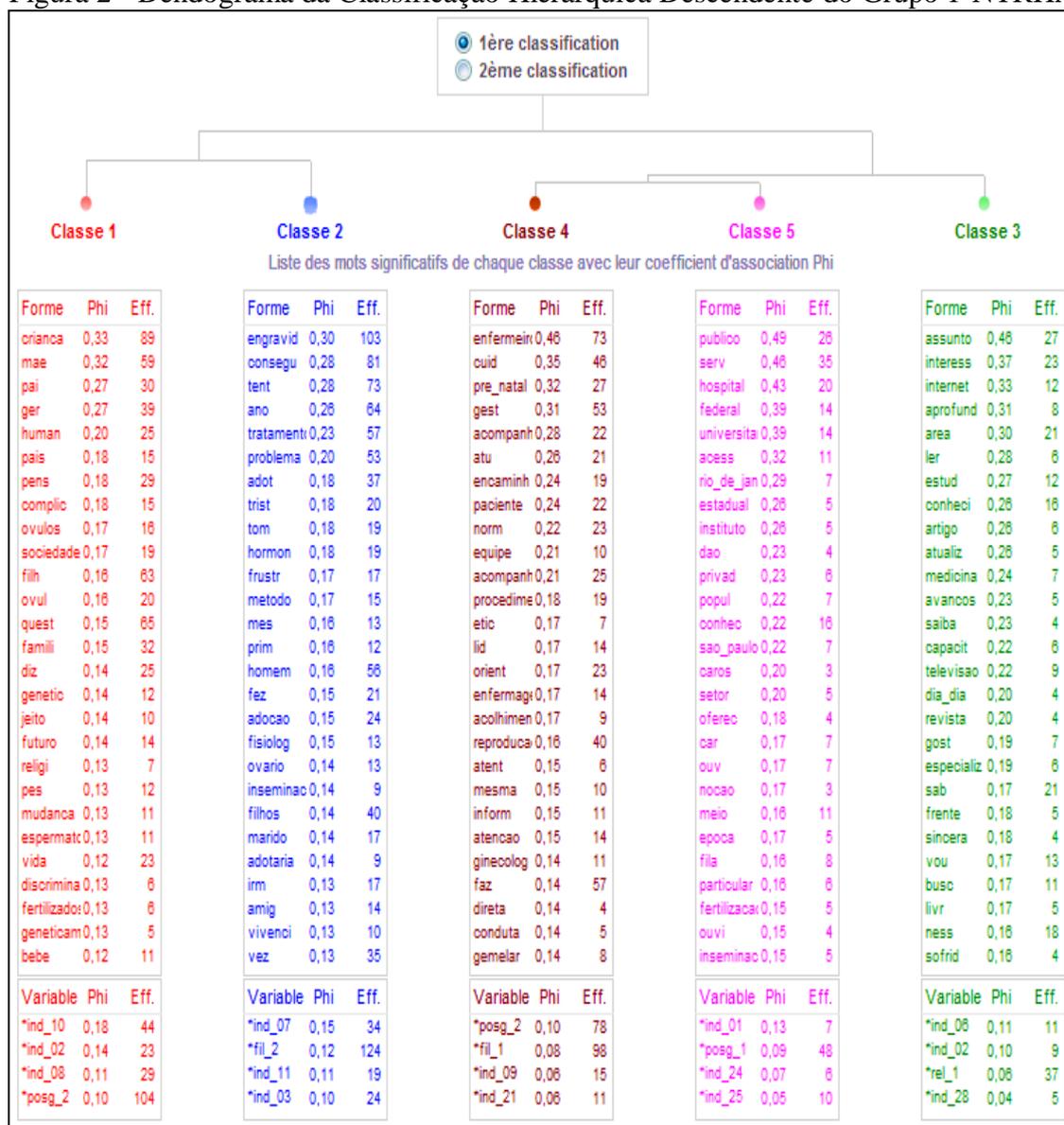
Figura 1 - Classificação Hierárquica Descendente do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

O dendograma gerado pelo Alceste, relativo ao *corpus* desse grupo, presente na Figura 2, permite visualizar o delineamento das cinco CHD, que foram caracterizadas por seu vocabulário dominante de sentidos para o objeto de interesse, a RHA, e que integrada aos outros elementos de análise serviu de sustentação para abordagem interpretativa da pesquisa.

Figura 2 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do Grupo 1-NTRHA

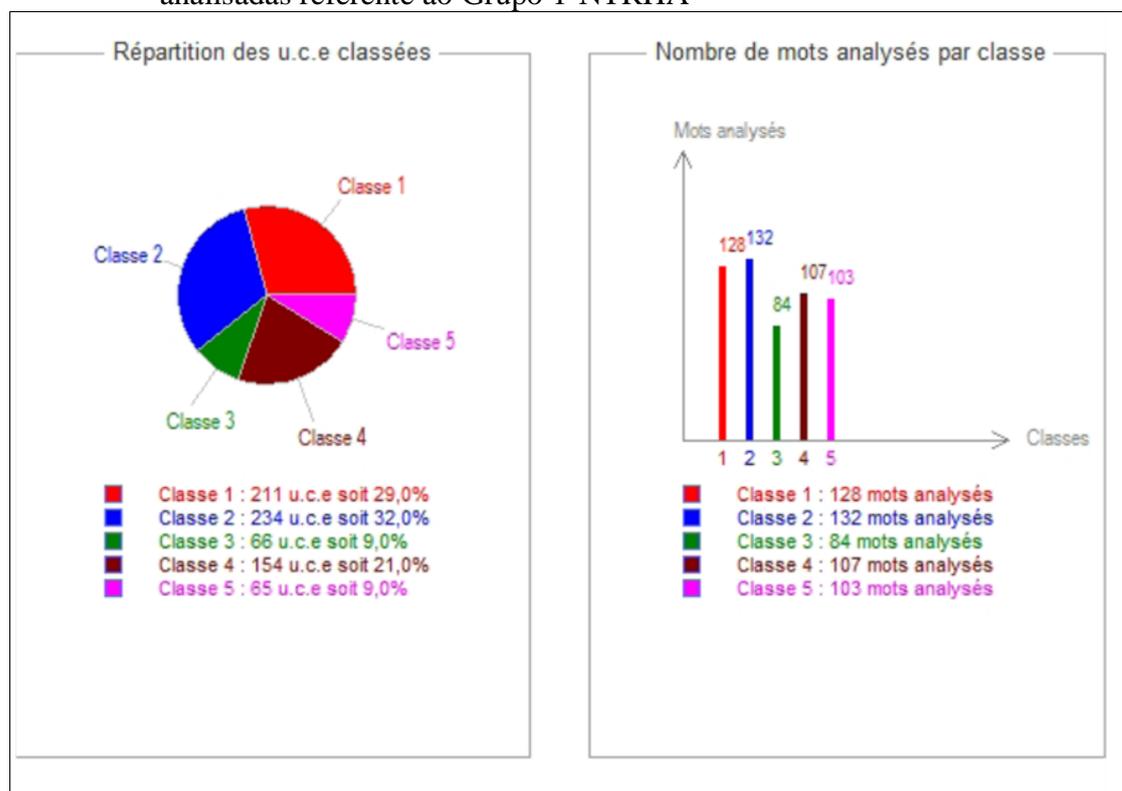


Fonte: Relatório Alceste, 2015.

A distribuição percentual das u.c.e pelas classes, obtida diante da alocação de palavras homogêneas, pode ser observada nas Figuras 3 (à esquerda do leitor) e 4, já a quantidade de palavras analisadas podem ser vista no gráfico à direita da Figura 3.

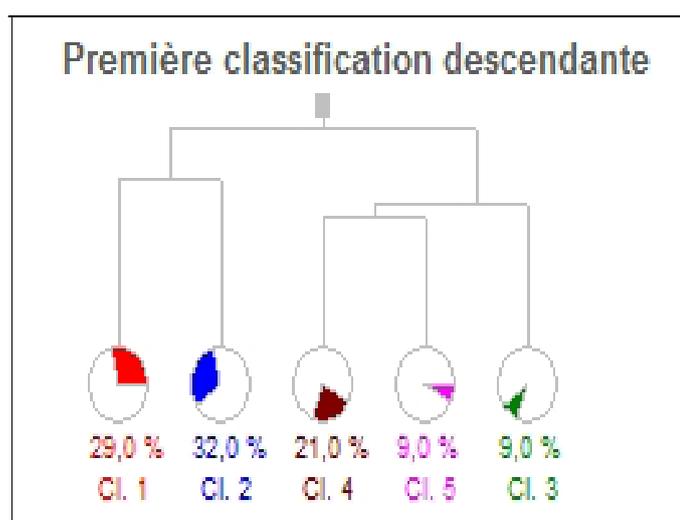
Os gráficos permitem evidenciar a distribuição decrescente por aglutinação de u.c.e nas classes. Portanto, observa-se que a classe 2 concentra 32,0% das u.c.e, seguida da classe 1 com 29,0%, logo depois a classe 4 com 21,0% e as classes 3 e 5 igualaram com 9,0% de representatividade de u.c.e cada.

Figura 3 - Divisão das classes quanto à percentagem de u.c.e e número de palavras analisadas referente ao Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Figura 4 - Divisão das classes quanto à percentagem de u.c.e (primeira classificação descendente) referente ao Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Quanto ao tratamento do vocabulário pelo *software*, as principais informações preliminares técnicas revelaram a presença de 41.642 de formulários totais, com 3.889 de

formas distintas, ou palavras diferentes, das quais 765 formas foram incluídas na análise. No geral apresentou 98,53% de vocabulário rico. Ficou estabelecido o quantitativo de quatro, como frequência mínima, para que uma palavra fosse incluída na análise, e 18,55 como número médio de palavras analisadas por u.c.e. As ocorrências de palavras analisáveis apresentaram representatividade com distribuição decrescente pelas classes 2, 1, 4, 5 e 3, como observadas na Figura 3 (gráfico à direita do leitor).

#### 5.3.1.1 Apresentação dos blocos temáticos e das classes referente ao Grupo 1-NTRHA

A partir da divisão do *corpus* em dois grandes blocos temáticos foi possível identificar através da análise lexical, que o primeiro bloco, formado pelas classes 1 e 2, trouxe relevante referências a Reprodução Humana, baseado no modelo reprodutivo ligado a elementos naturais e culturais construídos socialmente em relação a expectativa da resposta procriativa. Frente a esse contexto denominamos esse primeiro bloco de “Elementos associativos a Reprodução Humana”.

O segundo bloco, intitulado “Reprodução Humana Assistida: da informação à prática assistencial” formado pelas classes 3, 4 e 5, suscitou elementos relacionadas à RHA, no que tange as tecnologias reprodutivas, quanto aos aspectos envolvidos no cotidiano dos enfermeiros relacionados com assistência/prática diante das biotecnologias propriamente ditas.

Nesse sentido, esclarecemos didaticamente que a análise das classes ocorreu mediante a categorização dos temas e subtemas, no entanto vale dizer que as classes foram analisadas quanto à amplitude geral dos sentidos atribuído à RHA, dessa forma os subtemas foram incluídos no contexto de análise, e não analisados por parte, no intuito de evitar fragmentação de ideias.

Com base nessa apresentação inicial, revelada através dos dois grandes blocos temáticos, e de acordo com a interpretação do mundo lexical gerado pelo programa foi possível elaborar esquematicamente o percurso de compreensão para análise das representações dos enfermeiros do grupo 1 acerca da temática proposta, no qual as classes foram denominadas, ou seja, sistematizadas de acordo com a apresentação dos seus resultados, como pode ser visto na Figura 5.

Figura 5 - Esquema representativo do *corpus* referente ao Grupo 1-NTRHA

BLOCO TEMÁTICO 1				BLOCO TEMÁTICO 2					
Classe 1 - 211 uce 128 palavras analisadas Variáveis *ind_10 *ind_02 *ind_08 *posg_2		Classe 2 - 234 uce 132 palavras analisadas Variáveis *ind_07 *fil_2 *ind_11 *ind_03		Classe 4 - 154 uce 107 palavras analisadas Variáveis *posg_2 *fil_1 *ind_09 *ind_21		Classe 5 - 65 uce 103 palavras analisadas Variáveis *ind_01 *posg_1 *ind_24 *ind_25		Classe 3 - 66 uce 84 palavras analisadas Variáveis *ind_06 *ind_02 *rel_1 *ind_28	
Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi
criança	0,33	engraved	0,30	enfermeir	0,46	publico	0,49	assunto	0,46
mãe	0,32	consequ	0,28	cuid	0,35	serv	0,46	interess	0,37
ser	0,27	tent	0,28	pre_natal	0,32	hospital	0,43	internet	0,33
pai	0,27	ano	0,26	gest	0,31	federal	0,39	aprofund	0,31
ger	0,27	tratamento	0,23	acompanha	0,28	universitario	0,39	area	0,30
human	0,20	problema	0,20	atu	0,26	access	0,32	ler	0,28
pais	0,18	adot	0,18	encaminh	0,24	rio_de_janeiro	0,29	estud	0,27
pens	0,18	trist	0,18	paciente	0,24	estadual	0,29	sobre	0,27
complic	0,18	tom	0,18	norm	0,22	instituto	0,29	conheci	0,26
essa	0,17	tres	0,18	equipe	0,21	dao	0,23	artigo	0,26
óvulos	0,17	hormone	0,18	acompanh	0,21	privad	0,23	atualiz	0,26
sociedade	0,17	dois	0,17	procedimento	0,18	popul	0,22	medicina	0,24
filh	0,16	frustr	0,17	etic	0,17	conhec	0,22	avanços	0,23
sou	0,16	método	0,17	lid	0,17	sao_paulo	0,22	saiba	0,23
ovul	0,16	cinco	0,16	orient	0,17	caros	0,20	capacit	0,22
quest	0,15	ela	0,16	enfermagem	0,17	setor	0,20	televisão	0,22
famili	0,15	mês	0,16	acolhimento	0,17	oferec	0,18	dia_dia	0,20
diz	0,14	prim	0,16	reproducao_hu	0,16	car	0,17	revista	0,20
genetic	0,14	homem	0,16	atent	0,15	ouv	0,17	gost	0,19
jeito	0,14	fez	0,15	mesma	0,15	nocao	0,17	especializ	0,19
futuro	0,14	logo	0,15	inform	0,15	meio	0,16	me	0,18
religi	0,13	adocao	0,15	atencao	0,15	época	0,17	sab	0,17
pes	0,13	fisiolog	0,15	ginecolog	0,14	no	0,16	frente	0,18
mudanca	0,13	ovario	0,14	faz	0,14	fila	0,16	sincera	0,18
espermatozoid	0,13	inseminac	0,14	direta	0,14	particular	0,16	vou	0,17
vida	0,12	tinha	0,14	conduta	0,14	fui	0,15	busc	0,17
discriminad	0,13	filhos	0,14	gemelar	0,14	fertilizacao_in_	0,15	livr	0,17
fertilizados	0,13	marido	0,14	profissionais	0,14	ouvi	0,15	ness	0,16
geneticamente	0,13	adotaria	0,14	med	0,13	inseminacao_a	0,15	sofrid	0,16
bebe	0,12	irm	0,13	ocorr	0,13	assist	0,14	pesquis	0,16
BLOCO TEMÁTICO 1 Elementos associativos à Reprodução Humana				BLOCO TEMÁTICO 2 Reprodução Humana Assistida: da informação à prática assistencial					
Classe 1 Tema: Conteúdos e sentidos da Reprodução Humana		Classe 2 Tema: As práticas da mulher/casal frente às tentativas de engravidar		Classe 4 Tema: Prática do Enfermeiro na RHA		Classe 5 Tema: Acesso aos serviços de RHA		Classe 3 Tema: A dimensão da informação sobre RHA	
Subtema: Elementos relacionados ao padrão nuclear clássico de família		Subtema: O tempo como limite		Subtema: Enfermeiro em RHA – sem atuação e sem autonomia		Subtema: Diferenças do acesso entre o serviço público e privado.		Subtema: A informação pelo senso comum	
Subtema: Perturbação/conflito da representação natural de reprodução humana		Subtema: A adoção como solução – processo natural		Subtema: Prática generalista do enfermeiro				Subtema: A necessidade da informação acadêmica para o enfermeiro	
Subtema: Consequências negativas da RHA – não é a solução		Subtema: Pré-natal de gestação pela RHA – não é para o enfermeiro							

Fonte: A autora, 2015.

### 5.3.1.2 Bloco temático 1: “Elementos associativos à Reprodução Humana” referente ao Grupo 1-NTRHA

Esse bloco temático ficou constituído por 260 palavras analisáveis e 445 u.c.e, representando, portanto, 61% do material passível de análise presente no *corpus* do grupo 1. Essa representatividade percentual se revela importante indicador de conteúdos e sentidos atribuídos à RHA pelos enfermeiros do grupo 1.

A análise lexical dos conteúdos do bloco 1, no recorte da classe 1, ficou denominada de “Conteúdos e sentidos da Reprodução Humana”, tendo como subtemas “Elementos relacionados ao padrão nuclear clássico de família” e “Perturbação/conflito da representação natural de reprodução humana”. Na classe 2, teve como tema “As práticas da mulher/casal frente às tentativas de engravidar” e os subtemas “O tempo como limite” e “Consequências negativas da RHA – não é a solução”.

Desse modo, iniciaremos as análises das classes 1 e 2, de acordo com os temas e subtemas, mediante categorização das palavras associativas para os subtemas e as variáveis ligadas a cada classe, conforme estruturado no Quadro 4.

Quadro 4 - Bloco temático 1 (classes 1 e 2 – temas e subtemas) referente ao Grupo 1-NTRHA

<b>BLOCO TEMÁTICO 1</b> <b>Elementos associativos à Reprodução Humana</b>		
<b>Classe 1</b> <b>Tema: Conteúdos e sentidos da Reprodução Humana</b>	<b>Palavras associativas (Phi)</b>	<b>Variáveis</b>
Subtema: Elementos relacionados ao padrão nuclear clássico de família	criança (Phi=0,33); mãe (Phi=0,32); ser (Phi=0,27); pai (Phi=0,27); gerar (Phi=0,27) pais (Phi=0,18)	*Indivíduo 10 *Indivíduo 02 *Indivíduo 08
Subtema: Perturbação/conflito da representação natural de reprodução humana	complicado (Phi=0,18); sociedade (Phi=0,17); questão(Phi=0,15); peso (Phi=0,13); mudança (Phi=0,13); discriminada (Phi=0,13)	*Pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva
<b>Classe 2</b> <b>Tema: As práticas da mulher/casal frente às tentativas de engravidar</b>	<b>Palavras associativas (Phi)</b>	<b>Variáveis</b>
Subtema: O tempo como limite	engravidar (Phi=0,30); conseguir (Phi=0,28); tentar (Phi=0,28); ano (Phi=0,26); tratamento (Phi=0,23); três (Phi=0,18); dois (Phi=0,17); cinco (Phi=0,16); mês (Phi=0,16); logo (Phi=0,15).	*Indivíduo 07 *Indivíduo 11 *Indivíduo 03
Subtema: A adoção como solução - processo natural	adotar (Phi=0,18); adoção (Phi=0,15); adotaria (Phi=0,14).	*Não possui filho (os)
Subtema: Consequências negativas da RHA – não é a solução	hormônios (Phi=0,18); método (Phi=0,17); ela (Phi=0,16); fez (Phi=0,15); inseminação (Phi=0,14); ovário (Phi=0,14)	

Fonte: A autora, 2015.

A classe 1 ficou estruturada com 211 u.c.e, que representou 47,5% do material do bloco 1 e 29,0% do material de classificação do *corpus* do grupo 1. Quanto ao vocabulário totalizaram 128 palavras analisáveis que obteve corte esquemático no coeficiente de correlação “Phi” na ocorrência 0,12.

As variáveis de maior representatividade com a classe 1 foram os enfermeiros que não possuíam pós-graduação na área da saúde sexual e reprodutiva, e os indivíduos 10, 02 e 08. Após observação mais apurada do material foi possível perceber que se tratavam, em sua maioria, de mulheres católicas e que possuíam vivência/experiência com RHA, conforme a Figura 6.

Figura 6 - Esquema representativo da classe 1 referente ao Grupo 1-NTRHA

<b>Classe 1</b>		
<b>Tema: Conteúdos e sentidos da Reprodução Humana</b>		
<b>Subtema: Elementos relacionados ao padrão nuclear clássico de família</b>		
<b>Subtema: Perturbação/conflitos da representação natural de reprodução humana</b>		
<b>211 u.c.e (29,0% do corpus)</b>		
<b>128 palavras analisadas</b>		
<b>Variáveis:</b>		
<b>*indivíduo 10</b>		
<b>*indivíduo 02</b>		
<b>*indivíduo 08</b>		
<b>*não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva</b>		
<b>Vocabulário (formas reduzidas)</b>	<b>Vocabulário (formas completas)</b>	<b>Phi</b>
criança	criança, crianças	0,33
mãe	mãe, mães	0,32
ser	ser, serem	0,27
pai	pai	0,27
ger	gera, gerada, gerado, gerando, gerar, gerou	0,27
human	humana, humano	0,20
pais	pais	0,18
pens	pensa, pensada, pensado, pensam, pensando, pensar, penso	0,18
complic	complicada, complicado	0,18
essa	essa	0,17
óvulos	óvulos	0,17
sociedade	sociedade	0,17
filh	filha, filho	0,16
Sou	sou	0,16
Ovul	ovular, óvulo	0,16
quest	questão, questões	0,15
famili	família, familiar, famílias	0,15
diz	diz, dizem, dizer	0,14
genetic	genética, genéticas, geneticista, genético	0,14
jeito	jeito	0,14
futuro	futuro	0,14
religi	religião, religiosa, religioso	0,13
pes	pesa, pesada, pesado, pesar, peso	0,13
mudança	mudança, mudanças	0,13
espermatozoid	espermatozoide, espermatozoides	0,13
vida	vida, vidas	0,12
discriminad	discriminada, discriminadas, discriminado	0,13
fertilizados	fertilizados	0,13
geneticamente	geneticamente	0,13
bebe	bebês, bebezinho, bebezinhos	0,12

Fonte: Relatório Alceste, 2015.

As palavras *criança* ( $\Phi=0,33$ ); *mãe* ( $\Phi=0,32$ ); *ser* ( $\Phi=0,27$ ); *pai* ( $\Phi=0,27$ ); *gerar* ( $\Phi=0,27$ ) e *pais* ( $\Phi=0,18$ ) fizeram correlação com a parentalidade biológica, diante do pressuposto atribuído a palavra “criança” enquanto elemento organizativo importante no padrão de reprodução humana, que parece estar conjecturado fortemente ao sentido do “ser ou torna-se” “mãe” e “pai” através da reprodução humana.

Dessa maneira, suscitou componentes demarcados pela importância da questão sociocultural da reprodução humana, que podem estar associadas à noção mais generalizada de família, que nesse caso sugere a clássica formação nuclear de família, representado tradicionalmente por um casal (homem /mulher) e filho(s). Essa concepção reprodutiva já

havia apresentado indícios no Teste ALI no termo indutor “Reprodução Humana” em sua categoria de maior representatividade, que relacionava reprodução humana aos aspectos da natureza humana.

A representação da naturalidade no padrão de reprodução humana está presente em 14 dos 16 enfermeiros desse segmento, mostrando ser uma representação quase hegemônica neste grupo, no qual Moscovici (2012) atribui a preservação de vínculo entre os membros, pois os prepara para pensar e agir de modo uniforme.

Podemos observar essa análise nas u.c.e abaixo, que expressam a dimensão esperada que o aspecto reprodutivo humano representa para os entrevistados.

Preocupada com a cabeça da criança que vai deixar de ter pai e mãe normalmente, ela vai fugir o padrão normal, vai ter dois pais, duas mães, como vai ser isso na vida dela, imagina na escola. Isso não é normal, o certo na reprodução é ter um pai e uma mãe. (\*ind\_28; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Atualmente estamos vivendo em um momento de transição, onde esse negócio de ter duas mães ou dois pais é muito complicado e não é muito comum. Em nossa cultura o normal é ter uma família ideal, do papai, mamãe e filho. Isso é o normal. (\*ind\_25; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

O ser humano quando gera um filho é dele, é muito íntimo, e isso é muito difícil de largar, de mudar. Só vendo o futuro, no momento não tenho uma visão do que pode acontecer no futuro nessa mudança toda. Não acredito muito nisso. (\*ind\_08; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Eu penso que nesse contexto, na sociedade que a gente vive é bem complicada essa mudança, mais uma vez, essa mudança tem que partir das mulheres, pois o peso é muito maior para ela. Além do peso da infertilidade para o homem, não é que não possa gerar, pois é uma questão da masculinidade dele, para o homem afeta a questão de masculinidade. (\*ind\_02; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Não poder fertilizar uma mulher para ele deve ser muito pior, por causa do machismo que ainda existe, vem da cultura familiar dos homens, pois é tida como uma pessoa que não pode reproduzir. (\*ind\_08; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Se o óvulo for dela sim, ela é a mãe porque o biológico é muito marcado. Pode ver, você tem características da sua mãe e do seu pai, se você fosse fertilização você não teria características da mulher que só te carregou só te gerou dando proteína. (\*ind\_23; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

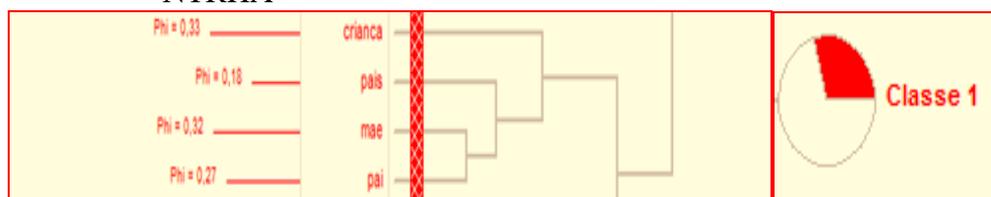
A expectativa de cumprimento papel social conferido à reprodução humana constata-se na necessidade de ajustamento entre natureza/cultura, visto que essa perspectiva, para Costa (2003), perpassa todos os núcleos temáticos relacionados à reprodução humana, inclusive nas definições de relações de parentesco, que aqui se faz presente, em virtude da real necessidade, para os entrevistados, de se cumprir o papel reprodutivo.

Nesse sentido, o peso da tradição direcionada a reprodução humana compreendida como algo natural e fisiológico, refletem a expressão da complexidade das inter-relações entre os mundos interno e externo, entre sujeitos e coletividades, as quais os entrevistados pertencem, e ainda entre estruturas psíquicas e diferentes realidades sociais (JOVCHELOVITCH, 2011).

Sendo assim, vale dizer que a possibilidade ou não do cumprimento dessa expectativa reprodutiva perturba a representação natural de reprodução humana, visto que torna capaz de mobilizar tensões internas e externas no cotidiano das pessoas, quanto à necessidade de dar sentido aos vínculos e relações parentais, ainda que nela estejam implícitos a dimensão ora natural ou cultural das complexas dinâmicas familiares.

Essa análise ainda é reforçada quando observamos a CHA dessa classe, presente na Figura 7. A ligação das palavras *criança-pais-mãe-pai*, nos aponta a inferência acerca dos elementos relacionados à importância dada, pelos entrevistados, ao padrão nuclear clássico de família.

Figura 7 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Embora nos contextos atuais a noção de reprodução humana seja alvo de constantes mudanças paradigmáticas, o advento das tecnologias reprodutivas tem contribuído, de certo modo, para a possibilidade de reestruturação de novas modelagens familiares. E justamente pelo seu ineditismo contemporâneo impregnam os profissionais que não trabalham em RHA de sentidos relacionados ao reforço da naturalidade do que é e do que sempre foi esperado para reprodução humana.

Portanto, a demanda reprodutiva não atendida formula nos entrevistados uma resposta

de desconforto, pois ao dispor biotecnologias reprodutivas aos indivíduos, estas mobilizam pensamentos contraditórios nesses enfermeiros, que apesar de não vivenciarem no cotidiano profissional os detalhes das tecnologias reprodutivas, haja vista que o pertencimento nesse grupo se fez por não trabalharem em RHA, conduzem à posicionamentos desfavoráveis quanto a “interferência” dessas tecnologias no processo natural de reprodução humana, principalmente no tocante as noções de parentalidade.

Neste sentido, denotam estranhamento diante de novos paradigmas de reprodução e família que as biotecnologias podem acarretar, como crianças advindas de casais homoafetivos, manipulação de características genético-hereditárias, doações de gametas, dentre tantas outras crenças e concepções tidas socialmente como intocáveis, como é o caso da reprodução humana.

Neste contexto, de desconforto frente à RHA, emerge uma perturbação da representação natural de Reprodução Humana que podemos constatar nos léxicos de maior associação nesta classe: *complicado* ( $\Phi=0,18$ ); *sociedade* ( $\Phi=0,17$ ); *questão* ( $\Phi=0,15$ ); *peso* ( $\Phi=0,13$ ) e *mudança* ( $\Phi=0,13$ ) e *discriminada* ( $\Phi=0,13$ ) declarada por 10 entrevistados, no qual as variáveis estiveram associadas aos indivíduos 08 e 10 e outros que possuíam pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva, que pode ser visto nas u.c.e:

Que o óvulo vem de terceira pessoa e tem dois pais, já não consigo entender quantos cromossomos essa criança irá ter no final. Tem que ter quarenta e seis, não concordo. (\*ind\_10; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A educação não está em um nível tão elevado para as pessoas compreenderem certas situações, é o que eu acho. Essa questão de gerar uma criança, ser criado por pessoas do mesmo sexo não é homofobia, mas que fruto vai ser essa criança, como vai ser a personalidade dessa criança. (\*ind\_08; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Na barriga solidária, no casal homoafetivo ou na família de barriga solidária, a gravidez dela não é dela. Situação complicada, isso gera muitas mudanças. E ainda tem a criança que vive numa sociedade onde o certo é ter papai e mamãe. Olha que coisa complicada, o bebê saiu da barriga da mamãe, de uma barriga que não existiu na realidade, logo ele não tem mãe, só pai. (ind\_25; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Geneticamente você está concebendo uma criança que você não conhece o perfil genético daquela pessoa, daquele doador, porque com o pai e mãe gerando você já não conhece totalmente, porque existem aquelas questões genéticas antigas que você não sabe, imagina de doação. (\*ind\_06; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva;

possui vivência/experiência com RHA).

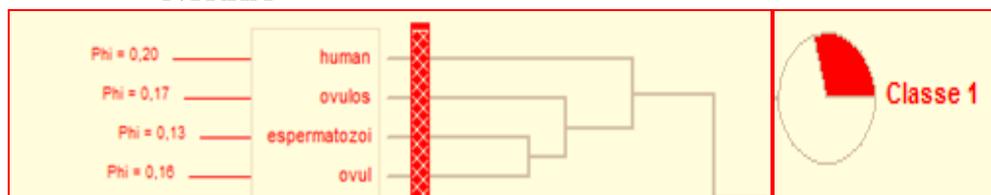
A reprodução humana, para esses participantes da pesquisa, está calcada no universo reificado das ciências, ancorado na biologia e fisiologia da reprodução humana. É através da ciência que justificam a concepção, os contextos genéticos, hereditários e de laços sanguíneos, para tanto elaboram mecanismos sistemáticos para explicar minuciosamente noções de reprodução e até noção biológica da vida em si, confirmado por Moscovici (2012, p. 235) ao declarar que “o pensamento científico leva em consideração somente a conexão entre causa estabelecida e efeito”.

No entanto, o pensamento do grupo de enfermeiros também não deixa de abarcar racionalidades que se distanciam das justificativas do prisma da biologia, pois envolvem conteúdos do universo consensual e religioso e que fazem sentido para esses profissionais. Este fato pode estar ancorado na concepção de que a vida humana é algo divino e sagrado, sendo assim, as técnicas reprodutivas são entendidas como “desestruturantes” perante a concepção de vida e reprodução humana, visto que os depoentes relatam sensação de desconforto diante das situações de descarte de material genético, de doadores de gametas ou da própria fertilização *in vitro*.

Para Atlan (2006), as controvérsias relacionadas à concepção de vida, ou seja, ao embrião humano, se estende para discussões relativas ao aborto, pesquisas genéticas e as técnicas de RHA. No entanto, no caso das tecnologias reprodutivas, já qualificadas como reprodução sem o intercuro sexual, promovem ainda mais questionamentos quanto à concepção de vida humana. Aléssio, Apostolidis e Santos (2008) complementam que as polêmicas quanto ao poder de decisão sobre a vida humana são tão complexas que acabam colocando em cena diferentes atores sociais como médicos, governos e poder judiciário.

A importância da dimensão do universo reificado para o entendimento da reprodução humana pode ser vista na CHA (Figura 8) na força associativa das palavras *humano-óvulos-espermatozoide-óvulos*.

Figura 8 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Associadas as preocupações consideradas mais conceituais quanto à noção de vida, inevitavelmente surge o questionamento religioso, que na realidade sociocultural dos entrevistados encontra-se calcado nos princípios de ensinamento judaico-cristão, como pode ser observado no perfil desses participantes, sendo as mais prevalentes a católica e a evangélica/protestante.

O catolicismo se posiciona claramente diante desses questionamentos, conceituando a noção de vida humana, logo portadora da dignidade de pessoa, a partir do momento da concepção. Desse modo, aceitam a inseminação artificial homóloga dentro do matrimônio, desde que não seja substitutivo do ato conjugal ou conjunção carnal. Também concordam com os tratamentos para condições ligadas a infertilidade, que tenham como causas os distúrbios hormonais, endometriose e obstrução tubária. No entanto, condenam veementemente as tecnologias reprodutivas que envolvam manipulação de gametas heterólogos, congelamento e descarte de embriões, diagnóstico pré-implantacional e clonagem humana (SANTA SÉ, 2008).

As religiões evangélicas/protestantes possuem muitas denominações ou linhas de pensamento, como observado no protestantismo histórico, pentecostais e neopentecostais, e em geral são mais progressistas em relação aos tratamentos de RHA. As questões referentes à RHA, de maneira geral, podem ser interpretadas à luz de cada denominação, já que seguem interpretações particulares e internas (CAMBIAGHI, 2010).

Abaixo destacamos algumas u.c.e, na perspectiva do contexto religioso, que revelam as preocupações referentes à inevitável transformação de representação da reprodução humana promovidas pelas biotecnologias reprodutivas:

Até onde eu consigo compreender a realidade da vida humana na concepção é no encontro do espermatozoide com o óvulo que é gerado uma nova vida, então se esses óvulos são desprezados a gente também está desprezando a vida humana, então não concordo. (\*ind\_10; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA)

Não vai ser ali resolvendo essas doenças que você vai ter um ser humano perfeito, não vai. E outra questão, as pessoas não estão abertas para as oportunidades que Deus dá para elas. Esse é o primeiro ponto a ser pensado, se eu quero ter um filho quem é que me coloca a possibilidade de ter um filho, simplesmente não é só a minha biologia humana. (\*ind\_10; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

No entanto, independente da doutrina religiosa, é inegável que RHA perturba representações, crenças e valores sobre a vida, até então tidas como certas e intocáveis, visto

que antes do progresso das ciências a noção de reprodução humana justificava-se apenas pelas crenças no divino.

A segunda classe do bloco 1 denominada “As práticas da mulher/casal frente às tentativas de engravidar” ficou representada por 234 u.c.e, constituindo 52,5% do bloco 1 e 32,0% do *corpus*, obtendo a maior representatividade percentual, em u.c.e, do material analisável do grupo 1. Apresentou 132 palavras analisáveis, do qual se obteve corte no coeficiente  $\Phi = 0,13$ . Quanto às variáveis apontadas pelo relatório as que mantiveram maior associação com a classe esteve entre os entrevistados que não possuíam filho(os), e os indivíduos 07,11 e 03 que eram do sexo feminino e tinham vivência/experiência com RHA (Figura 9).

Figura 9 - Esquema representativo da classe 2 referente ao Grupo 1-NTRHA

<b>Classe 2</b> <b>Tema: As práticas da mulher/casal frente às tentativas de engravidar</b> <b>Subtema: O tempo como limite</b> <b>Subtema: A adoção como solução – processo natural</b> <b>Subtema: Consequências negativas da RHA – não é a solução</b>		
234 u.c.e (32,0% do corpus) 132 palavras analisadas		
Variáveis: *indivíduo 07 *indivíduo 11 *indivíduo 03 *não possuíam filho (os)		
Vocabulário (formas reduzidas)	Vocabulário (formas completas)	Phi
engraved	engravidada, engravidam, engravidando, engravidar, engravidaram	0,30
consequ	consegue, conseguem, conseguia, conseguir, conseguiram	0,28
Tent	tenta, tentam, tentando, tentar, tentaram, tentava, tentei	0,28
Ano	ano, anos	0,26
tratamento	tratamento, tratamentos	0,23
problema	problema problemas	0,20
adot	adota, adotada, adotado, adotar, adotaram, adote, adotou	0,18
Trist	triste, tristeza	0,18
Tom	toma, tomam, tomar, tomei, tomou	0,18
Tres	três	0,18
hormone	hormonais, hormonal, hormônios	0,18
dois	dois	0,17
frustr	frustra, frustração, frustrada, frustrado, frustrante	0,17
método	método, métodos	0,17
cinco	cinco	0,16
Ela	ela	0,16
Mês	mês, meses	0,16
prim	prima, primo	0,16
homem	homem	0,16
Fez	fez	0,15
Logo	logo	0,15
adocao	adoção	0,15
fisiolog	fisiológica, fisiológico, fisiológicos	0,15
ovario	ovário	0,14
inseminac	inseminação, inseminações	0,14
tinha	tinha	0,14
filhos	filhos	0,14
marido	marido	0,14
adotaria	adotaria	0,14
Irm	irmã, irmão, irmãos, irmãs	0,13

Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Essa classe surge mediante relatos de observação dos entrevistados referentes às ações executadas pela mulher/casal que tentaram engravidar diante de impedimentos reais ou situacionais para que ocorresse espontaneamente. Nesse sentido, palavras com maior ligação com a classe foram: *engravidar*  $\Phi=0,30$ ; *conseguir*  $\Phi=0,28$ ; *tentar*  $\Phi=0,28$ ; *ano*  $\Phi=0,26$ ; *tratamento*  $\Phi=0,23$ ; *três*  $\Phi=0,18$ ; *dois*  $\Phi=0,17$ ; *cinco*  $\Phi=0,16$ ; *mês*  $\Phi=0,16$  e *logo*  $\Phi=0,15$ .

Esse contexto de palavras ilustra a ocorrência de uma espécie de ciclo “tentar-conseguir-engravidar” visto que, nessa fase, concentra grande carga de energia direcionada ao projeto de engravidar. No entanto, os esforços estão voltados aos aspectos fisiológicos e naturais da reprodução humana, anteriormente sinalizado no Teste ALI do termo indutor

“reprodução humana”, abarcados nos aspectos relativos à natureza humana.

Ao lidar com o aspecto fisiológico/biológico da reprodução humana surge a preocupação com o tempo, ou idade limite para engravidar, relatado por 16 depoentes e que pode ser verificado através dos léxicos que se referem a numerais. O tempo de espera considerado adequado diante das tentativas de gravidez espontânea pode variar entre os indivíduos, e nesse período surgem reações incômodas de esgotamento emocional pelas pressões sofridas no âmbito psicológico e social. A variável vivência/experiência com RHA, evidenciada pelo relatório nessa classe, mostra-nos que são participantes que conhecem de perto as angústias e frustrações das tentativas e da espera por uma gravidez.

Em relação aos casais heterossexuais casados há muito tempo, chega um momento em que se quer ter filho e tenta, tenta, tenta e bate aquela frustração. \*ind\_03; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA.

Eu não consigo engravidar parei de tomar pílula há um ano, e agora depois de dois anos e não consigo engravidar, então fui ao ginecologista para fazer os exames. A princípio é a frustração, então quando se acha alguma coisa como endometriose é uma coisa, já fica um pouco mais animada porque sabe que tem cura e quando não acha nada fica mais desanimada porque não tem cura, não tem o que tratar, não tem muita esperança. \*ind\_03; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA.

Tive uma colega que durante o casamento fez três tentativas, tinha o enxoval pronto no armário, todo montado para uma criança, então fazia RHA e era todo o sofrimento, é muito sofrimento. \*ind\_25 não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos, não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA.

Quando eu resolvi engravidar, não consegui e fiquei um ano e meio mais ou menos tentando, fui ao médico, marquei a consulta, ela me deu uma medicação, me mandou tomar, marcou outra consulta e perdi a consulta, a agenda dela era muito disputada, eu não conseguia marcar de jeito nenhum. É uma frustração tentar e não conseguir. \*ind\_25 não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos, não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA.

Uma amiga que é enfermeira está casada há bastante tempo, depois de mais de cinco anos agora anda muito triste porque quer um filho, a idade está chegando, o marido não pode ter e ele não aceita a técnica. \*ind\_07; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA.

Junto com as tentativas para engravidar surge a preocupação com o “tempo como limite”, principalmente para as mulheres, diante da premissa fisiológica verdadeira que o avançar da idade da mulher dificulta o processo de engravidar. Além da idade, os impeditivos se tornam maiores, na medida em que, associados aos estilos de vida da mulher moderna

promovem o adiamento da maternidade, devido à inserção no mercado de trabalho numa atividade laboral com intensa carga horária e duplo vínculo empregatício, como observado nesse grupo. Vejamos as u.c.e abaixo.

Para mulher é mais limitante, uma mulher com quarenta anos já e considerada gravidez de risco, o homem com quarenta anos é tranquilo para ele ser pai pela primeira vez. (\*ind\_03; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Tive uma amiga que engravidou uma única vez e depois não conseguiu mais engravidar. Tive outra amiga que fez tratamento para engravidar, ela tentou e não conseguiu engravidar pela idade e partiu para adoção. (\*ind\_12; não trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho; não católico; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Essa experiência com familiar/amigos ou própria vivência leva a tomada de decisões diante da dificuldade para engravidar que estão ancoradas na busca por atender antigas imagens e modelos de família, fato que é próprio do indivíduo, pois como ressalta Moscovici (2012), o conceito de sociedade pensante concebe os indivíduos como pensadores ativos, produtores e comunicadores de suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmas.

O constructo de preocupação em relação ao tempo dispensado para tentar engravidar impulsiona reações para resolução do problema. Uma dessas práticas foi à adoção como solução, os léxicos como *adotar*  $\Phi=0,18$ ; *adoção*  $\Phi=0,15$  e *adotaria*  $\Phi=0,14$  são palavras demonstram claramente esse sentido, visto pertencem ao mesmo “mundo lexical” por complementaridade (KALAMPALIKIS, 2005).

A perspectiva da adoção como prática/ação foi apontada por 10 enfermeiros desse grupo, que possuem como unidade reflexiva, ou pensamento organizado em torno do fisiológico / biológico acerca da reprodução humana, haja vista que essa criança foi concebida por meios conhecidos e ditos convencionais, portanto nesse aspecto não perturbam a noção de concepção de vida humana.

Se essa relação não se desgastar com isso, vale a pena a adoção. Eu adotaria. Eu tentei e essa coisa de não ter filho atrapalha o casamento. No início eu queria muito, depois eu vi que não era a vontade do meu marido, inclusive acho que o problema era dele, então a gente adotou. (\*ind\_23; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho adotado; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Para o homem enquanto ele estiver com dinheiro se tiver que tentar ele continuaria tentando, para mulher não, tem hora que ela vai parar e partir para adoção. Tenho uma colega, que tentou duas vezes e não conseguiu, perdeu a primeira, implantou na segunda, perdeu na terceira, ela disse que não iria mais fazer e adotaram dois irmãos,

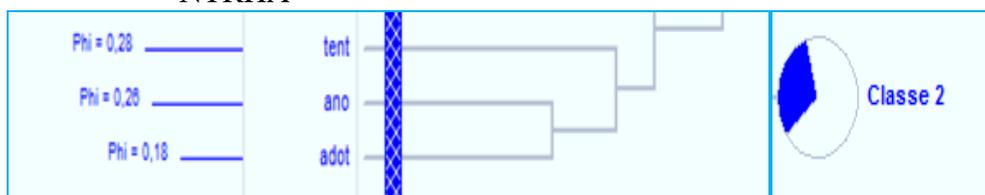
um com seis meses e a menina com três anos, foi o fim para ela. (\*ind\_11; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Aguardaria esse período de três anos, usando todos os métodos naturais, laboratoriais, se não tivesse jeito mesmo aguardaria três anos e faria o método adotivo. Independente ou não de ter ou não eu tenho vontade de adotar. (\*ind\_09; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Tive uma amiga que engravidou uma única vez e depois não conseguiu mais engravidar tive outra amiga que fez tratamento para engravidar, ela tentou e não conseguiu engravidar pela idade e partiu para adoção. (\*ind\_12; não trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho; não católico; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A ligação entre as palavras *tentar- ano-adotar* pode ser evidenciada na CHA, numa referência a tomada de atitude, no caso adoção de criança, diante do tempo de espera e dificuldade para engravidar (Figura 10).

Figura 10 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Consideramos que o consenso funcional, ou seja, o modo de manter a prática social desse grupo, diante da representação de reprodução humana, se estabelece na noção cultural do que é socialmente aceito para resolução dos problemas conceptivos. Assim, apesar das crianças, em vias de adoção, estarem em situação de extrema vulnerabilidade social e afetiva, representam indivíduos cuja origem biológica enquadra-se nos padrões reprodutivos até aqui organizados e entendidos pela lógica da normalidade fisiológica.

Nesse sentido, vale dizer que na adoção estão ausentes os dilemas trazidos pela RHA relativos à artificialidade da origem da vida, ainda que permaneçam, em sua maioria, os questionamentos referentes à origem parental. Seguindo essa lógica de pensamento, emerge o subtema “RHA não é a solução” principalmente pelas consequências negativas que essas tecnologias trazem, onde temos 14 enfermeiros que se destacam nessa temática. A CHA das palavras *inseminação-expectativa-frustração-tristeza* também reforça essa análise:

Essa reprodução assistida mexe demais com o corpo da mulher, tem coisas que algumas mulheres podem acabar se prejudicando. Tenho colega que fez tanto que está enorme de gorda, por causa do tratamento hormonal e acabou que ela não conseguiu engravidar. (\*ind\_07; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

O casal tem que parar o tratamento, no caso da minha amiga, ela tentou e chegou uma hora que ela disse basta, há um momento de parar, porque ela chegou a uma conclusão que aquilo ali não iria dar certo, estava começando a afetar psicologicamente. (\*ind\_11; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Fizeram inseminações, eu vivenciei pelo menos duas. Nas tentativas, tentar e não conseguir, eu não vi nenhuma com sucesso, nunca vivenciei uma com sucesso, todas que eu vivenciei não deram certo. (\*ind\_07; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Os enfermeiros ressaltaram preocupação quanto ao prejuízo no corpo da mulher, devido ao excesso de intervenção médico-tecnológica, principalmente quanto à hormonioterapia. Destacaram que a maior carga de investigação, exames e propedêutica clínica se faz no corpo da mulher, trazendo incertezas quanto ao futuro e possíveis implicações para saúde feminina. Dentro desse contexto de RHA, as participantes entenderam que existe uma diferença de gênero, cuja mulher é a mais prejudicada pela manipulação do corpo diante da busca por um filho.

Eles têm que tentar minimizar esses danos à saúde da mulher, que é muito menos que no homem, no homem não causa essas coisas. Eu vivenciei com uma amiga de trabalho, houve exagero nas doses hormonais que ela tomava para esses tratamentos de reprodução humana. (\*ind\_07; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica; pós-graduação fora área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Devido a essa série de medicamentos, hormônios, manipulação no corpo dela, tudo que ela toma. Por isso vai sempre precisar recorrer aos tratamentos para engravidar, mexe demais com corpo dela. (\*ind\_20, não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Em contrapartida, apenas duas entrevistadas desse segmento apontaram a RHA como uma prática a ser almejada e utilizada para solucionar o desejo de engravidar, ou seja, mesmo frente às controvérsias existentes que permeiam as biotecnologias reprodutivas, para essas enfermeiras as tecnologias representam mais uma ferramenta da modernidade para auxiliar nas tentativas de gravidez.

Eu sou a favor de tratamento para engravidar, acho válido. Eu sou a favor dos

tratamentos para que a mulher possa gestar, se for sonho dela, se for o desejo dela e dos dois. (\*ind\_01, não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; não católica, tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Acho que isso é mais uma alternativa para a mulher. A mulher que quer engravidar, se quer gestar tem que ter essa questão mais resolvida, ser mais incisiva (\*ind\_06, não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Nessa classe, a dimensão da atitude ficou evidenciada nas ações ou intenções para se cumprir o papel reprodutivo e realizar projeto parental/familiar que inclua filhos. A representação de um objeto influencia na atitude, ou seja, conforme Moscovici (2012), termina por explicar a orientação global em relação ao objeto de representação social.

Nesse sentido, o grupo 1-NTRHA percorre, principalmente, caminhos considerados naturais e não desestruturantes da natureza, nas tentativas de engravidar. Nesse caso, já estabelecem prazos, numa referência à temporalidade de pactos pessoais e/ou conjugais, ditos e/ou não ditos que podem culminar se concretizando adoção de uma criança. O grupo, em sua maioria, representa oposição às tecnologias reprodutivas, ancoradas no senso comum que a vida humana é algo intocável e, portanto, não deve ser demasiadamente manipulada pela ciência.

### 5.3.1.3 Bloco temático 2: “Reprodução Humana Assistida: da informação à prática assistencial” referente ao Grupo 1-NTRHA

O bloco temático 2 apresentou 285 u.c.e analisáveis, que correspondem a 39% do material do *corpus* do grupo 1, e contou com 294 palavras analisáveis no total. Conforme dito anteriormente ficou estruturado de acordo as palavras associativas em temas e subtemas, categorizados em 3 classes (3, 4 e 5). No momento da divisão, as classes 4 e 5 se separaram por último, sugerindo forte ligação lexical entre as mesmas. Segue o raciocínio esquemático do bloco 2 no Quadro 5.

Quadro 5 - Bloco temático 2 (classes 3, 4 e 5 – temas e subtemas) referente ao Grupo 1-NTRHA (continua)

<b>BLOCO TEMÁTICO 2</b>		
<b>Reprodução Humana Assistida: da informação à prática assistencial</b>		
<b>Classe 3</b>	<b>Palavras associativas (Phi)</b>	<b>Variáveis</b>
<b>Tema: A dimensão da informação sobre RHA</b>		
Subtema: A informação pelo senso comum	assunto (Phi=0,46); interessa (Phi=0,37); internet (Phi=0,33); área (Phi=0,30); ler (Phi=0,28); estuda (Phi=0,27); sobre (Phi=0,27); atualizar (Phi=0,26); conhecimento (Phi=0,26); televisão (Phi=0,22); dia_dia (Phi=0,20); revista (Phi=0,20)	*Indivíduo 06 *Indivíduo 02 *Indivíduo 28 *Sexo feminino *Religião católica
Subtema: A necessidade da informação acadêmica para o enfermeiro	artigo (Phi=0,26); atualização (Phi=0,26); medicina (Phi=0,24); avanços (Phi=0,23); capacitação (Phi=0,22); especialização (Phi=0,19)	
<b>Classe 4</b>	<b>Palavras associativas (Phi)</b>	<b>Variáveis</b>
<b>Tema: Prática do Enfermeiro na RHA</b>		
Subtema: Enfermeiro em RHA – sem atuação e sem autonomia	enfermeiro (Phi=0,46); encaminha (Phi=0,24); paciente (Phi=0,24); equipe (Phi=0,21)	*Indivíduo 09 *Indivíduo 21 *Possui filho(s)
Subtema: Prática generalista do enfermeiro	enfermeiro (Phi=0,46); cuida (Phi=0,35); acompanhamento (Phi=0,28); atua (Phi=0,26); encaminha(Phi=0,24); paciente (Phi=0,24); equipe (Phi=0,21); procedimento (Phi=0,18); ética (Phi=0,17); lida (Phi=0,17); orienta(Phi=0,17); acolhimento (Phi=0,17); reprodução humana (Phi=0,16).	*Pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva
Subtema: Pré-natal de gestação pela RHA – não é para o enfermeiro	enfermeiro (Phi=0,46); cuidado (Phi=0,35); pré-natal (Phi=0,32); gestação (Phi=0,31); acompanhamento (Phi=0,28); encaminhamento (Phi=0,24); paciente (Phi=0,24); equipe (Phi=0,21); reprodução humana assistida (Phi=0,16); atentar (Phi=0,15); ginecologista (Phi=0,14); gemelar (Phi=0,14) médico (Phi=0,13)	

Quadro 5 - Bloco temático 2 (classes 3, 4 e 5 – temas e subtemas) referente ao Grupo 1-NTRHA (conclusão)

<b>BLOCO TEMÁTICO 2</b>		
<b>Reprodução Humana Assistida: da informação à prática assistencial</b>		
<b>Classe 5</b>	<b>Palavras associativas (Phi)</b>	<b>Variáveis</b>
<b>Tema: Acesso aos serviços de RHA</b>		
Subtema: Diferenças do acesso entre o serviço público e privado.	público (Phi=0,46); serviço (Phi=0,46); hospital (Phi=0,43); federal (Phi=0,39); universitário (Phi=0,39); acesso (Phi=0,32); estadual Phi=0,29 instituto Phi=0,29	*Indivíduo 01 *Indivíduo 24 *Indivíduo 25 *Possui filho(s) *Pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva

Fonte: A autora, 2015.

A classe 3 apresentou 66 u.c.e, representando 9,0% do *corpus* e 23,0% do bloco temático 2, com 84 palavras analisáveis, sendo seccionado, pelo programa, no coeficiente Phi= 0,16. As variáveis destacadas pelo programa para essa classe estiveram associadas à religião católica, e aos indivíduos 06, 02 e 28. No entanto, após verificação com o *corpus* observamos, também, que pertenciam ao sexo feminino e possuíam pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva.

No que tange a classe 3 foi possível observar que a ligação das palavras suscitadas evocaram a “dimensão da informação sobre RHA” para o enfermeiros, ou seja, esse grupo valoriza a aquisição de conhecimento a respeito das biotecnologias, ainda que essa temática não seja grande área de interesse, nem tampouco a prática cotidiana desses profissionais. A Figura 11 apresenta o esquema dessa classe.

Figura 11 - Esquema representativo da classe 3 referente ao Grupo 1-NTRHA

<b>Classe 3</b> <b>Tema: A dimensão da informação sobre RHA</b> <b>Subtema: A informação pelo senso comum</b> <b>Subtema: A necessidade da informação acadêmica para o enfermeiro</b>		
<b>66 u.c.e (9,0% do corpus)</b> <b>84 palavras analisadas</b>		
<b>Variáveis</b> <b>*indivíduo 06</b> <b>*indivíduo 02</b> <b>*indivíduo 28</b> <b>*católicos</b>		
<b>Vocabulário (formas reduzidas)</b>	<b>Vocabulário (formas completas)</b>	<b>Phi</b>
Assunto	assunto, assunto	0,46
Interess	interessa, interessam, interessando, interessante, interessar	0,37
Internet	internet	0,33
aprofund	aprofundada, aprofundando, aprofundar, aprofundo	0,31
Área	área, áreas	0,30
ler	Ler	0,28
estud	estuda, estudando, estudar, estudo	0,27
sobre	Sobre	0,27
Conheci	conheci, conhecimento	0,26
Artigo	artigo, artigos	0,26
Atualiz	atualizando, atualizar	0,26
medicina	medicina	0,24
Avanços	avanços	0,23
Saiba	saiba	0,23
Capacit	capacitação, capacitado, capacitando	0,22
Televisão	televisão	0,22
dia_dia	dia_dia	0,20
Revista	revista, revistas	0,20
Gost	gosta, gostei, gosto	0,19
especializ	especialização, especializada, especializar	0,19
Me	me	0,18
Sab	sabe, sabem, saber	0,17
Frente	Frente	0,18
Sincera	sincera, sinceramente	0,18
Vou	vou	0,17
Busc	busca, buscado, buscam, buscar	0,17
Livr	livro	0,17
Ness	nessa, nesse, nesses	0,16
Sofrid	sofridas, sofrido	0,16
Pesquis	pesquisa, pesquisar, pesquisas, pesquisei	0,16

Fonte: Relatório Alceste 2015.

Ao analisar a dimensão da informação que aqui se apresenta, podemos observar que a demanda pelo conhecimento sobre as biotecnologias reprodutivas pelo grupo, se assenta em duas perspectivas, a do senso comum e a adquirida no universo científico. A ligação dos vocábulos *assunto* ( $\Phi=0,46$ ); *interessa* ( $\Phi=0,37$ ); *internet* ( $\Phi=0,33$ ); *aprofundar* ( $\Phi=0,31$ ); *área* ( $\Phi=0,30$ ); *atualizar* ( $\Phi=0,26$ ); *televisão* ( $\Phi=0,22$ ); *dia-dia* ( $\Phi=0,20$ ) *revista* ( $\Phi=0,20$ ) remete à noção da “informação pelo senso comum” a respeito de RHA, discriminada por 13 enfermeiros, como pode ser observada nas u.c.e adiante.

Buscamos na internet, somos da área da saúde e estamos sempre procurando trabalho na área de saúde materna. Eu tenho que saber sempre, por exemplo, hoje em dia passa na televisão essa novela, o que mais se fala é da questão da fertilização.

(\*ind\_06; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Conheço através do caso da Fátima Bernardes e principalmente na internet. A Rede Globo sempre faz alguns trabalhos. Tenho interesse porque é uma coisa que está sempre modificando, que sempre tem novidade, então é um assunto interessante, no Brasil tinha que ter mais artigos sobre isso (\*ind\_07; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica; pós-graduação fora área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Busco em todos esses meios que falei, na internet, revista, livro, televisão. Revista científica não, só se alguém me indicar. Se sair alguma coisa que me interessa eu vou à científica, mas fora isso vou à revista comum. (\*ind\_06; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A gente precisa saber outra língua para ver isso, mas na internet tem muito. Fala muito sobre o assunto principalmente de famosos,. A gente fica sabendo mais pelos famosos e acaba se interessando, sabendo mais do assunto, como o caso Pelé. (\*ind\_07; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica; pós-graduação fora área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Nesse caso, os enfermeiros que não trabalham diretamente com a RHA ao se depararem com os questionamentos a respeito das biotecnologias reprodutivas no cotidiano profissional, procuram informações acerca de RHA em fontes comumente atribuídas ao senso comum, ou seja, nas mídias populares como novelas, revista de entretenimento e na internet, que são conhecidos meios de transmissão simbólica de informações.

Caso a parte, a internet foi citada em muitas u.c.e aqui expostas, e sinalizada anteriormente como importante fonte de informação sobre RHA no perfil desses participantes. Desse modo, a internet, como maior fenômeno tecnológico de comunicação da atualidade, parece compilar todas as mídias e facilitar o acesso à informação. Portanto, ao buscarem diferentes formas de conhecimento, Jovchelovitch (2011) considera que os profissionais não ficam arraigados somente em motivações e emoções diante de conhecer algo objetivo, como a RHA, mas também conectados com os mundos subjetivos, intersubjetivos e culturais.

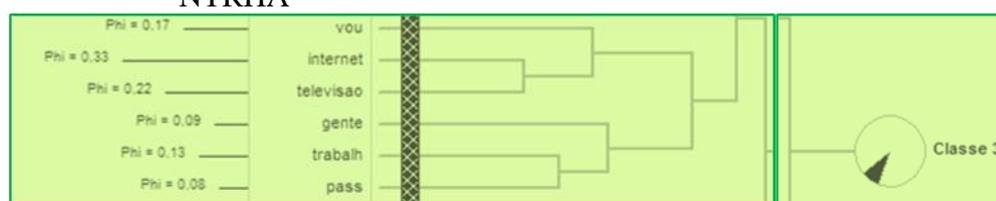
As informações adquiridas através de meios julgados populares podem estar ligadas ao fato de não trabalharem diretamente com a RHA, fazendo com que seja algo distante de sua realidade e até de seu interesse profissional. Neste sentido, reafirmam mais uma vez que a reprodução humana é algo natural e as tecnologias que envolvem a reprodução ainda permanecem como algo estranho e dissociado do processo de gestar, parir e nascer. Essa linha representacional arraigada ao universo social encontra justificativa nas considerações de Moscovici (2012) quando destaca que um objeto social é sempre apreendido como algo associado a um grupo e a finalidade desse grupo.

Doação de sêmen e de óvulo é questão de novela. Eu vou ser sincera, eu não pesquiso nada sobre isso porque não é minha área de trabalho, nunca ninguém me questionou em relação a isso e eu nunca procurei saber sobre isso (\*ind\_09; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; religião não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

De repente alguma experiência, alguma coisa que aconteceu de novidade científica eu passo rapidinho o olho, porque não faz parte da minha rotina, também não é assunto que eu me veja com tanto necessidade para meu conhecimento, apesar de ser importante a gente saber um pouquinho de tudo, mas não é do meu interesse para questão de trabalho, pois trabalho com a gravidez (\*ind\_09; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; religião não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A “informação pelo senso comum” pode ser observada na CHA (Figura 12) diante da ligação das palavras *gente-passa-trabalhando* e ainda *vou-internet- televisão*.

Figura 12 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Como já sinalizado, nesse segmento do estudo estamos abordando o *corpus* dos profissionais que não tem aproximação com tecnologias reprodutivas. No entanto, esse grupo parece reclamar da dificuldade de encontrar informações mais estruturadas pela esfera científica sobre RHA e que esteja em consonância com o interesse laboral desses profissionais.

Desse modo, surgem em seis enfermeiros questões que levaram ao subtema ligado à “necessidade da informação acadêmica para o enfermeiro” sobre RHA, que sejam promovidos por entidades formais de ensino e/ou conselho da classe profissional. Essa situação gera no grupo a percepção que essas instituições não discutem a temática de RHA, portanto não se posicionam para dar “suporte” aos profissionais diante dos impasses e questionamentos sobre RHA.

As palavras *artigo* ( $\Phi=0,26$ ); *atualização* ( $\Phi=0,26$ ); *medicina* ( $\Phi=0,24$ ); *avanços* ( $\Phi=0,23$ ); *capacitação* ( $\Phi=0,22$ ); *especialização* ( $\Phi=0,19$ ) refletem muito bem essa demanda. Vale dizer que a demanda por informação formal sobre RHA foi observada, informalmente, durante as entrevistas. Alguns exemplos de u.c.e:

Então vou me atualizando. Trabalhando no SUS ou na rede particular, seria melhor

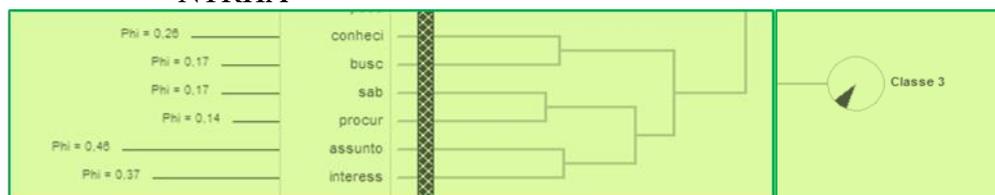
se a rede fizesse capacitação com informação pra gente ou até os conselhos de enfermagem. (\*ind\_10; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica; pós-graduação fora área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Quase cem por cento (dos enfermeiros) não vão saber lidar, dialogar e aprofundar a conversa sobre reprodução humana assistida com esse casal. Vou procurar leitura, de repente sugerir capacitação ou discutir esse assunto para coordenação do PSF, pra gente ficar mais envolvido. (\*ind\_09; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; não católica; pós-graduação fora área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Na especialização tive só uma discussão, não instrumentalizou teoricamente, mas devia partir da academia, para desenvolver o assunto tem que entrar na academia. (\*ind\_03; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A ligação das palavras na CHA *sabia – buscar – conhecimento* e também *procurar – assunto – interesse* podem ser vistas na Figura 13.

Figura 13 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Mesmo não trabalhando diretamente com a RHA, esses enfermeiros almejam saber sobre novas tecnologias e possibilidades reprodutivas. Nesse caso, a motivação ou interesse pelo assunto está ligado à vivência ou experiência com familiares/amigos que utilizaram RHA, o que vem ao encontro da afirmação de Jovchelovitch (2011) que toda representação está ligada ao esforço de pessoas e comunidade de representarem a si mesmos, mesmo quando se tenta retirar a subjetividade como faz a ciência.

Como me interesse pela área da saúde acaba despertando interesse de conhecimento e também no dia a dia de alguma forma. A gente imagina que tudo tem avançado, a tecnologia, o conhecimento. Hoje em dia, a gente presencia um momento de grande avanço científico. (\*ind\_12; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Tenho interesse sim, eu gosto de saber. É uma coisa muito interessante, é uma coisa que está avançando grandiosamente. Eu gosto de saber, pois vivenciei isso na minha família. (\*ind\_06; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Acho muito interessante, acho muito interessante qualquer tipo de assunto, de avanços voltados para medicina. A minha irmã tem infertilidade e vive essa situação toda. A gente não pode se omitir, nem deixar de se envolver com qualquer tipo de evolução, mesmo porque futuramente muitas doenças serão descobertas. Quem sabe seja um ramo da medicina que consiga descobrir a cura do câncer. (\*ind\_02; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A ciência é parte fundamental do universo reificado, e como tal é dotada da prerrogativa do discurso hegemônico e da verdade absoluta, desta forma podemos compreender a ânsia desses profissionais por um conhecimento considerado sólido e verdadeiro, que seja capaz de sustentar, teoricamente, toda a subjetividade envolvida na RHA.

Frente à dificuldade de acessar esse conhecimento científico, esses enfermeiros se alimentam do conhecimento elaborado e compartilhado socialmente, transmitido pelo plano informal, que nesse caso consegue dar conta do cotidiano para 12 componentes. Esse pouco interesse em buscar informação formal sobre RHA segue penetrando sua rotina, seja no campo profissional ou pessoal, para Jodelet (2009), o saber socialmente elaborado é incorporado pelo sujeito de uma forma concreta em conteúdos representacionais expressos nos atos e nas palavras e passa a fazer parte integrante de suas relações cotidianas.

A classe 4 denominada tematicamente de “prática do enfermeiro na RHA” foi representada por 164 u.c.e, compondo 21,0% do material do *corpus* e 54,0% do bloco temático 2, ou seja, a classe mais representativa desse bloco. Evidenciou 107 palavras analisáveis e atingiu o corte no coeficiente  $\Phi = 0,13$ . As variáveis demonstradas no relatório associadas à classe em questão esteve relacionada aos indivíduos 09 e 21, que possuíam filho(s) e com pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva.

Figura 14 - Esquema representativo da classe 4 referente ao Grupo 1-NTRHA

<b>Classe 4</b> <b>Tema: Prática do Enfermeiro na RHA</b> <b>Subtema: Enfermeiro em RHA – sem atuação e sem autonomia</b> <b>Subtema: Prática generalista do enfermeiro</b> <b>Subtema: Pré-natal de gestação pela RHA – não é para o enfermeiro</b>		
<b>154 uce</b> <b>107 palavras analisadas</b>		
<b>Variáveis</b> <b>*Pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva</b> <b>*Possui filhos</b> <b>*Indivíduo 09</b> <b>*Indivíduo 21</b>		
<b>vocabulário</b> <b>(formas reduzidas)</b>	<b>vocabulário</b> <b>(formas completas)</b>	<b>Phi</b>
enfermeir	enfermeiro, enfermeiros	0,46
Cuid	cuida, cuidada, cuidado, cuidando, cuidar	0,35
pre_natal	pré-natal	0,32
Gest	gestação, gestante, gesto	0,31
acompanha	acompanhamento, acompanhamentos	0,28
Atu	atua, atuação, atuam, atuar, atuem, atuo	0,26
encaminh	encaminha, encaminhada, encaminham, encaminhar	0,24
paciente	paciente, pacientes	0,24
Norm	normais, normal, normas	0,22
Equipe	equipe, equipes	0,21
acompanh	acompanha, acompanhado, acompanhando, acompanhar	0,21
procedimento	procedimento, procedimentos	0,18
Etic	ética	0,17
Lid	lida, lidam, lidando, lidar	0,17
Orient	orientação, orientada, orientado orientando, orientar	0,17
enfermagem	enfermagem	0,17
acolhimento	acolhimento	0,17
reproducao_hu	reprodução humana assistida	0,16
Atent	atenta, atentar, atento	0,15
Mesma	mesma	0,15
Inform	informação, informado, informar	0,15
atencao	atenção	0,15
ginecolog	ginecologia, ginecológicas, ginecologista	0,14
Faz	faz, fazem, fazer, fazerem	0,14
Direta	direta, diretamente	0,14
conduta	conduta	0,14
gemelar	gemelar	0,14
profissionais	profissionais	0,14
Med	médica, médico, medir, medo	0,13
Ocorr	ocorre, ocorrência, ocorrer, ocorreu	0,13

Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Particularmente nessa classe emergiu a busca pelo entendimento da dimensão prática, ou o fazer profissional do enfermeiro dentro do contexto das biotecnologias reprodutivas. Inicialmente, houve um desconhecimento da atuação do enfermeiro nesta área como podemos verificar nas u.c.e abaixo:

Porque o enfermeiro não tem atuação na reprodução humana assistida. É mais o

médico que faz. Então a pessoa faz acompanhamento com o psicólogo, acompanhamento com nutricionista. Eu não sei se o enfermeiro está na equipe multiprofissional. Acho que ele nem faz parte da equipe (\*ind\_03; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Se chegar alguém me pedindo informação eu vou ter dificuldade, com certeza, em conseguir dialogar, eu vou precisar do auxílio de outro. Se for questão de infertilidade eu converso com o médico. Vai passar pela consulta com o clínico que sempre encaminha para o ginecologista que vai resolver o que vai fazer. (\*ind\_09; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); não católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

O enfermeiro não tem muita atuação na reprodução assistida, acho que ele fica mais na parte burocrática, preenche documentos e registro, atuação em si acho que não tem. (\*ind\_28; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Por acreditar que a RHA é uma área pautada, apenas, na medicalização e em procedimentos técnicos de alta complexidade, os enfermeiros desse segmento apresentaram dificuldades em destacar as atividades que podem estar desenvolvendo nessa área.

Frente a esse desconhecimento da atuação do enfermeiro dentro da RHA, os entrevistados questionaram a importância da participação desse profissional nessa área, a não ser para atividade burocrática.

A representação que o enfermeiro não tem uma atividade específica e nem autonomia profissional, leva esse profissional a negligenciar essa área da saúde como possibilidade de atuação (13 enfermeiros) observada na ligação das palavras *enfermeiro* ( $\Phi=0,46$ ); *encaminha* ( $\Phi=0,24$ ); *paciente* ( $\Phi=0,24$ ) e *equipe* ( $\Phi=0,21$ ). Diante dessa representação, compreendemos o motivo de poucos enfermeiros desse grupo se interessarem e buscarem conhecimento formal e científico da RHA.

Nesta lógica, 13 entrevistados entendem que o enfermeiro deve atuar como em qualquer outro setor, não tendo uma prática específica dentro da RHA. As suas colocações sugerem entendimento generalizado da prática-atuação do enfermeiro, mas não com uma especificidade dentro dessa área.

Os léxicos e os conteúdos dessa classe nos remeteram a práticas que comumente são usadas para definir as ações de enfermagem como acolher e orientar. Dessa forma, as palavras que estiveram relacionadas, de maneira mais globalizada, à prática laboral foram: *enfermeiro* ( $\Phi=0,46$ ); *cuida* ( $\Phi=0,35$ ); *acompanhamento* ( $\Phi=0,28$ ); *atua* ( $\Phi=0,26$ ); *encaminha* ( $\Phi=0,24$ ); *paciente* ( $\Phi=0,24$ ); *equipe* ( $\Phi=0,21$ ); *procedimento* ( $\Phi=0,18$ ); *ética* ( $\Phi=0,17$ ); *lida* ( $\Phi=0,17$ ); *orienta* ( $\Phi=0,17$ ); *acolhimento* ( $\Phi=0,17$ ); *reprodução*

*humana* ( $\Phi=0,16$ ), que podem ser visualizadas em algumas u.c.e:

Uma fertilização não é uma coisa cem por cento segura, do ponto de vista de ter um resultado positivo. Então, como enfermeiro, você tem que se preparar, conversar e essas coisas que todo o enfermeiro faz em qualquer setor. (\*ind\_06; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

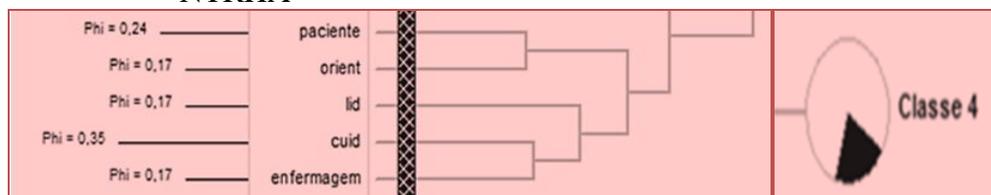
O enfermeiro deve fazer parte do acolhimento até o final, porque em termos de acolhimento não tem igual ao enfermeiro, às vezes nem o psicólogo acolhe tão bem. (\*ind\_03; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Deve ter um grupo com psicólogo, com tudo. Eu acho que o enfermeiro tem que fazer parte prioritariamente dessa parte do acolhimento.. Conversando e sanando dúvidas até chegar o procedimento in vitro, depois também porque se tem cinquenta por cento de chances de sim e de não, o enfermeiro tem que atuar. No ato sempre vai entrar, não sei se no procedimento cirúrgico em si. Acho que ele atua também na supervisão, na burocracia do serviço. (\*ind\_06; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Muitas vezes o médico faz o procedimento, mas não tem tempo de orientação. Essa parte de orientação é mais do enfermeiro. Normal, como qualquer outro enfermeiro. (\*ind\_11; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Na CHA presente na Figura 15, as ligações entre as palavras *enfermagem – cuida – lida – orienta – paciente* demonstram a dimensão do papel social bastante difundido na prática cotidiana dos profissionais de enfermagem, que no caso da RHA esgotam-se em si, não havendo representação mais específica do enfermeiro na área.

Figura 15 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Foi possível verificar que para 13 entrevistados, não existe associação quanto ao que de fato seja privativo do enfermeiro, ou seja, uma atribuição particular desse profissional no contexto das biotecnologias reprodutivas, haja vista que em outros contextos assistenciais de especialidades de enfermagem a representação do fazer esteja mais elaborada, ainda que o entrevistado não tenha aproximação direta com a área.

Também foi observada preocupação quanto à exigência de postura ética para o profissional que trabalha em RHA, em virtude da percepção que as técnicas reprodutivas representam importante escolha na vida do casal em termos de investimento psicológico e financeiro. Ademais as situações públicas de antigos escândalos envolvendo especialistas em reprodução humana também corroboram para que a adoção de medidas éticas seja entendida como pré-condição importante para o enfermeiro que atua nessa área.

O comprometimento, a ética, a sensibilidade todo mundo precisa dela, mas o comprometimento tem que ser maior da parte ética. O enfermeiro deve começar com orientação, acolher bem as pessoas ali no lugar. Depois a parte de acompanhamento, dos procedimentos. Não sei se inclui medicação, colocar em posição, preencher documentos. (\*ind\_28; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Eu acredito que esse enfermeiro vai tratar de forma igual quando vai atuar na clínica na reprodução humana assistida. Ele vai ter uma conduta profissional e ética dentro das coisas que ele tem que fazer, as normas que ele tem que fazer, dentro dos padrões, não tem que ter uma característica diferenciada. (\*ind\_10; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Avançando na distinção entre práticas relacionadas ao fazer do enfermeiro no intercurso de atuação relacionado à RHA, abordaremos agora o pré-natal de gestações advindas justamente das técnicas reprodutivas assistidas. No aspecto de assistência pré-natal, classificados como baixo risco, o enfermeiro estabeleceu arsenal técnico-científico, após trajetória de lutas e conquistas, assim como respaldo legal próprio desse cuidado e reconhecido pelo grupo social estudado.

Entretanto, essa prerrogativa não parece se sustentar no caso de pré-natal advindo de RHA, como pode ser observado nas palavras: *enfermeiro* ( $\Phi=0,46$ ); *cuidado* ( $\Phi=0,35$ ); *pré-natal* ( $\Phi=0,32$ ); *gestação* ( $\Phi=0,31$ ); *acompanhamento* ( $\Phi=0,28$ ); *encaminhamento* ( $\Phi=0,24$ ); *paciente* ( $\Phi=0,24$ ); *equipe* ( $\Phi=0,21$ ); *reprodução humana assistida* ( $\Phi=0,16$ ); *atentar* ( $\Phi=0,15$ ); *ginecologista* ( $\Phi=0,14$ ); *gemelar* ( $\Phi=0,14$ ) e *médico* ( $\Phi=0,13$ ).

A dimensão prática do enfermeiro acerca da realização desse pré-natal específico é geradora de questionamentos relativos ao desempenho qualificado desse profissional, haja vista que a dimensão da informação do enfermeiro sobre RHA encontra-se ancorada no universo consensual, ou seja, do senso comum (classe 3). Dessa forma esse conhecimento sobre RHA não provém do profissional de elementos científicos capazes de sustentar confiança para que o pré-natal seja realizado por ele, que foi descrito por 11 profissionais. Vejamos

algumas u.c.e:

O enfermeiro não teria como acompanhar essa gestação, porque essa gestação requer um cuidado mais específico, porque é de reprodução humana assistida. Não sei se pode ocorrer uma ameaça de parto prematuro. Eu não sei se o enfermeiro teria como acompanhar essa gestação de reprodução humana assistida. (\*ind\_24; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Por outras coisas, pelo medo de perder, então precisa de melhor avaliação, talvez um médico, por conta de algum cuidado que eu não sei. Para solicitar exames, acompanhamento pré-natal adequado, avaliar minuciosamente os exames e os cuidados do pré-natal. (\*ind\_24; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Ficaria um pouco receosa. Não há diferença na gestação, porém não sei se o enfermeiro sabe a diferença de acompanhamento de gestação normal e uma gestação proveniente de reprodução humana assistida. (\*ind\_24; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Não vou deixar aquela pessoa abandonada, mas vou informar o máximo possível para poder dar assistência. Não tem diferença, mas o outro pôs a mão, manipulou aquilo, então qualquer coisa, qualquer ocorrência que aconteça o enfermeiro pode ser responsabilizado, acredito nisso. (\*ind\_08; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

A dimensão prática da assistência à RHA realizada por enfermeiro, em gestantes que utilizaram RHA, foi descrito como um assunto preocupante, no qual discursaram sobre o tema de maneira tensa e apreensiva. Os depoentes consideraram tratar-se de um pré-natal diferenciado, com algumas implicações biológicas que desconhecem, no entanto foram consensuais quanto a intensa demanda afetiva envolvida e do alto investimento financeiro da mulher/casal. Essas implicações psicobiológicas geraram temor nesse profissional, diante do medo de algo assistencial falhar ou lhe escapar.

Sendo assim, diante da consciência de que lhe faltam subsídios técnico-científicos, além de suporte legal que lhe ampare nas decisões acerca desse cuidado, o enfermeiro não se sente confortável e seguro, o suficiente, para prestar esse tipo de atendimento. Entende assim, que se trata de um pré-natal de risco, sendo, portanto, de competência do médico o acompanhamento dessa gestação. No máximo, o enfermeiro estaria envolvido numa assistência multiprofissional, pois ao dispor do encaminhamento para outros profissionais, a “responsabilização” de certa forma se “diluiria” entre a equipe, visto que destaca a ausência de orientações técnicas, normativas e legais para essa prática. Alguns exemplos nas u.c.e:

Tem que ter um caráter de mais vigília e mais atenção. Teria que ter mais cuidado

com essa mãe em termos de assistência, principalmente nas orientações, as consultas precisam ser mais frequentes do que as normais, eu acredito que sim, seria um pré-natal diferenciado. É para o médico mesmo. (\*ind\_21; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Deve ser multiprofissional, todos os profissionais devem estar envolvidos, o enfermeiro, o psicólogo, o médico, todo mundo, mas principalmente o médico. Na verdade sabemos que todo pré-natal deveria ser multiprofissional, com nutricionistas, todos acompanhando. Sabemos que há essa dificuldade no Brasil, mas nessa gravidez de reprodução humana assistida, principalmente, precisava ser assim. (\*ind\_21; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Na CHA presente na Figura 16, as palavras *encaminhar-equipe* revelam a estratégia do amparo na equipe multiprofissional.

Figura 16 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

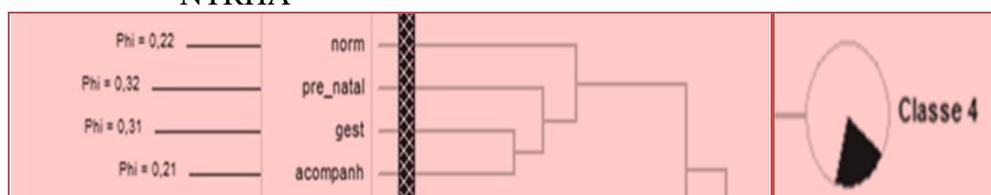
Somente três profissionais afirmaram que o pré-natal, oriundo de técnicas reprodutivas, deveria receber assistência e cuidados do enfermeiro semelhantes a qualquer gestação, no entanto, citaram alguns pontos que divergem do discurso livre de tensões e/ou preocupações frente a todo aparato tecnológico que se deu aquela gravidez. Essa atitude pode ser vista nas u.c.e a seguir:

O mesmo acompanhamento inicialmente, medir, pesar, verificar, aferir os sinais vitais, ver os movimentos fetais, escutar, tudo igual, não muda nada. O que diferencia, e que é uma situação diferente para mim é que alguém pôs a mão, eu não sei o que está acontecendo. Então, eu teria que primeiro fazer uma análise de toda situação que ocorreu para me sentir segura. (\*ind\_08; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

O enfermeiro tem condições, quando ele tem formação de fazer um pré-natal, de acompanhar pré-natal, de proporcionar a mulher um pré-natal seguro, de qualidade. Descobrir onde ele pode ser inserir em toda essa tecnologia, porque é muita tecnologia, e é muito dinheiro envolvido também, são muitos cuidados, descobrir em que você pode atuar para promover qualidade nessa gestação. (\*ind\_25; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

A abordagem rotineira pelo enfermeiro diante do pré-natal advindo de RHA pode ser também observado na CHA (Figura 17) diante da ligação das palavras *gestante-acompanha-pré-natal-normal*.

Figura 17 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

A classe 5 foi composta por 65 u.c.e, correspondendo a 9,0% do material analisado pelo Alceste nesse *corpus* e 23,0% desse bloco temático, de onde se apurou 103 palavras analisáveis, que atingiu o corte no coeficiente  $\Phi = 0,14$  (Figura 18). As variáveis associadas à classe em tela foram os indivíduos 01, 24 e 25 e os que possuíam pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva.

Figura 18 - Esquema representativo da classe 5 referente ao Grupo 1-NTRHA

<p style="text-align: center;"><b>Classe 5</b>  <b>Tema: Acesso aos serviços de RHA</b>  <b>Subtema: Diferenças do acesso entre o serviço público e privado</b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>65 uce</b>  <b>103 palavras analisadas</b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>Variáveis</b>  <b>*Indivíduo 01</b>  <b>*Indivíduo 24</b>  <b>*Indivíduo 25</b>  <b>*Possui filho(s)</b>  <b>*Pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva</b></p>		
Vocabulário (formas reduzidas)	Vocabulário (formas completas)	Phi
publico	público, públicos	0,49
Serv	serviço, serviços	0,46
Hospital	hospital, hospitalar	0,43
federal	federal	0,39
universitario	universitário	0,39
acess	acessível, acesso	0,32
rio_de_janeiro	rio_de_janeiro	0,29
Estadual	estadual	0,29
Instituto	instituto	0,29
dao	dao	0,23
privad	privado	0,23
popul	população, popular	0,22
conhec	conheça, conhece, conhecia, conheço	0,22
sao_paulo	sao_paulo	0,22
caros	caros	0,20
Setor	setor, setores	0,20
oferec	ofereça, ofereçam, oferece, oferecer	0,18
car	carência, caro	0,17
ouv	ouve, ouvia	0,17
Nocao	noção	0,17
Meio	meio, meios	0,16
Época	época	0,17
No	no	0,16
Fila	fila, filas	0,16
particular	particular, particularmente	0,16
fui	fui	0,15
fertilizacao_in_	fertilizacao_in_vitro	0,15
Ouvi	ouvi	0,15
inseminacao_a	inseminacao_artificial	0,15
assist	assistência	0,14

Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Na classe 5 surge o aspecto do acesso aos serviços de saúde que disponibilizam tecnologias reprodutivas. As palavras que caracterizam esse ponto de vista foram: *público*  $\Phi=0,46$ ; *serviço*  $\Phi=0,46$ ; *hospital*  $\Phi=0,43$ ; *federal*  $\Phi=0,39$ ; *universitário*  $\Phi=0,39$ ; *acesso*  $\Phi=0,32$ ; *estadual*  $\Phi=0,29$  e *instituto*  $\Phi=0,29$ .

Esses vocabulários sugerem que 12 enfermeiros que possuem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva, enquanto variável correspondente a classe 5, apresentam discernimento quanto à realidade vivenciada no âmbito da atenção à saúde reprodutiva, no que tange a escassez de oferta de serviços que contemplem a população em idade reprodutiva no acolhimento de problemas relacionados a fertilidade, ou seja compreendem a importância desse tipo de atendimento, no entanto, constataam no cotidiano as dificuldades de

prosseguimento de tratamento na rede de saúde, que podem ser constatadas nas u.c.e a seguir:

Eu particularmente sei apenas de dois locais públicos, da UERJ, e o Hospital Universitário Federal. São os dois que conheço e que a gente tenta indicar. (\*ind\_06; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Existem muitas mulheres com problemas e com esse tipo de dificuldade, a rede não atende essa necessidade. É difícil, bem difícil. Eu só conheço, particularmente, em São Paulo. São falhos, bem falhos, em termos de prestar assistência porque são poucos. (\*ind\_01; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Compreender as relações entre oferta/ acesso em serviços de saúde não se trata de tarefa simples, haja vista que está intermediada por complexas perspectivas de abordagens e distintos interesses. Nesse sentido, Travassos e Castro (2011) afirmam que acesso é o fator que intermedia a relação entre procura e entrada no serviço de saúde. Antes de tudo refere-se a uma garantia da constituição brasileira, com o princípio de equidade estabelecida pelo SUS de maneira universal, igualitária e hierarquizada à população a fim de diminuir desigualdades sociais nos serviços de saúde, no entanto tal prerrogativa ainda é um dos grandes entraves do setor saúde brasileiro.

O acesso aos serviços de saúde possui múltiplas interfaces conceituais, na revisão sistemática proposta por Jesus e Assis (2010) que discutiram a temática na perspectiva do planejamento de acesso sob as dimensões econômica, técnico-assistencial, política e simbólica.

Vale esclarecer, de maneira sucinta, que as dimensões conceituais de acesso proposta pelos autores citados no parágrafo anterior auxiliam na compreensão das noções de acesso a saúde. A dimensão econômica pode ser explicada através da relação oferta/demanda, ou seja, a capacidade de se oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. Na dimensão técnico-assistencial a sustentação fica por conta da regionalização e da hierarquização como importantes organizadores da assistência à saúde, como níveis de complexidade da atenção tecnológica hierárquica de serviços. A dimensão política está intimamente entrelaçada aos aspectos de consciência cidadã e organização popular e, por fim, a interessante dimensão simbólica amparada no modelo das representações sociais, que trata a realidade enquanto mediada pela ordem simbólica, determinada pela intersubjetividade dos indivíduos nas relações de percepção e principalmente nas concepções sobre o processo saúde-doença (JESUS; ASSIS, 2010).

Aprofundando na questão da percepção de acesso ao serviço de RHA ficam evidentes

as diferenças entre serviço público e privado, através dos vocábulos *públicos*  $\Phi = 0,49$ ; *serviço*  $\Phi = 0,46$ ; *acesso*  $\Phi = 0,32$ ; *privado*  $\Phi = 0,23$ ; *população*  $\Phi = 0,22$ ; *conhece*  $\Phi = 0,22$ ; *caros*  $\Phi = 0,20$ ; *oferecer*  $\Phi = 0,18$ ; *fila*  $\Phi = 0,16$  e *particular*  $\Phi = 0,16$  que reforçam clara distinção entre essas duas propostas de modelos de assistência à saúde.

A primeira barreira de acesso às tecnologias reprodutivas no serviço público ocorre através da oferta, considerada por Travassos e Castro (2011) como o obstáculo mais importante para efetiva utilização de um serviço. Nesse sentido, os enfermeiros que atuam na área de saúde sexual e reprodutiva apreenderam com a realidade imposta pela carência da rede de saúde, e estabelecem categorias diferenciais, em termos quantitativos e qualitativos entre serviço público e privado de RHA, que podem ser visualizados nas u.c.e a seguir:

Imagino que seja algo custoso, caro, já que é um serviço privado. É um serviço que é escasso no serviço público, e se ouve falar pouca coisa. Eu acredito que o serviço particular ofereça mais recursos de diagnósticos, de profissionais especializados que atuem nessa área e que tenham uma bagagem melhor para isso. (\*ind\_12; não trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho (os); não católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Existem diferenças entre o público e o privado, em relação à assistência de enfermagem, pois no privado há uma cobrança em relação à utilização de material hospitalar, pois envolve custo hospitalar. (\*ind\_12; não trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho (os); não católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

O serviço público está um pouco desestruturado, às vezes está na sua própria instituição e não sabe quais os serviços que se tem. Ainda mais num local pobre que não tem estrutura nenhuma, infraestrutura e nem organização. (\*ind\_08; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

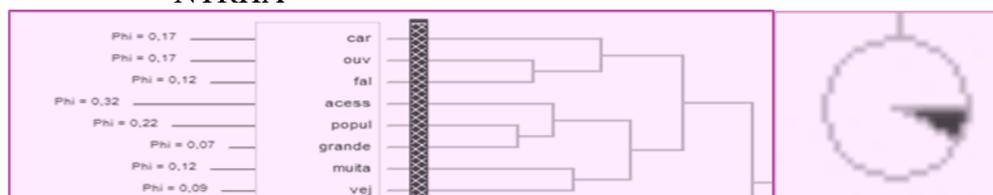
Eu não conheço nenhum público que faça reprodução humana assistida. Sei que é um direito da mulher, faz parte da constituição que ela tenha direito a assistência na reprodução. Está no estatuto da mulher, mas não é fácil, o acesso não é fácil. (\*ind\_28; não trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Para esses enfermeiros, no serviço público não há acesso às tecnologias reprodutivas, ou seja, não há verdadeiramente disponibilidade física de tal serviço, em contrapartida exaltam a oferta dessas tecnologias pelo serviço privado. Também foi revelado sutil diferença entre qualidade dos serviços prestados, primeiramente através da melhor oferta e adiante na maior capacitação dos recursos humanos alocados no serviço privado.

A dificuldade enfrentada cotidianamente na prática, pelo enfermeiro, em encontrar suporte para prosseguimento de condutas profissionais na rede de saúde, na ausência de oferta

de serviços e pelo alto custo financeiro para se ter acesso às tecnologias reprodutivas no setor privado também pode ser observada na ligação das palavras *acesso-população e ouvi-falar-caros*, presentes na CHA (Figura 19).

Figura 19 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Os enfermeiros deixam entender que a lacuna de oferta de RHA pelo setor público impulsiona mulheres/casais as regras mercadológicas do âmbito privado, ou seja, sujeitos a tratamentos com alto valor financeiro, no amplo e conhecido modelo de oferta/procura de um produto ou serviço praticado pelo mercado financeiro, que se justifica em virtude do alto custo atrelado as essas novas tecnologias que são repassadas para clientela que busca esse tipo de assistência no serviço privado.

Os enfermeiros identificaram os serviços públicos de referência que ofertam atendimento para dificuldade reprodutiva do Rio de Janeiro e principalmente em São Paulo, e adiante revelaram diferenças entre esses locais, no tocante a disponibilidade de oferta tecnológica e qualidade entre os serviços, através dos vocábulos: *hospital Phi=0,43; federal Phi =0,39; universitário Phi = 0,39; acesso Phi = 0,32; Rio de Janeiro Phi=0,29; estadual Phi = 0,29; instituto Phi = 0,29; São Paulo Phi = 0,22; fertilização in vitro Phi =0,15 e inseminação artificial Phi =0,15*, e também com as u.c.e:

Não tenho nem colega que diga que trabalhe com isso. Talvez em São Paulo exista uma assistência um pouco melhor, porque no Rio de Janeiro existe a carência, então no serviço público eu desconheço. (\*ind\_02; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

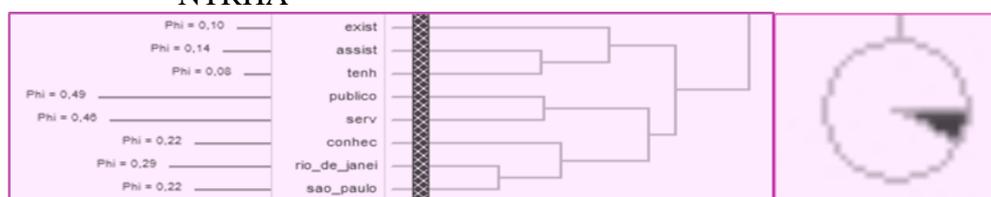
Eu não tenho a propriedade de dizer que conheço fulano ou o serviço tal, tanto que as referências sobre reprodução humana assistida que eu tenho são na maioria de São Paulo. (\*ind\_02; não trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Infelizmente está muito longe da realidade das pessoas que desejam engravidar. Os serviços públicos são péssimos, são poucos, pouquíssimos. Só conheço um, o de São Paulo. No Rio de Janeiro só conheço o núcleo de endometriose no hospital universitário estadual, mas não tem esse centro fertilização in vitro. (\*ind\_01; não

trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho (os); não católica; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

As dimensões de oferta/acesso foram discutidas anteriormente, no entanto os 14 enfermeiros identificaram claramente que os serviços públicos do Rio de Janeiro apresentam carência de aparato tecnológico e de recursos humanos em relação a São Paulo. De fato, São Paulo concentra centros de reprodução humana assistida no setor privado e também no público. As palavras com forte ligação: *Rio de Janeiro-São Paulo e serviço-público* exemplificam diferenças sentidas entre esses estados, que pode ser observada na CHA (Figura 20).

Figura 20 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5 do Grupo 1-NTRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Nesse contexto, os enfermeiros do grupo que não trabalham com RHA identificaram como fatores limitantes as tecnologias reprodutivas no Rio de Janeiro uma rede de saúde pública com baixa acessibilidade, não hierarquizada e com pouca disponibilidade de avanços biotecnológicos em RHA para a população.

As garantias legislativas constitucionais quanto à equidade dos serviços de saúde não são suficientes para assegurar assistência as diferentes demandas em saúde. Para Assis e Jesus (2012), existem divergências de posições quanto à necessidade de políticas públicas voltadas para grupos específicos, como o caso das pessoas que buscam RHA, visto que a fragmentação por grupos com requisito para absorção pela porta de entrada do SUS, como as ESF, contraria o princípio da universalidade, citado na Carta Magna.

Quanto ao Rio de Janeiro, observa-se que as políticas públicas específicas em saúde sexual e reprodutiva, no contexto conceitual, apontam para deficiência da rede de saúde, no tocante a oferta/acesso aos serviços de saúde que contemplem biotecnologias reprodutivas. Uma vez que, não contempla a população, nem tampouco os profissionais para capacitá-los numa linha de cuidado que interfira de maneira qualitativa e responsável no processo saúde-doença reprodutiva, no intuito de assegurar que o corpo de conhecimento acerca das tecnologias reprodutivas seja distribuído, de maneira mais igualitária, entre as instâncias

pública e privada.

Diante desse contexto de baixo acesso à RHA na rede de saúde pública, podemos inferir que, de certa maneira, contribua para que o enfermeiro adote uma atitude de afastamento diante das demandas reprodutivas, ou seja, o profissional vivencia, cotidianamente, a angustiante dificuldade em prosseguir com encaminhamento da mulher/casal pela rede de saúde pública, de maneira hierarquizada, para atender as dificuldades reprodutivas.

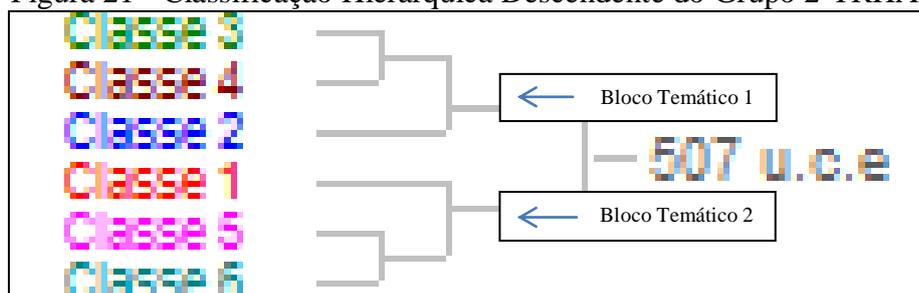
A maneira distanciada que os enfermeiros desse grupo lidam com as tecnologias reprodutivas, conforme classe 4, também pode estar ancorada na realidade social desses profissionais, visto as dificuldades do SUS no acolhimento e resolutividade das demandas reprodutivas. Nesse sentido, o profissional parece adotar postura arraigada e dependente do sistema de saúde, ficando alheio ao efetivo acolhimento e a construção de saberes específicos que contemple a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

### 5.3.2 Descrição do conteúdo do Alceste referente ao Grupo 2-NTRHA (enfermeiros que trabalham em reprodução humana assistida)

O processamento do *corpus* do grupo 2 – THRA pelo software Alceste gerou 70% de material aproveitável no relatório final, ou seja, 507 de 748 u.c.e ficaram aptas para serem analisadas. A primeira categorização de palavras, de acordo com ocorrência e similitude, permitiu a divisão do material em dois grandes blocos temáticos, que se separaram no mesmo plano, isto é, ao mesmo tempo.

Os blocos se dividiram no mesmo instante, ficando as classes 2, 3, e 4 pertencentes ao bloco temático 1, no qual as classes 3 e 4 ao se separarem por último, significou a existência de uma forte ligação entre seus universos lexicais. Quanto ao bloco temático 2, ficou composto pelas classes 1,5 e 6, evidenciando também uma ligação entre os vocábulos das classes 5 e 6, visto que se desligaram por último (Figura 21).

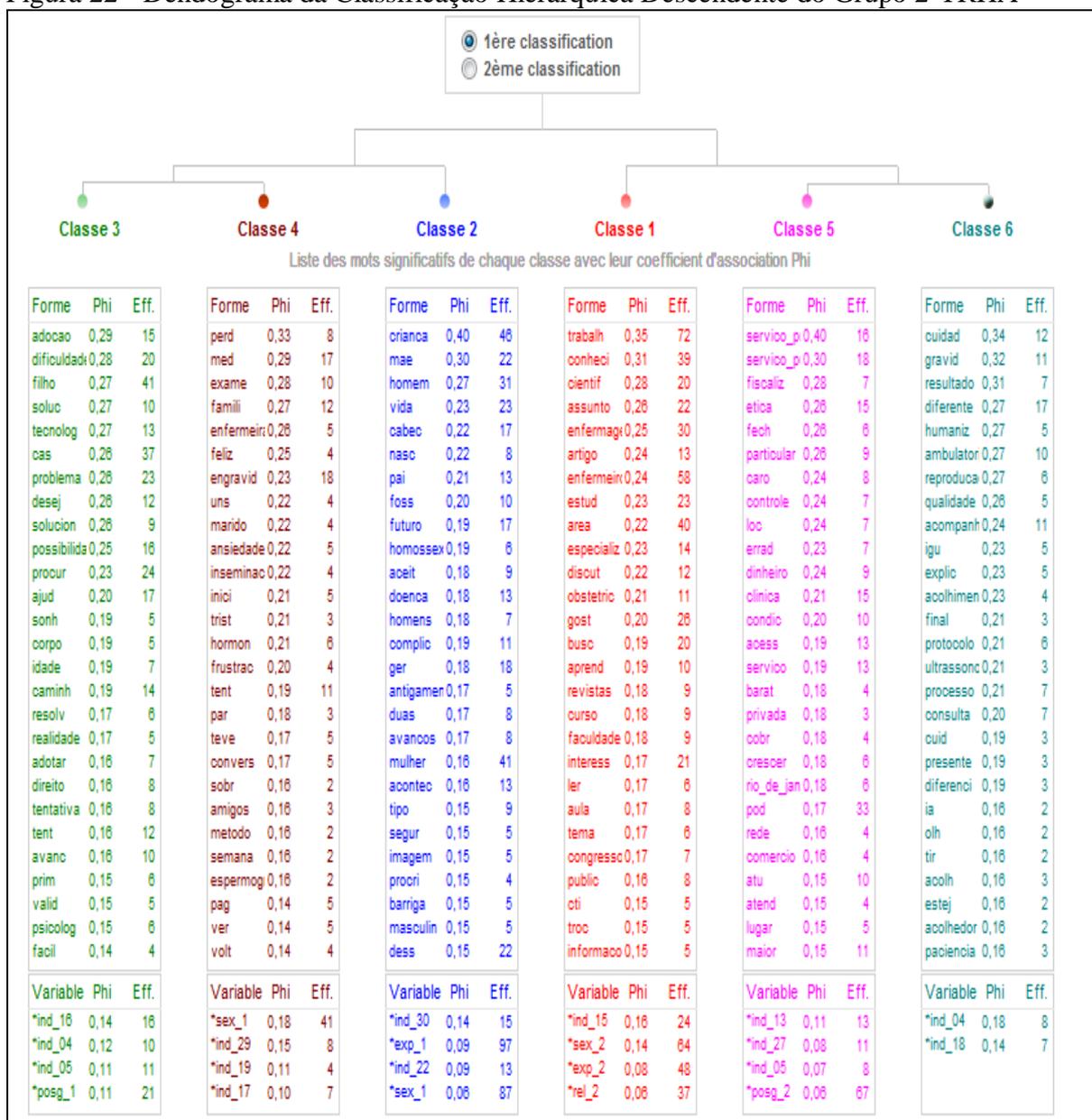
Figura 21 - Classificação Hierárquica Descendente do Grupo 2-TRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Para se avançar na análise do relatório Alceste do grupo 2, deve se recorrer ao dendograma que demonstra esquematicamente as divisões das classes, através da CHD e que colaborou para o entendimento geral do universo lexical descendente produzido pelo *corpus* (Figura 22).

Figura 22 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do Grupo 2-TRHA



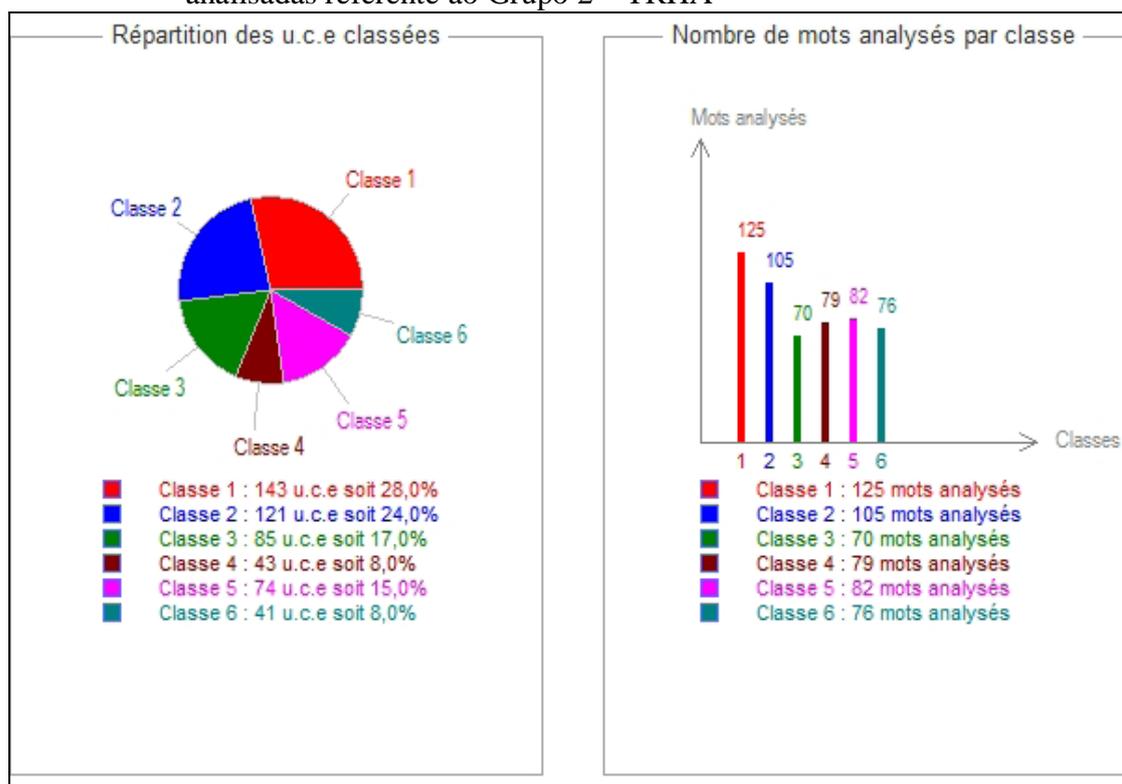
Fonte: Relatório Alceste, 2015.

A alocação das palavras por similitude nas classes permitiu visualizar as u.c.e distribuídas por porcentagem global. Desse modo, a classe 1 reteve 28,0% das u.c.e, seguida da classe 2 com 24,0%, logo depois a classe 3 com 17,0%, a classe 5 com 15,0% finalizando com as classes 4 e 6 que concentraram igualmente 8,0%, que pode ser visualizado nas figuras 23 (à esquerda do leitor) e 24.

No tocante a categorização das palavras, as informações fornecidas pelo programa revelaram a presença de 30644 palavras totais, com 3.573 de formas distintas, ou palavras diferentes, das quais 639 formas foram incluídas na análise. O vocabulário rico ficou

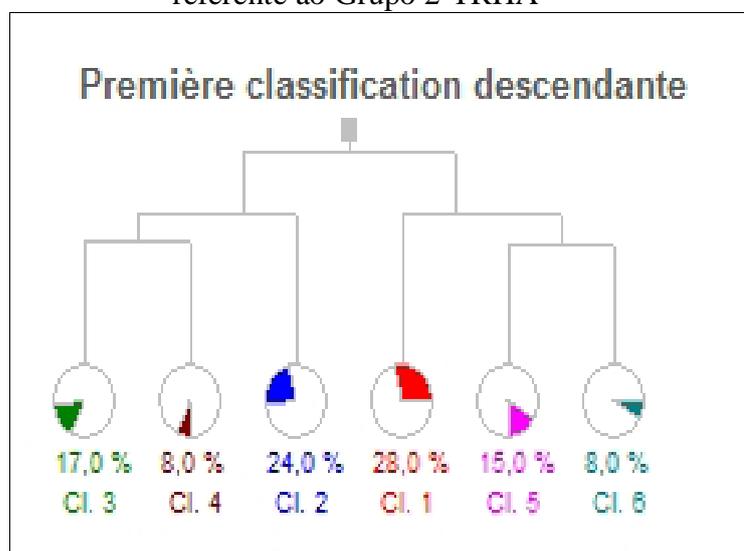
totalizado em 98,26%. O programa estabeleceu em 17,19 como número médio de palavras analisadas por u.c.e. nas classes. As palavras analisáveis ficaram distribuídas quanto à sua distribuição percentual decrescente nas classes 1, 2, 5, 4, 6 e 3 que pode ser visualizada na Figura 23 (gráfico à direita do leitor).

Figura 23 - Divisão das classes quanto à percentagem de u.c.e e número de palavras analisadas referente ao Grupo 2 – TRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Figura 24 - Divisão das classes quanto à porcentagem de u.c.e (primeira classificação descendente) referente ao Grupo 2-TRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

### 5.3.2.1 Apresentação dos blocos temáticos e das classes referente ao Grupo 2-TRHA

O delineamento esquemático quanto à linha de raciocínio dos blocos temáticos permitiu a construção de categorias de análise, que foram representadas pelas classes. Sendo assim, foram nomeadas, através de temas e subtemas, de acordo com os significados da interpretação dos dados através do universo lexical.

Dando continuidade no itinerário de análise do material, o bloco temático 1, formado pelas classes 2, 3 e 4, evidenciou “Conteúdos e sentido da RHA” pelos enfermeiros que efetivamente lidam com biotecnologias reprodutivas, através de elementos lexicais que estruturaram as dimensões afetivas, que significa dizer “o que” esses profissionais pensam sobre o objeto de estudo, ou reprodução humana assistida.

Para o bloco temático 2, constituído pelas classes 1,5, 6 surgiu elementos pragmáticos relacionados à “assistência/ cuidados em RHA” no que tange a perspectiva profissional, institucional e de conformação das políticas públicas relacionadas as biotecnologias reprodutivas, portanto demonstra a dimensão prática das RS. Os dois blocos temáticos estão representados na (Figura 25).

Figura 25 - Esquema representativo do *corpus* referente ao Grupo 2 – TRHA

BLOCO TEMÁTICO 1						BLOCO TEMÁTICO 2					
Classe 3 85 u.c.e (17,0%) 70 palavras analisadas Variáveis *ind_16 *ind_04 *ind_05 *posg_1		Classe 4 43 u.c.e (8,0%) 79 palavras analisadas Variáveis *ind_29 *ind_19 *ind_17 *sex_1		Classe 2 121 u.c.e (24,0%) 105 palavras analisadas Variáveis *ind_30 *ind_22 *exp_1 *sex_1		Classe 1 143 u.c.e (28,0%) 125 palavras analisadas Variáveis *ind_15 *sex_2 *exp_2 *rel_2		Classe 5 74 u.c.e (15,0%) 82 palavras analisadas Variáveis *ind_13 *ind_27 *ind_05 *pos_2		Classe 6 41 u.c.e (8,0%) 76 palavras analisadas Variáveis *ind_04 *ind_18	
Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi	Vocabulário	Phi
Adoção	0,29	Perd	0,33	crianca	0,40	trabalh	0,35	servico_priv	0,40	Cuidad	0,34
dificuldade	0,28	Med	0,29	Mae	0,30	conheci	0,31	servico_publico	0,30	Gravid	0,32
Filho	0,27	Exame	0,28	homem	0,27	cientif	0,28	fiscaliz	0,28	Resultado	0,31
Soluc	0,27	Famili	0,27	Vida	0,23	assunto	0,26	ética	0,26	Diferente	0,27
Tecnolog	0,27	enfermeira	0,26	Cabec	0,22	enfermagem	0,25	fech	0,26	Humaniz	0,27
Cas	0,26	Feliz	0,25	Nasc	0,22	artigo	0,24	particular	0,26	Ambulatori	0,27
Problema	0,26	engravid	0,23	Pai	0,21	enfermeiro	0,24	caro	0,24	reproducao_hu	0,27
Desej	0,26	Uns	0,22	Foss	0,20	estud	0,23	controle	0,24	Qualidade	0,26
Solucion	0,26	Marido	0,22	futuro	0,19	area	0,22	loc	0,24	Acompanh	0,24
possibilidade	0,25	ansiedade	0,22	complic	0,19	especializ	0,23	errad	0,23	Igu	0,23
Procur	0,23	inseminacao_a	0,22	homossexuais	0,19	discut	0,22	dinheiro	0,24	Explic	0,23
Ajud	0,20	Inici	0,21	Aceit	0,18	obstetric	0,21	clinica	0,21	acolhimento	0,23
Sonh	0,19	Trist	0,21	doenca	0,18	gost	0,20	condic	0,20	Final	0,21
Corpo	0,19	Hormon	0,21	homens	0,18	busc	0,19	access	0,19	Protocolo	0,21
Idade	0,19	Frustrac	0,20	Ger	0,18	apred	0,19	serviço	0,19	ultrassonografi	0,21
Caminh	0,19	Tent	0,19	antigamente	0,17	revistas	0,18	barat	0,18	Processo	0,21
Resolv	0,17	Par	0,18	Duas	0,17	curso	0,18	privada	0,18	Consulta	0,20
Realidade	0,17	Teve	0,17	avancos	0,17	faculdade	0,18	cobr	0,18	Cuid	0,19
Adotar	0,16	Convers	0,17	mulher	0,16	interess	0,17	crescer	0,18	Presente	0,19
Direito	0,16	Sobr	0,16	acontec	0,16	ler	0,17	rio_de_janeiro	0,18	Diferenci	0,19
Tentativa	0,16	Amigos	0,16	Tipo	0,15	aula	0,17	pod	0,17	Ia	0,16
Tent	0,16	Método	0,16	Segur	0,15	tema	0,17	rede	0,16	Olh	0,16
Avanc	0,16	Semana	0,16	imagem	0,15	congresso	0,17	comercio	0,16	Tir	0,16
Prim	0,15	espermograma	0,16	procri	0,15	public	0,16	atu	0,15	Acolh	0,16
Valid	0,15	Pag	0,14	barriga	0,15	cti	0,15	atend	0,15	Estej	0,16
Psicolog	0,15	Ver	0,14	masculin	0,15	troc	0,15	lugar	0,15	Acolhedor	0,16
Fácil	0,14	Volt	0,14	Dess	0,15	informacoes	0,15	maior	0,15	Paciência	0,16
BLOCO TEMÁTICO 1						BLOCO TEMÁTICO 2					
Conteúdos e sentido da RHA: aspectos na natureza						Tema: Assistência/ cuidados em RHA					
Classe 3 Tema: RHA: é o caminho/solução		Classe 4 Tema: Dimensão afetiva diante da RHA		Classe 2 Tema: O futuro da RHA: possibilidades e repercussões		Classe 1 Tema: Relação do profissional do enfermeiro com a RHA		Classe 5 Tema: Os serviços de RHA		Classe 6 Tema: A dimensão prática da atuação do enfermeiro em RHA	
				Subtema: Preocupação com o futuro da criança que nasce através da RHA		Subtema: Carência de da informação e busca da cientificidade		Subtema: Acessibilidade ao serviço de RHA		Subtemas: Atuação específica e diferenciada do enfermeiro dentro da área da RHA	
				Subtema: Dificuldade de aceitação da RHA no contexto da homoafetividade		Subtema: A prática como capacitação		Subtema: A diferença do serviço público e privado		Subtemas: Prática do enfermeiro de RHA é pautada na cientificidade	
				Subtema: Preocupações éticas e eugênicas.		Subtema: Figura-tipo do enfermeiro que trabalha com RH		Subtemas: O enfermeiro com competência para atuar no pré-natal de uma gestação ocorrida através de RHA		Subtema: A prática como capacitação	

Fonte: A autora, 2015.

### 5.3.2.2 Bloco temático 1: “Conteúdos e sentidos da RHA: aspectos da natureza” referente ao Grupo 2-TRHA

De acordo com o resultado, esse primeiro bloco ficou representado por 249 u.c.e, que corresponde a 49% desse material no *corpus* e 254 palavras analisáveis. As classes pertinentes a esse bloco (2, 3 e 4) foram analisadas em decorrência do pertencimento das categorizações temáticas, conforme Quadro 6.

Quadro 6 - Bloco temático 1 (classes 2, 3, e 4 – temas e subtemas) referente ao Grupo 2-TRHA (continua)

<b>BLOCO TEMÁTICO 1</b>		
<b>Conteúdos e sentidos da RHA: aspectos da natureza</b>		
<b>Classe 2</b>	<b>Palavras associativas (Phi)</b>	<b>Variáveis</b>
<b>Tema: O futuro da RHA: possibilidades e repercussões</b>		
Subtema: Preocupação com o futuro da criança que nasce através da RHA	criança, (Phi=0,40); mãe (Phi=0,30); vida (Phi=0,27); cabeça (Phi=0,22); nasce (Phi=0,22); pai (Phi=0,21); futuro (Phi=0,19);	*Indivíduo 30 *Indivíduo 22 * Possui vivência/experiência com RHA *Sexo feminino
Subtema: Dificuldade de aceitação da RHA no contexto da homoafetividade.	criança, (Phi=0,40); mães (Phi=0,30); pais(Phi=0,21); futuro (Phi=0,19); homossexuais (Phi=0,19); aceitar (Phi=0,18); homens (Phi=0,18); complicada (Phi=0,19); gerar (Phi=0,18); imagem (Phi=0,15);	
Subtema: Preocupações éticas e eugênicas	complicado (Phi=0,19); doença (Phi=0,18); gera (Phi=0,18); avanços (Phi=0,17)	
<b>Classe 3</b>	<b>Palavras associativas (Phi)</b>	<b>Variáveis</b>
<b>Tema: RHA: é o caminho/solução</b>		
	dificuldade (Phi=0,28); filho (Phi=0,27); solução (Phi=0,27); tecnologia (Phi=0,27); casal (Phi=0,26); problema (Phi=0,26); deseja (Phi=0,26); solucionar (Phi=0,26); possibilidade (Phi=0,25); procurar (Phi=0,23); ajuda (Phi=0,20); caminho (Phi=0,19); resolver (Phi=0,17); realidade (Phi=0,17); tentativa (Phi=0,16); avanço(Phi=0,16); primeira(Phi=0,15); válido (Phi=0,15)	*Indivíduo 16 *Indivíduo 04 *Indivíduo 05 *Pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva

Quadro 6 - Bloco temático 1 (classes 2, 3, e 4 – temas e subtemas) referente ao Grupo 2-TRHA (conclusão)

BLOCO TEMÁTICO 1		
Conteúdos e sentidos da RHA: aspectos da natureza		
Classe 4		
Tema: Dimensão afetiva diante da RHA	Palavras associativas (Phi)	Variáveis
	perda (Phi=0,33); família (Phi=0,27); feliz (Phi=0,26); engravidar (Phi=0,23); marido (Phi=0,22); ansiedade (Phi=0,22); tristeza (Phi=0,21); frustração (Phi=0,20); tentar (Phi=0,19); conversa (Phi=0,17); sobrinhos (Phi=0,16) amigos (Phi=0,16)	*Indivíduo 29 *Indivíduo 19 *Indivíduo 17 * Sexo feminino

Fonte: A autora, 2015.

A classe 2 apresentou 121 u.c.e, esse tipo de material representa 24,0% do *corpus* e 48,6% do bloco temático 1. As palavras analisáveis totalizaram 105, que foram cortadas pelo software no coeficiente de correlação Phi 0,15. No tocante às variáveis, estiveram associadas aos indivíduos 30 e 22, do sexo feminino e que possuíam vivência/experiência com a RHA (Figura 26).

Figura 26 - Esquema representativo da classe 2 referente ao Grupo 2- TRHA

<b>Classe 2</b> <b>Tema: O futuro da RHA: possibilidades e repercussões</b> <b>Subtemas: Preocupação com o futuro da criança que nasce através da RHA</b> <b>Subtemas: Dificuldade de aceitação da RHA no contexto da homoafetividade</b> <b>Subtemas: Preocupações éticas e eugênicas</b>		
<b>121 u.c.e (24,0% do corpus)</b> <b>105 palavras analisadas</b>		
<b>Variáveis:</b> <b>*indivíduo 30</b> <b>*indivíduo 22</b> <b>* possui vivência/experiência com RHA</b> <b>*sexo feminino</b>		
<b>Vocabulário (formas reduzidas)</b>	<b>Vocabulário (formas completas)</b>	<b>Phi</b>
Criança	criança, crianças	0,40
Mae	mãe, mães	0,30
Homem	homem	0,27
Vida	vida, vidas	0,23
Cabec	cabeça	0,22
Nasc	nasce, nascer, nasceram	0,22
Pai	pai, pais	0,21
Foss	Fosse	0,20
Futuro	futuro	0,19
Complic	complicada, complicado	0,19
Homossexuais	homossexuais	0,19
Aceit	aceitar, aceito, aceitou	0,18
Doença	doença, doenças	0,18
Homens	homens	0,18
Ger	gera, geração, gerado, gerando, gerar, gerou	0,18
Antigamente	antigamente	0,17
Duas	Duas	0,17
Avanços	avanços	0,17
Mulher	mulher, mulheres	0,16
Acontec	acontece, acontecem, acontecer, aconteceu, acontecerem	0,16
Tipo	tipo	0,15
Segur	segura, segurar	0,15
Imagem	imagem	0,15
Procri	procria, procriando, procriar	0,15
Barriga	barriga	0,15
Masculin	masculina, masculino	0,15
Dess	dessa, dessas, desse, desses	0,15

Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Nessa classe, as palavras *criança* ( $\Phi=0,40$ ); *mãe* ( $\Phi=0,30$ ); *vida* ( $\Phi=0,23$ ); *cabeça* ( $\Phi=0,22$ ); *nasce* ( $\Phi=0,22$ ); *pai* ( $\Phi=0,21$ ); *futuro* ( $\Phi=0,19$ ) demonstraram a preocupação de 12 enfermeiros com o futuro das crianças, no tocante ao enfrentamento de possíveis conflitos psicológicos e emocionais e questionamentos dessas crianças quanto a origem de suas vidas ter acontecido em situação pouco convencional, ou seja em ambiente demasiadamente tecnológico e artificial.

Para esses entrevistados, o fato dessas crianças terem sido “criadas” em laboratório pode gerar dúvidas quanto ao enquadramento de seus vínculos familiares, ou seja, sob o prisma da natureza biológica, quem são e quantos genitores fazem parte de sua história biológica, nesse sentido fica claro que esses enfermeiros reforçam os aspectos do natural,

visto que a RHA reafirma a descendência genética no contexto de casais heteroafetivos.

A preocupação com a cabeça da criança se estende dos conflitos pessoais para os coletivos, em virtude das possíveis comparações que podem surgir nos meios sociais, principalmente na escola, visto que o ambiente escolar se classifica como primeiro ambiente social frequentado pela criança e cenário do fenômeno *bullying*), tipo de violência que mais cresce no mundo (FANTE, 2005).

As constantes inovações tecnológicas no campo da reprodução humana estão presentes no cotidiano laboral desses profissionais, sendo assim, devem presenciar dilemas dessa natureza. Essa preocupação fundamenta-se na ideia de desestruturação das configurações familiares tradicionais, que foram construídas socioculturalmente e reforçadas sob o prisma da natureza, conforme evidenciado no Teste ALI – termo indutor Reprodução Humana.

Para as sociedades ocidentais os temas referentes à reprodução natural, geralmente, ficam no âmbito do desejo e da intimidade dos indivíduos, no entanto ao dispor de terceiros como instituições e profissionais para auxiliar no processo de reprodução humana, no caso a RHA, o assunto passa a ser de domínio público (ATLAN, 2006). Sendo assim, os anseios desse grupo frente à RHA estão em conformidade com os da sociedade.

Nesse sentido, a preocupação, no futuro, com o aspecto psicológico da criança parece ser pertinente, visto que o nascer das crianças sempre pertenceu aos pais potenciais e à sociedade, visando atender a sobrevivência da própria espécie (ATLAN, 2006). Para Serra e Algarvio (2006, p.151), a inquietação aflige também os pais de crianças nascidas pelas técnicas de RHA e estão embasados principalmente nas preocupações referentes aos “problemas familiares” e às “preocupações escolares” que essa forma de nascer pode vir a gerar.

O mundo de hoje é marcado pela influência da ciência e das novas tecnologias no cotidiano das pessoas, nesse sentido os profissionais desse grupo falam com propriedade sobre o assunto, visto que vivenciam na rotina de trabalho a interferência das biotecnologias reprodutivas no processo de criação da vida humana. Vejamos a seguir algumas u.c.e que revelam essa preocupação.

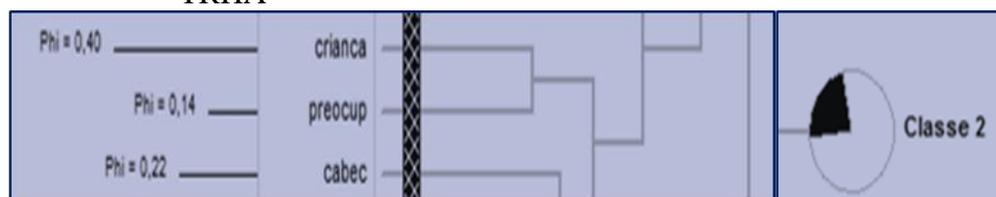
É uma coisa muito nova, minha cabeça é uma interrogação. Vejo com preocupação. Cada um vive, exatamente, do jeito que se quer viver. Que educação será dada para essa criança que tem 3 mães? Quem é o verdadeiro pai? Quem é a verdadeira mãe? Como ficará a cabeça dessa criança? Como será? Essa é a minha maior preocupação quando se trata da reprodução humana assistida. (\*ind\_17; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Eu acho que esse é o problema que teremos que enfrentar com a reprodução humana assistida, com certeza essa criança sofrerá bullying na escola. A sociedade não está madura para poder segurar a situação dessas crianças, que tem várias mães e vários pais, ou que só tem mãe e não tem pai. (\*ind\_30; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; não católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

As crianças que nasceram pela reprodução humana assistida também precisam ser acompanhadas. O acompanhamento dessas crianças porque se gera questionamentos e até confusão na cabeça delas. São duas formas, porque foram mais desejadas ou porque os pais não conseguiram engravidar e fizeram a reprodução humana assistida. Precisamos estudar para entender melhor todo esse processo, e como será o futuro dessas crianças. (\*ind\_26; trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho; não católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A CHA (Figura 27) confirma o ponto de vista dos entrevistados, diante da forte ligação entre as palavras *preocupação-cabeça-criança*:

Figura 27 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2 do Grupo 2-TRHA



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Ainda dentro dessa perspectiva da preocupação que as tecnologias reprodutivas podem trazer para cabeça das crianças, a presença das palavras *criança*, ( $\Phi=0,40$ ); *mães* ( $\Phi=0,30$ ); *pais* ( $\Phi=0,21$ ); *futuro* ( $\Phi=0,19$ ); *homossexuais* ( $\Phi=0,19$ ); *aceitar* ( $\Phi=0,18$ ); *homens* ( $\Phi=0,18$ ); *complicada* ( $\Phi=0,19$ ); *gerar* ( $\Phi=0,18$ ); *imagem* ( $\Phi=0,15$ ) sinalizam outra preocupação descrita por 10 enfermeiros, que as biotecnologias reprodutivas não devem ser utilizadas para compor famílias homoafetivas, descritas em algumas u.c.e a seguir:

Você tem 99% de uma população no qual a criação é ver pai e mãe, feminino e masculino. Esse negócio de só ter só pai ou só mãe, dois homens ou duas mulheres, será psicologicamente ruim para a criança. (\*ind\_15; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

Uma imagem masculina/masculina ou uma imagem feminina/feminina cria um conflito na cabeça de qualquer um, até a gente pra aceitar esse tipo de coisa já e meio complicado. É aquele negócio, eu aceito, porque eu não posso ser homofóbico. Eu tenho que acompanhar as evoluções, mas eu não administro isso muito bem. (\*ind\_13; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui e vivência/experiência

com RHA).

Além da preocupação com a história dos filhos pelos homossexuais, para mim a preocupação é com a criança, principalmente, com a cabeça da criança. (\*ind\_26; trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho; não católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A minha preocupação é com a parte mais ética e com a questão dessa fertilização em pessoas homoafetivas, somente porque acho que é complicado para uma criança ver que o coleguinha tem um pai e uma mãe e ele tem dois pais ou duas mães. (\*ind\_30; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; não católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Penso no futuro da criança, na criação dessa criança. Então, a reprodução humana assistida, na homoafetividade, eu ainda acho muito estranho. Ainda é complicado eu aceitar. A instituição familiar hoje em dia está mudando, de repente tem que mudar mesmo, mas as coisas de Deus não sei se tem que mudar. (\*ind\_18; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Para esses entrevistados, ficou evidenciada muita preocupação ao pensar nas novas composições familiares que as biotecnologias reprodutivas podem trazer, principalmente no contexto dos casais homoafetivos, visto que são novas possibilidades de criação da vida humana totalmente novas e desconhecidas. Essa dificuldade de aceitação frente à concepção pelos homossexuais encontra sustentação na tradicional concepção judaica cristã de família, visto que pensar nessas novas composições familiares trazem reservas e até mesmo certo preconceito, como Moscovici (2009, p. 26) destaca:

Os preconceitos em relação às minorias, que normalmente são colocados de lado, não são totalmente construídos a partir de peças inventadas, eles são visivelmente conhecidos a partir de uma representação compartilhada, que varia de acordo com as circunstâncias, mas que é sempre estruturado da mesma forma: que podemos e o que devemos mostrar.

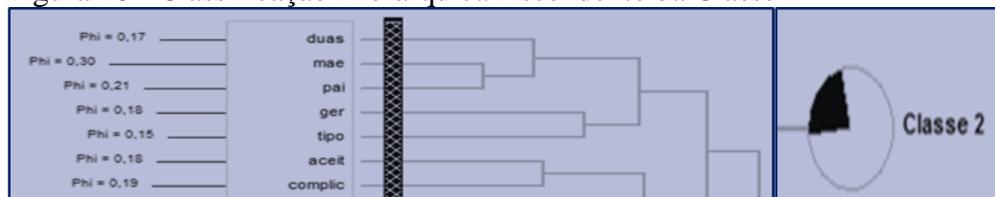
Os entrevistados consideram que as tecnologias reprodutivas devem ser utilizadas para situações de falhas do corpo ou doenças reprodutivas e que esteja no contexto dos casais heteroafetivos, visto que questionam a RHA para atender demandas afetivas de famílias não convencionais, como solteiros ou homossexuais.

É ainda importante destacar, que diante de leitura detalhada das u.c.e foi possível identificar que os enfermeiros do sexo masculino foram os que mais explicitaram essas preocupações, demonstrando que para os entrevistados homens exista maior dificuldade de aceitação da homoafetividade, principalmente quando o assunto circunda o tema gerar filhos.

A ligação das palavras *duas-mães-pais*; *pais-geram* e ainda *aceita-tipo-complicado* revelam a dimensão das expressões de preconceito diante da RHA proveniente da

homoafetividade, conforme ilustrado na Figura 28.

Figura 28 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Outro solo de preocupação de 13 enfermeiros desse grupo refere-se às questões éticas, no receio que manipulações genéticas intencionais sejam utilizadas para interferir nas características internas e externas dos indivíduos. Os evidentes avanços biotecnológicos permitiram maior liberdade e segurança no manejo do material genético humano, no entanto, muitas vezes a ausência de limites pessoais, profissionais e institucionais pode levar a condutas equivocadas diante da RHA.

As palavras *complicado* ( $\Phi=0,19$ ); *doença* ( $\Phi=0,18$ ); *gera* ( $\Phi=0,18$ ); *avanços* ( $\Phi=0,17$ ) demonstram a preocupação com os limites éticos da RHA e foram evidenciadas principalmente pelo indivíduo 22, como variável de maior associação com esse subtema, como podemos ver adiante:

Pelo principio religioso só é cabível a Deus. A partir do momento que é possível fazer muitas escolhas, muitas atrocidades são possíveis. A reprodução humana assistida representa grande risco de aumento do preconceito e quebra da relação afetiva. (\*ind\_22; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

É uma área bem interessante a reprodução humana assistida, envolve na questão familiar pelas expectativas da formação de família. É uma área que não só lida com doenças, mas como as possibilidades de vida e também de família. Vai ser possível no futuro escolher as características macroscópicas da criança, com a reprodução humana assistida. (\*ind\_22; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

As possibilidades de escolhas com avanço genético da reprodução humana assistida é um risco. A gente vê maiores atrocidades afetivas nas relações humanas, como a não aceitação das características próprias de cada ser humano. (\*ind\_22; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A concepção do risco que a RHA se apresenta ao ser utilizada para fins eugênicos, surge para esses profissionais, através do resgate de uma memória social baseada na questão de purificação da raça humana, como o nazismo. De acordo com Guerra (2006), apesar da

eugenia ter sua origem anterior na Inglaterra com o conceito de seleção natural proposto por Darwin, seu auge ocorreu no período do nazismo, facilitando a associação da eugenia com esse período.

No entanto, hoje, para a autora, está mais presente do que nunca, através de nova roupagem como pode ser percebido diante das situações reprodutivas de manipulações do material genético humano através da FIV, diagnóstico pré-natal e pré-implantacional, nas situações de aborto terapêutico e clonagem reprodutiva (GUERRA, 2006).

Desse modo, essa referência ao passado não é infundada, pois se baseia na ancoragem, que é uma das formas de lidar com a memória social, como ressalta Moscovici (2003), esse processo classifica, ou seja, coloca e tira objetos, pessoas e acontecimento e os rotula com um nome.

Portanto, essa preocupação ética é extremamente pertinente e conectada com a realidade, haja vista que a RHA ao criar condições para escolher e manipular gametas para gerar seres humanos em “melhores” condições genéticas, suscita profundos questionamentos a respeito dos limites a respeito das biotecnologias, que devem ser pensados e discutidos por todas as instâncias da sociedade.

A classe 3 ficou composta por 85 u.c.e, que equivale a 17,0% desse fragmento de material no *corpus* e 34,1% do bloco temático 1. No total, 70 palavras foram analisadas pelo programa, sendo seccionada no coeficiente de correlação Phi 0,14. As variáveis de maior associação com a classe 3 foram os indivíduos 16, 04 e 05 e que possuíam pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva, que pode ser visualizado na Figura 29.

Figura 29 - Esquema representativo da classe 3 referente ao Grupo 2-TRHA

Classe 3 Tema: RHA: É o caminho/solução		
85 u.c.e (17,3 do corpus%) 70 palavras analisadas		
Variáveis: *Indivíduo 16 *Indivíduo 04 *Indivíduo 05 *Pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva		
Vocabulário (formas reduzidas)	Vocabulário (formas completas)	Phi
Adoção	adoção	0,29
dificuldade	dificuldade, dificuldades	0,28
Filho	filho, filhos	0,27
Soluc	solução, soluções	0,27
Tecnolog	tecnologia, tecnológicos	0,27
Cas	casa, casais, casal, casou	0,26
problema	problema, problemas	0,26
Desej	deseja, desejado, desejando, desejo, desejou	0,26
Solucion	solucionado, solucionar	0,26
possibilidade	possibilidade, possibilidades	0,25
Procur	procura, procurada, procuram, procurar	0,23
Ajud	ajuda, ajudar	0,20
Sonh	sonha, sonho	0,19
Corpo	corpo	0,19
Idade	idade	0,19
Caminh	caminha, caminho	0,19
Resolv	resolver, resolvera	0,17
realidade	realidade	0,17
Adotar	adotar	0,16
Direito	direito,	0,16
Tentativa	tentativa, tentativas,	0,16
Tent	tenta, tentando, tentar, tentara, tentava, tento, tentou,	0,16
Avanc	avança, avançada, avançar, avanço	0,16
Prim	primeira	0,15
Valid	válida, válido	0,15
Psicolog	psicológica, psicológico, psicólogo	0,15
Fácil	fácil	0,14

Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Para essa classe, as palavras *dificuldade* ( $\Phi=0,28$ ); *filho* ( $\Phi=0,27$ ); *solução* ( $\Phi=0,27$ ); *tecnologia* ( $\Phi=0,27$ ); *casal* ( $\Phi=0,26$ ); *problema* ( $\Phi=0,26$ ); *deseja* ( $\Phi=0,26$ ); *solucionar* ( $\Phi=0,26$ ); *possibilidade* ( $\Phi=0,25$ ); *procurar* ( $\Phi=0,23$ ); *ajuda* ( $\Phi=0,20$ ); *caminho* ( $\Phi=0,19$ ); *resolver* ( $\Phi=0,17$ ); *realidade* ( $\Phi=0,17$ ); *tentativa* ( $\Phi=0,16$ ); *avanço* ( $\Phi=0,16$ ); *primeira* ( $\Phi=0,15$ ); *válido* ( $\Phi=0,15$ ) abarcaram a noção que as biotecnologias reprodutivas representam a primeira opção para solução/resolução de problemas reprodutivos que impeçam a concepção natural do filho biológico.

Nessa diretiva, 14 enfermeiros, ou seja, todos os entrevistados desse grupo que lida cotidianamente com o universo das tecnologias reprodutivas, enquadram a RHA como a solução/caminho que se deve percorrer para resolver dificuldades reprodutivas. As u.c.e a seguir embasam o que foi exposto.

Vejo como uma possibilidade, um meio e um caminho para solução da infertilidade. Penso que todo casal que vive essa situação deve pensar sobre a reprodução humana assistida, mas sei que não é fácil vivenciar, pois eu senti na pele, fiquei do outro lado, fui usuário de tudo, apesar de não ter dado certo no meu caso. (\*ind\_16; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho (os); não católico; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

De um lado terá mais tecnologia disponível e do outro terá mais dificuldade, porque o corpo esta aprendendo a não se reproduzir, então a reprodução humana assistida é para ajudar a solucionar os problemas. (\*ind\_16; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho (os); não católico; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Depois de um tempo comecei a trabalhar nessa área, hoje vejo a reprodução humana assistida como uma possibilidade de um casal ter o filho que sonha e deseja, é um caminho para solucionar esse problema da dificuldade para engravidar. (\*ind\_26; trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho (os); não católico; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Veja na reprodução humana assistida um ótimo e inovador caminho. Acredito que deve ser uma opção a ser levada em conta, afinal é uma ajuda da tecnologia é importante, ajuda muito. (\*ind\_05; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

O transplante de útero já e uma novidade. Eu vejo primeiro que é uma grande oportunidade para o casal que quer ter filhos, a reprodução humana assistida veio para revolucionar o problema da infertilidade, trazendo novas possibilidades. (\*ind\_14; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Porque é natural do ser humano querer deixar gerações posteriores, querer ter o próprio filho, então é uma situação de conflito. Esgotar todas as possibilidades científicas, inclusive as técnicas de reprodução humana assistida, como inseminação artificial, todas as possibilidades de reprodução assistida para que ocorra um filho biológico. (\*ind\_22; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Esse grupo homogêneo ao materializar a RHA como a “solução/caminho” transforma ou traduz o conceito científico das biotecnologias reprodutivas em algo mais concreto e palpável. A representação consensual de “solução/caminho” da RH apresenta forte significado no cotidiano de trabalho desses profissionais. Esse indício de representação já havia surgido como categorias de análise no Teste ALI – “Reprodução Humana” e ainda mais expressiva no Teste ALI – “Reprodução Humana Assistida”.

Desse modo, ao objetivarem a RHA, esses profissionais falam “o que” sabem sobre o objeto em questão, numa tentativa de construir uma imagem com significado para esse grupo. Para Moscovici (2012), a objetivação ao traduzir um objeto o aproxima do senso comum, pois diminui a distância entre o universo consensual e universo da ciência, caracterizada pelo

excesso de significações conceituais.

A ligação das palavras *tecnologia-ajuda-solucionar-dificuldade-problema* (Figura 30) e *solução-caminho-possibilidade* (Figura 31) confirmam esse ponto de vista, através da vizinhança de vocábulos.

Figura 30 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Figura 31 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Frente a essa representação da RHA como solução e primeiro caminho a ser seguido para se buscar o filho biológico, esses profissionais assentam que a adoção de criança para compor uma família deve ser pensada somente após se esgotarem as possibilidades tecnológicas para se conseguir a gravidez, como foi suscitado, por esse grupo, no Teste ALI – “Reprodução Humana Assistida”, as biotecnologias exacerbaram o parentesco pelo filho biológico.

Logo as palavras *adoção* ( $Phi=0,29$ ); *sonho* ( $Phi=0,19$ ); *adotar* ( $Phi=0,16$ ), *tentar* ( $Phi=0,29$ ); surgem para 10 (enfermeiros), como oposição à representação de RHA pelos enfermeiros do grupo 1 que optam pela adoção, pois representa uma forma tradicional e ortodoxa para se resolver a ausência involuntária de filhos. Por isso, Ramírez-Gálvez (2003) acredita que na atualidade a adoção passe a ser considerada somente após esgotadas as tentativas de conceber filhos pelas vias tradicionais, como nas u.c.e a seguir.

É uma situação de conflito, dependendo do que o casal almeja, quando ambos estão decididos diante de um problema. Aso a reprodução assistida não dê certo, é melhor escolher alternativas como a própria adoção e a situação acaba se resolvendo. Mesmo assim, ainda tem dificuldade. (\*ind\_22; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Já tem que pensar em alternativas, mesmo antes da reprodução assistida. Claro que para quem quer um filho natural, adotar é complicado, é outra realidade. (\*ind\_16; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho (os); não católico; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Primeiro, o psicólogo para ajudar na desistência, quando a reprodução assistida falhar, porque não é fácil. Segundo, se eles têm um pensamento em conjunto de adoção, então procurar a adoção, porque muitos casais não sentem vontade em adotar, de adotar uma criança e saber que aquela criança não é sua. (\*ind\_04; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

A última classe do bloco temático 1, a classe 4, ficou representada por 43 u.c.e equivalendo a 8,0% desse material no *corpus* e 17,3% do bloco 1. No vocabulário previamente separado pelo programa, 79 palavras foram analisadas e cortadas no coeficiente de correlação “Phi” 0,14. As variáveis ligadas a classe 4, selecionadas pelo software, foram os indivíduos 29, 19 e 17 e que pertenciam ao sexo feminino, no entanto após análise textual das u.c.e foi observado que as variáveis “ser católico” e “não possuir filhos” também foi bastante representativa (Figura 32).

Figura 32 - Esquema representativo da classe 4 referente ao Grupo 2-TRHA

Classe 4		
Tema: Dimensão afetiva diante da RHA		
43 u.c.e (8,0% do corpus)		
79 palavras analisadas		
Variáveis		
*Indivíduo 29		
*Indivíduo 19		
*Indivíduo 17		
*Sexo feminino		
Vocabulário (formas reduzidas)	Vocabulário (formas completas)	Phi
Perd	perda, perde, perder, perdeu	0,33
Med	médica, médico	0,29
Exame	exame, exames	0,28
Famili	família, familiar	0,27
enfermeira	Enfermeira	0,26
Feliz	Felizes	0,25
Engravid	engravidada, engravidar, engravidei, engravidou	0,23
Uns	Uns	0,22
Marido	Marido	0,22
ansiedade	Ansiedade	0,22
inseminacao_a	inseminação artificial	0,22
Inici	Início	0,21
Trist	triste, tristeza	0,21
Hormon	hormonal, hormônio, hormônios	0,21
Frustrac	Frustração	0,20
Tent	tenta, tentando, tentar, tentara, tentava, tento, tentou	0,19
Par	parar, parei, parou	0,18
Teve	Teve	0,17
Convers	conversa, conversar	0,17
Sobr	sobrinha, sobrinhos	0,16
Amigos	Amigos	0,16
Método	Método	0,16
Semana	Semana	0,16
espermograma	Espermograma	0,16
Pag	pagar, pagava, pagou	0,14
Ver	Ver	0,14
Volt	volta, voltam, voltei	0,14

Fonte: A autora, 2015.

Nessa classe as palavras *perda* ( $\Phi=0,33$ ); *família* ( $\Phi=0,27$ ); *feliz* ( $\Phi=0,25$ ); *engravidar* ( $\Phi=0,23$ ); *marido* ( $\Phi=0,22$ ); *ansiedade* ( $\Phi=0,22$ ); *tristeza* ( $\Phi=0,21$ ); *frustração* ( $\Phi=0,20$ ); *tentar* ( $\Phi=0,19$ ); *conversa* ( $\Phi=0,17$ ); *sobrinhos* ( $\Phi=0,16$ ) e *amigos* ( $\Phi=0,16$ ) evidenciaram as questões de vivência/experiências de 10 enfermeiros desse grupo com as tecnologias reprodutivas. Nesse contexto, esses profissionais trazem a tona a versão da subjetividade que cercam as biotecnologias reprodutivas, para além da dimensão técnico-mecanicista comumente atribuído ao universo da RHA.

Essa dimensão afetiva refere-se ao conhecimento socialmente elaborado a partir de vivências e/ou experiências com o universo das biotecnologias reprodutivas, no que tange aos sentimentos e expectativas vivenciadas e/ou nas experiências sociais compartilhadas por amigos e familiares e/ou no trabalho com a clientela dos serviços de reprodução assistida. Desse modo, a interação da dimensão afetiva pessoal (eu) com a social (outro) colabora para a

formação de um cotidiano afetivo comum conferido à RHA.

A dimensão afetiva utiliza o princípio da interação entre vivência e/ou experiência, compartilhada por um grupo em relação a um objeto. Desse modo, não faz sentido, no caso desse estudo, a divisão dessas dimensões, no entanto para fins didáticos as u.c.e serão mostradas de forma separada, como segue alguns exemplos.

Agora é só um emprego e ser feliz. Consegui com a médica que era daqui, fiz um tratamento hormonal de um mês, de baixa complexidade da reprodução humana assistida, e no outro engravidei, pois abandonei os empregos e voltei a dormir. (\*ind\_29; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Eu sempre fui enfermeira, trabalhei em pediatria, sempre gostei muito de criança, então os meus amigos até falam: “-Você gosta tanto de criança e como é que você nunca teve filho”? Tentei, mas eu nunca pude ter! (\*ind\_17; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

E agora, observa-se nas u.c.e que se seguem a dimensão afetiva da experiência do enfermeiro diante da RHA.

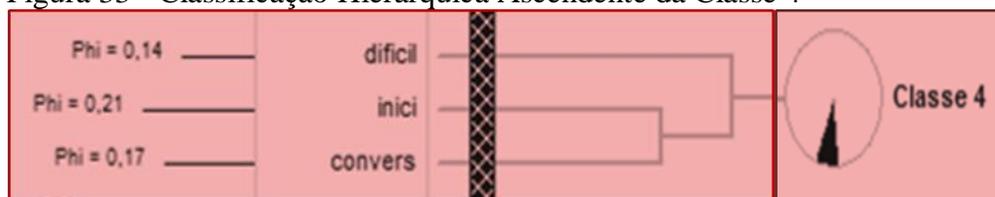
É lógico que com familiar é diferente. Como é pessoa da família foi mais difícil. Minha sobrinha é jovem, tem cinco anos que ela começou o tratamento. Parou de tomar o remédio, a pílula, com vinte e cinco anos, ficou dois anos tentando engravidar e não conseguiu. Com vinte sete anos começou a fazer o tratamento de reprodução humana assistida e ainda não conseguiu. (\*ind\_18; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Com amigos foi difícil, complicado, difícil. Eu e as amigas tivemos que ficar apoiando essa colega, porque se criou uma expectativa imensa. Ela engravidou por uma semana e quando ela perdeu foi muito difícil para ela e o marido. (\*ind\_04; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Eu sentia a frustração, a responsabilidade e o medo dela não conseguir ter família, criar uma família. Um sentimento de perda. Baixa autoestima, porque ela não conseguiu ter a maternidade e gerar. Um sentimento de ansiedade. Como será daqui para frente? (\*ind\_19; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

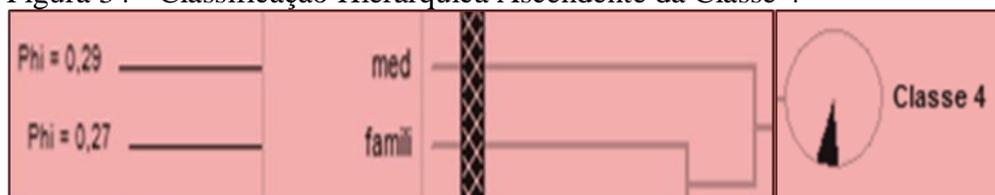
A dimensão afetiva pode ser confirmada também nas CHA a seguir, diante do compartilhamento da RHA, através da forte ligação das palavras *difícil-inicio-conversa* (Figura 33), e *medo-família* (Figura 34).

Figura 33 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Figura 34 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Com base na análise das u.c.e e na CHA mostradas anteriormente, compreende-se que o desenvolvimento da dimensão afetiva que esses enfermeiros direcionam à RHA encontra-se fortemente ligada ao meio social que estão inseridos, ou seja, partindo do pressuposto do grupo de pertença perante a aproximação com as tecnologias reprodutivas.

Para Pombo-de-Barros e Arruda (2010), a dimensão afetiva está implicada na construção de representações sociais, portanto as representações de afeto positivas direcionadas a RHA conduzem a busca por biotecnologias quando esse grupo considera necessário, revelando dessa forma essa dimensão contribui para a interiorização de experiências, práticas, modelos de condutas e pensamento a ser seguido (JODELET, 2001).

Diante das palavras de maior ocorrência suscitadas nessa classe, a RHA ficou representada como algo positivo, e que deve ser utilizado para colaborar na resolução dos desejos e expectativas reprodutivas da atualidade, conforme surgiu também no Teste ALI-RHA.

### 5.3.2.3 Bloco temático 2: “A enfermagem e a RHA” referente ao Grupo 2-TRHA

Para esse bloco temático o software Alceste revelou 258 u.c.e, equivalendo a 51,0% do *corpus* do grupo 2 e 283 palavras analisáveis. As classes 1, 5 e 6 compuseram esse bloco temático, que foi denominado de “A enfermagem e a RHA”, em virtude dos conteúdos analisados, que demonstraram a relação da profissão/profissional com as biotecnologias reprodutivas. O esquema de todo esse bloco está representado no Quadro 7.

Quadro 7 - Bloco temático 2 (classes 1, 5 e 6 – temas e subtemas) referente ao Grupo 2-TRHA (continua)

<b>BLOCO TEMÁTICO 2</b> <b>A enfermagem e a RHA</b>		
<b>Classe 1</b> <b>Tema: Relação profissional do enfermeiro com a RHA</b>	<b>Palavras associativas (Phi)</b>	<b>Variáveis</b>
Subtema: Carência de informação e busca da cientificidade	conhecimento (phi=0,31); científicos (phi=0,28); assunto (phi=0,26); enfermagem (phi=0,25); artigo (phi=0,24); enfermeiro (phi=0,24); estudar (phi=0,23); área (phi=0,22); especializar (phi=0,23); discutir (phi=0,22); revistas (phi=0,18); curso (phi=0,18); faculdade (phi=0,18); ler (phi=0,17); aula (phi=0,17); tema (phi=0,17); congresso (phi=0,17); informações (phi=0,15)	*Indivíduo 15 *Sexo masculino *Não possui vivência/ experiência com a RHA *Não católico
Subtema: A prática como capacitação	trabalho (phi=0,35); enfermagem (phi=0,25); enfermeiro (phi=0,24); discutir (phi=0,22); gosta (phi=0,20); busca (phi=0,19); aprende (phi=0,19); interessa (phi=0,17); trocar (phi=0,15); informações (phi=0,15)	
Subtema: Figura-tipo do enfermeiro que trabalha com RHA	trabalho (phi=0,35); enfermeiro (phi=0,24); gosta (phi=0,20); busca (phi=0,19); aprende (phi=0,19);	
<b>Classe 5</b> <b>Tema: Os serviços de RHA</b>	<b>Palavras associativas (phi)</b>	<b>Variáveis</b>
Subtema: Acessibilidade ao serviço de RHA	caro (phi=0,24); local (phi=0,24); condição (phi=0,20); acesso (phi=0,19); serviço (phi=0,19); barato (phi=0,18); rio de janeiro (phi=0,18); lugar (phi=0,15); atua (phi=0,15); atender(phi=0,15)	* Indivíduo 13 * Indivíduo 27 * Indivíduo 05 * Pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva

Quadro 7 - Bloco temático 2 (classes 1, 5 e 6 – temas e subtemas) referente ao Grupo 2-TRHA (conclusão)

<b>BLOCO TEMÁTICO 2</b> A enfermagem e a RHA		
<b>Classe 5</b> <b>Tema:</b> Os serviços de RHA	<b>Palavras associativas (phi)</b>	<b>Variáveis</b>
Subtema: A diferença do serviço público e privado	serviço privado (phi=0,40); serviço público (phi=0,30); particular (phi=0,26); fechado (phi=0,26); dinheiro (phi=0,24); clínica (phi=0,21); condição (phi=0,20); privada (phi=0,18); crescer (phi=0,18); rede (phi=0,16)	
Subtema: A questão ética uma necessidade primordial nos serviços de RHA	fiscalizar (phi=0,28); ética (phi=0,26); controle (phi=0,24); errado (phi=0,23); comércio(phi=0,16); atua (phi=0,15); atender (phi=0,15,	
<b>Classe 6</b> Prática do enfermeiro nos serviços de RHA	<b>Palavras associativas (phi)</b>	<b>Variáveis</b>
Subtema: Intersubjetividade do cuidado	cuidado (phi=0,34); diferente (phi=0,27); humanização (phi=0,27); reprodução humana (phi=0,27); qualidade(phi=0,26); acompanhar (phi=0,24); explicar (phi=0,23); acolhimento (phi=0,23); protocolo (phi=0,21); processo (phi=0,21); consulta (phi=0,20); presente (phi=0,19) paciência(phi=0,16	*Indivíduo 29 *Indivíduo 19 *Indivíduo 17 * Sexo feminino
Subtema: Cotidiano profissional: capacitado pela prática	ambulatório (phi=0,27); reprodução humana (phi=0,27); qualidade (phi=0,26); protocolo (phi=0,21); ultrassonografia (phi=0,21); processo (phi=0,21); consulta (phi=0,21); presente(phi=0,19); diferenciado (phi=019	

Fonte: A autora, 2015.

A classe 1 se configurou 143 u.c.e, que representou 28,0% dessa parte do material no *corpus* 2 e 55,4% do bloco 2, com 125 palavras analisáveis que foram seccionadas no coeficiente de correlação Phi= 0,15. As variáveis que estiveram relacionadas a essa classe foram relativas ao sexo masculino, indivíduo 15, que não possuía vivência/experiência com RHA e não católico (Figura 35).

Figura 35 - Esquema representativo da classe 1 referente ao Grupo 2-TRHA

<b>Classe 1</b> <b>Tema: Relação profissional do enfermeiro com a RHA</b> <b>Subtemas: Carência de informação e a busca pela cientificidade</b> <b>Subtemas: A prática como capacitação</b> <b>Subtemas: Figura-tipo do enfermeiro que trabalha com RHA</b>		
<b>143 u.c.e (28,0% do corpus)</b> <b>125 palavras analisadas</b>		
<b>Variáveis:</b> <b>*indivíduo 15</b> <b>*sexo masculino</b> <b>* Não possui vivência/experiência com a RHA</b> <b>*Não católico</b>		
<b>Vocabulário (formas reduzidas)</b>	<b>Vocabulário (formas completas)</b>	<b>Phi</b>
Trabalh	trabalha, trabalhado, trabalham, trabalhamos, trabalhando	0,35
Conheci	conhecimento, conhecimentos	0,31
Cientif	científica, científicas, científico, científicos	0,28
Assunto	assunto, assuntos	0,26
enfermagem	enfermagem,	0,25
Artigo	artigo, artigos	0,24
enfermeiro	enfermeiro, enfermeiros	0,24
Estud	estudada, estudamos, estudando, estudar, estudara, estudo	0,23
Área	área, áreas	0,22
especializ	especializa, especialização, especializado, especializar	0,23
Discut	discutam, discute, discutia, discutimos, discutir, discuto	0,22
Obstetric	obstétrica, obstetrícia	0,21
Gost	gosta, gostando, gostar, gostei, gosto, gostou	0,20
Busc	busca, buscando, buscar, busco	0,19
Apred	aprende, aprender, aprenderem, aprendermos	0,19
Revistas	revistas	0,18
Curso	curso, cursos	0,18
faculdade	faculdade, faculdades	0,18
Interess	interessa, interessado, interessante, interessar, interesse	0,17
Ler	ler	0,17
Aula	aula, aulas	0,17
Tema	tema	0,17
congresso	congresso, congressos	0,17
Public	publica, publicando, publicar, publico	0,16
Cti	cti	0,15
Troc	troca, trocando, trocar	0,15
informacoes	informações	0,15

Fonte: A autora, 2015.

Pelos vocábulos mais frequentes e pelas u.c.e típicas desta classe, pode-se inferir que os conteúdos se agrupam ao redor da relação entre o profissional enfermeiro e a RHA. Foram identificadas três subtemas que demonstram essa relação, a saber: a carência de informação e a busca pela cientificidade; a prática como capacitação e a figura-tipo do enfermeiro que trabalha em RHA.

Os léxicos como *trabalho* ( $\Phi=0,35$ ); *conhecimento* ( $\Phi=0,31$ ); *científicos* ( $\Phi=0,28$ ); *assunto* ( $\Phi=0,26$ ); *enfermagem* ( $\Phi=0,25$ ); *artigo* ( $\Phi=0,24$ ); *enfermeiro* ( $\Phi=0,24$ ); *estudar* ( $\Phi=0,23$ ); *área* ( $\Phi=0,22$ ); *especializar* ( $\Phi=0,23$ ); *discutir* ( $\Phi=0,22$ ); *gosta* ( $\Phi=0,20$ ); *busca* ( $\Phi=0,19$ ); *aprende* ( $\Phi=0,19$ ); *revistas* ( $\Phi=0,18$ ); *curso* ( $\Phi=0,18$ ); *faculdade* ( $\Phi=0,18$ ); *interessa* ( $\Phi=0,17$ ); *ler* ( $\Phi=0,17$ ); *aula*

(*Phi=0,*); *tema (Phi=0,17)*; *congresso (Phi=0,17)*; *trocar (Phi=0,15)* e *informações (Phi=0,15)* revelam a dimensão da informação a respeito dos diversos aspectos da RHA presente no discurso dos enfermeiros que trabalham com biotecnologias reprodutivas. Apesar de reconhecerem a carência de informação protocolar e formal sobre RHA pelas instituições de ensino de enfermagem, como ficou fortemente evidenciado no perfil referente aos dados acadêmicos desses profissionais.

A pouca oferta de instrumentalização acadêmica, no segmento da RHA, foi um gerador de inquietações e preocupações para esses enfermeiros. Todos os entrevistados (14) ressaltaram, constantemente, a ausência de conteúdos acadêmicos sobre RHA, entendido como um “desamparo” institucional-acadêmico. Sinalizaram que sentem falta de protocolos, modelos assistenciais e especialistas de enfermagem na área, no que pontuaram, inclusive, a ausência de respaldo legal. Para esses entrevistados, a carência de informações gera questionamentos de outros enfermeiros sobre o modelo de atuação desse profissional na RHA. A perspectiva da ausência de conteúdo pode ser vista nas u.c.e a seguir:

Em relação à assistência, eu acho não tem muita divulgação nas próprias universidades, nas próprias escolas, os alunos chegam aqui sem informação alguma, sem conhecimento. Assim, acho que as faculdades tinham que abordar mais esse assunto, no nosso conteúdo programático passar a ter esse conteúdo, dentro da área de saúde da mulher deveria ser mais abordado. (\*ind\_17; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Dizer que é contra e virar as costas, não adianta. Falta muita coisa que a faculdade de enfermagem deveria criar, abordar ou ministrar como uma das matérias, até como especialização, no caso, de reprodução humana assistida. (\*ind\_13; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Como estratégia para suprir a lacuna de conhecimento formal, os profissionais que trabalham nesta área, 12 enfermeiros, buscam se qualificar e obter conhecimento científico sobre a temática, como sugere as palavras *conhecimento (Phi=0,31)*; *científicos (Phi=0,28)*; *assunto (Phi=0,26)*; *enfermagem (Phi=0,25)*; *artigo (Phi=0,24)*; *enfermeiro (Phi=0,24)*; *estudar (Phi=0,23)*; *área (Phi=0,22)*; *especializar (Phi=0,23)*; *discutir (Phi=0,22)*; *revistas (Phi=0,18)*; *curso (Phi=0,18)*; *faculdade (Phi=0,18)*; *ler (Phi=0,17)*; *aula (Phi=0,40)*; *tema (Phi=0,17)*; *congresso (Phi=0,17)* e *informações (Phi=0,15)*. Essa busca individual/pessoal se dá através de leitura de artigos, discussão em grupo de trabalho multidisciplinar, participação em congressos entre outras estratégias, como se verifica nas u.c.e:

Internet, artigos e livros. Eu procuro o professor e a equipe que trabalho para minhas dúvidas. Discuto até com os residentes, nas sessões clínicas onde a gente discute cada caso, e a gente aprende muito também. (\*ind\_29; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Foi nessa época que comecei a me interessar pelo tema, assim quando vim trabalhar aqui na reprodução humana assistida, comecei a pesquisar. Participo das palestras sobre o assunto, das discussões de casos da reprodução humana assistida. (\*ind\_17; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Eu procuro estar sempre me atualizando, lendo sobre o assunto, fiz meu mestrado nessa área, eu sou sócio da sociedade brasileira de reprodução assistida, eu pago todo ano a anuidade e recebo as revistas. (\*ind\_16; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho (os); não católico; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Assim, nessa classe estiveram presentes os elementos que caracterizam a dimensão informativa sobre RHA, ou seja, a organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social (MOSCOVICI, 2012). Essa dimensão se encarrega de desvelar os meandros sobre RHA, diante da oportuna e evidente proximidade que existe entre os dois, ou seja, objeto (RHA) e os participantes desse estudo. Para o autor, essa proximidade revela-se fator de extrema importância dentro das representações sociais, as fontes de informações são lugares de mediação de diversos tipos de comunicações, sendo ao mesmo tempo ponto de partida da informação e suporte para a comunicação.

Ainda dentro dessa dimensão, a prática profissional, o cotidiano da assistência dentro da RHA foi apontado como o grande capacitador para trabalhar nessa área, referido por todos os entrevistados (14), através das palavras *trabalho* ( $\Phi=0,35$ ); *enfermagem* ( $\Phi=0,25$ ); *enfermeiro* ( $\Phi=0,24$ ); *discutir* ( $\Phi=0,22$ ); *gosta* ( $\Phi=0,20$ ); *busca* ( $\Phi=0,19$ ); *aprende* ( $\Phi=0,19$ ); *interessa* ( $\Phi=0,17$ ); *trocar* ( $\Phi=0,15$ ) e *informações* ( $\Phi=0,15$ ).

O compartilhamento de informações e as experiências vividas no dia a dia profissional são revelados como produtores de saber e conhecimento sobre RHA, capacitando-os a trabalhar com as biotecnologias reprodutivas, como demonstram as u.c.e.

Aprendemos com o cotidiano do trabalho, nos especializamos na marra, na prática, no nosso dia a dia. (\*ind\_13; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

O meu conhecimento sobre reprodução humana assistida veio inicialmente do trabalho, quando vim trabalhar aqui, antes não sabia nada. Depois comecei a me interessar, e hoje recebo revistas científicas sobre o assunto com vários artigos, leio todos que ajuda bastante no meu dia a dia, no meu trabalho, no meu cuidado. (\*ind\_14; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência

com RHA).

Lógico que tive que estudar muito, ir buscar conhecimentos técnicos e científicos sobre o assunto e me posicionando junto a equipe. Hoje não vejo dificuldade nenhuma, a prática do dia a dia me capacitou para trabalhar em reprodução humana assistida. (\*ind\_14; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Eu acabo delineando, trabalhando, melhorando, vou buscando conforme consigo. Eu busco conhecimento na reprodução humana assistida de uma forma técnica, prática, geral e multiprofissional. (\*ind\_27; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

A CHA a seguir releva a necessidade de busca de conhecimento científico sobre RHA, através da ligação das palavras *busca-conhecimento-estudar-científico* (Figura 36).

Figura 36 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Para os profissionais a ausência de “modelo de enfermeiros que trabalha em RHA” para ser seguido, se torna desestruturante do ponto de vista da constituição do habitus profissional. No entanto, ao mesmo tempo esse pensamento atribuído a RHA favorece a criação do pensamento da figura-tipo do enfermeiro que deve trabalhar com a RHA, por 12 profissionais, observadas nas palavras *trabalho* ( $Phi=0,35$ ); *enfermeiro* ( $Phi=0,24$ ); *gosta* ( $Phi=0,20$ ); *busca* ( $Phi=0,19$ ) e *aprende* ( $Phi=0,19$ ).

Os entrevistados julgam ser compatível com o ambiente da biotecnologia reprodutiva, os enfermeiros que apresentam características ligadas ao universo acadêmico como ser estudioso, ético e acolhedor, e principalmente dedicado e exclusivo a essa área. Características que podem gerar para esse enfermeiro um diferencial profissional através da expertise em RHA, e assim obter melhor remuneração financeira, como podem ser vistas nas próximas u.c.e.

Pra trabalhar nesse setor tem que ser exclusivo e especializado, que acaba por ser um ambiente bem remunerado. Tenho a minha vivência nesta área reprodução humana assistida, gosto e me dedico em aprofundar sempre, e sempre estudar muito (\*ind\_15; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência

com RHA).

Não é qualquer enfermeiro que sabe trabalhar nessa área. Não adianta ter especialização na área da mulher ou em obstetrícia, não mesmo. Aqui tem que correr atrás buscar conhecimento, envolvimento, a não ser que queira ser apenas um enfermeiro burocrático, sem conhecimento e que se envolve com a reprodução humana assistida. (\*ind\_14; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Eu acho importante no enfermeiro que trabalha com a reprodução humana assistida a questão do encorajamento e motivação. Eu acredito que tem que ser respeitoso e ético, acima de tudo. A questão do sigilo também tem que ser preservado como em qualquer outra área da saúde, mas essa questão da reprodução humana assistida é um tema polêmico, pois envolve sexualidade, infertilidade que são cheios de estereótipos sociais. (\*ind\_22; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Precisa prática e conhecimento na área da reprodução humana assistida porque vai ter que estudar muito. Tem que ser dedicado, fazer só aquilo, não adianta misturar as coisas, não adianta querer fazer várias coisas. Você tem que fazer muito bem, na fertilização, na reprodução humana assistida você tem que ser especialista só naquilo, estar totalmente envolvido. (\*ind\_15; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

Os outros enfermeiros não tem muito conhecimento, mesmo os que trabalham na saúde da mulher e na obstetrícia. Eles deveriam pesquisar mais, saber mais sobre o assunto porque o cuidado não pode ficar só na parte física da mulher, precisa atentar para a parte mental e emocional, que tem influencia muito grande na reprodução humana assistida. Não se deve só criticar o outro. O enfermeiro de reprodução humana assistida é único, dedicação total, 24 horas. (\*ind\_19; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

As características profissionais, “figura-tipo”, que foram atribuídas para o enfermeiro que trabalha em RHA como a necessidade de buscar conhecimentos para subsidiar suas ações, a dedicação integral a essa nova temática e a eticidade por lidar com questões tão íntimas do ser humano, se constituem em propriedades ou características obrigatórias para esses enfermeiros trabalharem com as biotecnologias reprodutivas. Esses elementos que se articulam na formação da imagem do enfermeiro que deve trabalhar em RHA estão baseados principalmente no estereótipo do bom profissional.

Frente a esse contexto de reestruturação de sua prática e de novos desafios ao se envolver com uma área ainda pouco conhecida e explorada pela enfermagem, os profissionais demonstram grande satisfação com a experiência vivida no cotidiano laboral com a RHA.

Eu sou funcionaria pública, eu escolhi a área da reprodução humana assistida porque eu gosto e me identifico. É a área que eu gosto. Eu não estou numa maternidade. Eu não gosto de trabalhar em maternidade, eu não gosto de trabalhar em hospital psiquiátrico. Eu gosto do que eu faço é um desafio a cada dia. (\*ind\_17; trabalha em

RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Então faço conforme dá, devido a grande demanda, porque abracei de uma forma muito intensa, me identifiquei muito com a reprodução humana assistida, me encontrei como pessoa inclusive. Eu consigo fazer uma coisa que gosto que é interagir, doar, trocar. Apenas sinto falta de conhecimento científico na reprodução humana assistida. (\*ind\_27; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

Eu estou vivenciando o que a prática está me trazendo, porque a demanda é tão grande e eu me apaixonei, e eu não estou conseguindo fazer o que eu devo fazer que é buscar conhecimento científico, ler, estudar, entrar na internet, buscar em congresso, mas me encontrei profissionalmente.. (\*ind\_27; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

Desperta em mim um grande interesse principalmente porque o trabalho com reprodução humana assistida e é uma coisa nova, é instigante. (\*ind\_26; trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho; não católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

O novo normalmente traz inquietações, assim essa barreira do desconhecido parece ter despertado o interesse desses profissionais pela área da RHA. Considerando que as representações sociais sobre a RHA baseiam-se no caminho e solução tecnológica pra a resolução de problemas reprodutivos em mulheres/casais, compreende-se porque os profissionais que trabalham com RHA se sentem motivados com essas novidades, em relação ao grupo que não trabalha com RHA (grupo 1), e por isso se consideram diferenciados.

A classe 5 ficou composta por 74 u.c.e, ou 15,0% desse material de análise no *corpus* e 28,7% do bloco 2. As palavras analisáveis compuseram 82 desse conjunto de vocabulário cortadas esquematicamente no coeficiente de correlação  $\Phi=0,15$ . As variáveis pertinentes a essa classe foram os indivíduos 13, 27 e 05 que não possuíam pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva (Figura 37).

Figura 37 - Esquema representativo da classe 5 referente ao Grupo 2-TRHA

<b>Classe 5</b> <b>Tema: Os serviços de RHA</b> <b>Subtemas: Acessibilidade ao serviço de RHA</b> <b>Subtemas: A diferença do serviço público e privado</b> <b>Subtemas: A questão ética uma necessidade primordial nos serviços de RHA</b>		
<b>74 u.c.e (15,0% do corpus)</b> <b>82 palavras analisadas</b>		
<b>Variáveis</b> <b>* Indivíduo 13</b> <b>* Indivíduo 27</b> <b>* Indivíduo 05</b> <b>* Pós-graduação fora da área de saúde sexual e reprodutiva</b>		
<b>Vocabulário</b> <b>(formas reduzidas)</b>	<b>Vocabulário</b> <b>(formas completas)</b>	<b>Phi</b>
servico_priv	serviço privado	0,40
servico_publico	serviço público	0,30
Fiscaliz	fiscalização, fiscalizar	0,28
Ética	ética, eticamente,	0,26
Fech	fecha, fechada, fechado, fechando	0,26
particular	particular, particulares	0,26
Caro	caro	0,24
Controle	controle, controles	0,24
Loc	local	0,24
Dinheiro	dinheiro	0,24
Errad	errada, erradas, errado	0,23
Clinica	clínica, clínicas	0,21
Condic	condição, condições	0,20
Acess	acessível, acesso	0,19
Serviço	serviço, serviços	0,19
Barat	baratas, baratear, barato	0,18
Privada	privada	0,18
Cobr	cobrado, cobram, cobrir	0,18
Crescer	crescer	0,18
rio_de_janeiro	rio de janeiro	0,18
Pod	pode, podem, podemos, poder	0,17
Rede	rede	0,16
comercio	comércio	0,16
Atu	atua, atuação, atuando, atuar, atuará	0,15
Atend	atender	0,15
Lugar	lugar, lugares	0,15
Maior	maior	0,15

Fonte: A autora, 2015.

Esta classe congrega vocabulários que descrevem a percepção da precária estrutura dos serviços de saúde que agregam assistência em RHA, visto que os entrevistados desse grupo conhecem de perto essa realidade. Dentro desse contexto organizacional dos serviços de saúde foi possível identificar alguns subtemas como a acessibilidade a RHA; as diferenças percebidas entre o serviço público e o privado e as questões éticas que devem estar presentes nesses serviços.

Analisando algumas palavras típicas dessa classe como *caro* ( $\Phi=0,24$ ); *local* ( $\Phi=0,24$ ); *condição* ( $\Phi=0,20$ ); *acesso* ( $\Phi=0,19$ ); *serviço* ( $\Phi=0,19$ ); *barato* ( $\Phi=0,18$ ); *rio de janeiro* ( $\Phi=0,18$ ); *lugar* ( $\Phi=0,15$ ); *atua* ( $\Phi=0,15$ ); *atender* ( $\Phi=0,15$ ), observa-se que os 12 enfermeiros que trabalham com RHA demarcam à questão da desigualdade de acesso/acessibilidade aos serviços que disponibilizam tecnologias reprodutivas para mulheres/casais.

Em geral, as pessoas que buscam tecnologias no serviço público pertencem à classe social mais desfavorecida, do ponto de vista econômico. Esses profissionais consideram que a assistência reprodutiva para fins conceptivos trata-se de um tipo de cuidado de saúde no qual só quem tem condições financeiras tem acesso, portanto, não é um direito vivenciado pela maioria da população. As u.c.e transcritas a seguir são muito expressivas a esse respeito.

Só para quem tem condição de fazer os tratamentos, quem não pode não tem acesso. Porque no particular não tem nenhum convênio, então só quem tem recursos e dinheiro é que consegue ir num local desses. (\*ind\_17; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

No Rio de Janeiro poucos locais só no instituto, e não sei se o hospital universitário estadual faz. Não sei se tem outro local, um lugar específico. Então, ainda tem que crescer muito, tem que evoluir muito mais, tem que começar abrir mais porta, ter mais profissionais, laboratório e ter mais condição de tudo. (\*ind\_05; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

Tudo é muito caro. É uma coisa muito fechada, é para poucos. O pobre não tem direito. Infelizmente não é para pobre, não dá, não tem como, é tudo muito caro. (\*ind\_26; trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho; não católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Esse grupo de entrevistados, ao tratarem as dificuldades de acesso aos serviços e bens relativos à RHA, expõem a íntima relação das biotecnologias reprodutivas com as demandas de mercado, como um desejo de consumo da atualidade. Os entrevistados percebem que a busca por essas tecnologias tem aumentado, inclusive em camadas mais desfavorecidas economicamente, porém por ainda ser um serviço de alto custo, acaba limitando o acesso a

todos que necessitam desse tipo de assistência.

Diante da dificuldade de acessibilidade, principalmente pelo fator financeiro, outro ponto de destaque entre os 14 entrevistados foi à diferença existente entre os serviços públicos e privados que ofertam as biotecnologias reprodutivas. As palavras *serviço privado* ( $\Phi=0,40$ ); *serviço público* ( $\Phi=0,30$ ); *particular* ( $\Phi=0,26$ ); *fechado* ( $\Phi=0,26$ ); *dinheiro* ( $\Phi=0,24$ ); *clínica* ( $\Phi=0,21$ ); *condição* ( $\Phi=0,20$ ); *privada* ( $\Phi=0,18$ ); *crescer* ( $\Phi=0,18$ ); *rede* ( $\Phi=0,16$ ) e as u.c.e abaixo elucidam essa análise.

A reprodução humana assistida não é divulgada no serviço público, além de não ter incentivo, não tem verba para cobrir essa parte. (\*ind\_26; trabalha em RHA; sexo masculino; não possui filho; não católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

O serviço público ainda tem muito que crescer, está engatinhando na reprodução humana assistida, não tem incentivo do governo, os especialistas estão funcionando nas suas clínicas privadas, mas não no serviço público. (\*ind\_29; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Para esses enfermeiros, o grande problema do não crescimento da RHA nos serviços públicos se deve ao descompromisso governamental, que não investe recursos financeiros e nem capacita pessoal, conforme diretriz da política pública em RHA, a PNRHA, que está em vigência desde 2005, com o objetivo de diminuir as desigualdades entre os níveis de complexidade de assistência em RHA.

Essa análise também apareceu no grupo 1, de profissionais que não trabalham com RHA, parecendo ser uma representação hegemônica neste estudo, ou seja, perpassa por todos os profissionais entrevistados, sejam os que lidam diretamente com as biotecnologias e os que não lidam.

Inclusive, essa representação aparece quando os 14 entrevistados comparam o acesso aos serviços públicos nas principais cidades brasileiras, entre Rio de Janeiro e São Paulo, ficando a capital carioca sem representatividade de serviços públicos de excelência em RHA. No entanto, a capital paulista é reconhecida pelos enfermeiros como tendo o único serviço público do país de excelência, que oferta, integralmente, o protocolo completo de RHA, ou seja, totalmente custeado com verba pública. Para facilitar a compreensão, destaca-se a u.c.e do indivíduo 5, um dos representativos dessa classe:

Eu sei que aqui no Rio se realizam as inseminações, os controles com ultrassonografia e medicações. Existem medicações para a mulher ovular. Fertilização não se faz aqui, mas se faz em São Paulo. Fertilização não tem no serviço público do Rio de Janeiro, mas fertilização em serviço particular tem muito

no Rio de Janeiro. (\*ind\_05; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

A questão de desigualdade de acesso apontada no discurso desses participantes quanto às dificuldades enfrentadas pelos possíveis candidatos às técnicas reprodutivas, releva a faceta das vulnerabilidades que mulher/casal confrontam quando buscam realizar o projeto para construção familiar, que podem ser observadas na ligação das palavras *acesso-caro-clínica-particular* presente na CHA (Figura 38).

Figura 38 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Esses profissionais (11) acreditam que o mercado, sensível às demandas de consumo da sociedade quanto ao filho biológico, vem produzindo estratégias de financiamento privado para atender as camadas mais desfavorecidas economicamente, numa perceptiva de popularizar as tecnologias reprodutivas e assim aumentar o acesso, pela lógica econômica, a esse serviço. Como pode ser observado nas u.c.e relativas ao indivíduo 18 que trabalha em instituição privada e também no indivíduo 05.

Têm muitas clínicas. Eu lembro quando eu comecei aqui tinham poucas clínicas. O tratamento não é pra todo mundo, mas nós temos o projeto acesso para pessoas de baixa renda, pessoa com renda inferior a sete salários-mínimos faz pelo projeto, tem em nosso site, preenche o formulário e depois de ser liberado vem para clínica. (\*ind\_18; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

O que sei é que a reprodução humana assistida estará cada dia mais popular e divulgada, está em crescimento, em desenvolvimento. Penso que futuramente irá baratear, aí várias pessoas, todo mundo vai ter acesso. (\*ind\_05; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

Os temas bioéticos podem ser observadas através dos vocábulos *fiscalizar* ( $Phi=0,28$ ); *ética* ( $Phi=0,26$ ); *controle* ( $Phi=0,24$ ); *errado* ( $Phi=0,23$ ); *comércio* ( $Phi=0,16$ ); *atua* ( $Phi=0,15$ ) e *atender* ( $Phi=0,15$ ), que remetem a preocupação de 13 enfermeiros, com as questões éticas institucionais, profissionais e até individuais relacionadas aos limites

reprodutivos envolvidos na RHA, como pode ser observado nas próximas u.c.e:

Não pode ter serviço que só vise o lucro, a parte financeira, o dinheiro e ser apenas um negócio. Se os profissionais não forem qualificados, a equipe não for treinada, e a ética profissional não for levada em conta, estará tudo perdido. (\*ind\_13; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

Uma fábrica de dinheiro, eu tenho preocupação, pois é muito dinheiro, um comércio na realidade, e, às vezes, sem nenhuma ética. (\*ind\_17; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

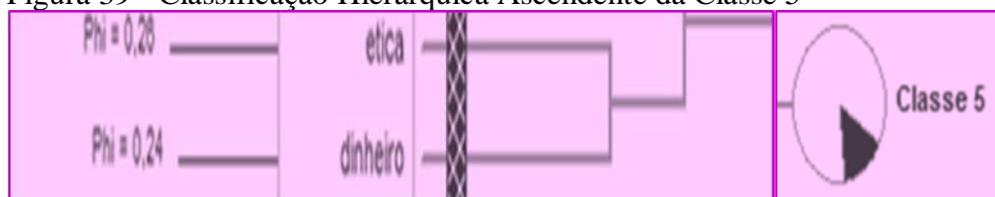
Alguns estão usando a reprodução humana assistida de forma errada, sem ética, quando estão nas mãos de pessoas erradas. Uma coisa boa que veio para somar e ajudar no tratamento de quem tem dificuldade para ter filhos, mas em mãos erradas pode se tornar algo perigoso, por isso é necessário uma legislação, regulamentação e fiscalização. (\*ind\_14; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Às vezes é muito mecanizada nesse serviço, não deveria ser, mas o número de usuários é muito maior, a demanda é muito maior que a capacidade, então para atender todo mundo a consulta começa ser mecanizada para atender a todos. (\*ind\_04; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Ouvindo essas situações, é preocupante, pois é caro e tem a questão ética preocupante. Temos que ser ético em tudo. (\*ind\_29; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui vivência/experiência com RHA).

Essa perspectiva também pode ser visualizada na próxima CHA (Figura 39) diante da forte ligação entre as palavras *ética-dinheiro*:

Figura 39 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Para esses entrevistados, as biotecnologias reprodutivas não possuem legislação própria no país, apenas direcionamento do CFM, nem tampouco fiscalização adequada, logo consideram que os usuários de RHA podem ficar vulneráveis a condutas equivocadas quando caem em “mãos erradas”, ou seja, de maus profissionais.

Outra preocupação refere-se ao envolvimento da assistência em RHA com o sistema

privado de saúde, que se impõe através de regras mercadológicas lucrativas, correndo o risco das questões éticas exigidas da reprodução assistida serem deixadas para segundo plano, apesar desse grupo considerar a RHA uma solução que veio ficar e para ajudar casais que vivem a situação de infertilidade.

Com isso, os entrevistados ao abordarem as preocupações éticas percebem as fragilidades que mulher/casal estão sujeitos, nas complexas e implícitas relações existentes entre desejos, sonhos e mercado financeiro.

Essas preocupações bioéticas se deparam com o discurso do indivíduo 13 que relembrou o grande escândalo envolvendo um dos ex-especialistas em RHA mais expoentes e polêmicos do Brasil, acusado, inclusive, de violência sexual contra parte de sua clientela. Esse escândalo veio à tona em 2008, e gerou representações negativas sobre a RHA, que ainda perduram na memória social, visto que as questões advindas daquelas acusações, como o destino de embriões, ainda são pontuadas pelas mídias sociais.

Isso pode ser explicado quando tomamos como referência a fala de Moscovici (2012) que nos diz que toda construção de conhecimento na ciência e do pensamento leigo não surge num vazio são elaborados e se retroalimentam mediante conhecimentos e ideias anteriores e memórias coletivas. Logo a lembrança negativa dessa memória social a respeito de um dos maiores ícones em RHA, desestabiliza o discurso reificado que esse profissional representava. Segue exemplo na u.c.e:

Tinha aquele médico famoso que fazia inseminação em São Paulo, teve o serviço fechado, por conta do transcurso dos procedimentos. Não sei se continua preso. Quando as pacientes estavam anestesiadas ele abusava delas e fertilizava ao vivo, é um absurdo. Total falta de ética. O problema que fez muita gente ir contra a reprodução humana assistida. (\*ind\_13; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

O problema não está na reprodução humana assistida e sim no caráter do médico, do criminoso que fazia aquilo. Então se o serviço de reprodução humana assistida no serviço privado não tiver uma legislação própria, uma fiscalização, não tiver um respaldo legal, se não for ético, você está sujeito a essas coisas. (\*ind\_13; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

No entanto, apesar da preocupação com a questão ética, os enfermeiros desse grupo destacaram, numa atitude defensiva, que tanto as instituições que trabalham como sua própria prática/atuação são baseadas na ética, como podemos verificar nas u.c.e do indivíduo 27.

Aqui eu tenho tranquilidade porque sei a ética do meu serviço e do meu trabalho.

Tem o sêmen, tem os óvulos e vários casais. O que pode ser feito? O que a condição humana pode fazer? Fazemos tudo, mas com a ética em primeiro lugar. (\*ind\_27; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

No meu serviço que é privado quando se tem essa autonomia, você pode lançar mão e eu graças a Deus consegui. No meu serviço tem as restrições éticas, até onde você pode ir, tudo dentro da ética profissional. (\*ind\_27; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui vivência/experiência com RHA).

A classe 6 representa a última produzida pelo Alceste para o bloco temático 2 do grupo 2. Essa classe se separou por último, juntamente com a classe 5, que leva a inferir a existência de grande ligação entre seus os universos lexicais. Ficou estruturada com 41 u.c.e, representando 8,0% do *corpus* e 15,9% do bloco temático 2, no qual emergiram 76 palavras analisáveis que foram cortadas no coeficiente de correlação  $\Phi=0,16$ . As variáveis apontadas pelo Alceste representadas para essa classe ficaram relacionadas aos indivíduos 04 e 18 (Figura 40).

Figura 40 - Esquema representativo da classe 6 referente ao Grupo 2-TRHA

<p style="text-align: center;"><b>Classe 6</b>  <b>Tema: Prática do enfermeiro nos serviços de RHA</b>  <b>Subtema: Intersubjetividade do cuidado</b>  <b>Subtema: Cotidiano profissional: capacitado pela prática</b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>41 u.c.e (8,0% do corpus)</b>  <b>76 palavras analisadas</b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>Variáveis:</b>  <b>*indivíduo 04</b>  <b>*indivíduo 18</b></p>		
Vocabulário (formas reduzidas)	Vocabulário (formas completas)	Phi
Cuidad	cuidado, cuidador, cuidadoso	0,34
Gravid	grávida, gravidez,	0,32
Resultado	resultado	0,31
Diferente	diferente	0,27
Humaniz	humanização, humanizada, humanizado,	0,27
Ambulatori	ambulatorial, ambulatório	0,27
reproducao_hu	reprodução humana	0,27
Qualidade	qualidade	0,26
Acompanh	acompanha, acompanhada, acompanhando, acompanhar	0,24
Igu	igual	0,23
Explic	explicar, explico	0,23
Acolhimento	acolhimento	0,23
Final	final	0,21
Protocolo	protocolo, protocolos	0,21
Ultrassonografia	ultrassonografia	0,21
Processo	processo	0,21
Consulta	consulta, consultas	0,20
Cuid	cuidando, cuidar	0,19
Presente	presente	0,19
Diferenci	diferenciada, diferenciado	0,19
Ia	ia	0,16
Olh	olhar	0,16
Tir	tira, tirava	0,16
Acolh	acolher	0,16
Estej	esteja	0,16
Acolhedor	acolhedor	0,16
Paciência	paciência	0,16

Fonte: A autora, 2015.

Para essa classe, a análise do universo lexical imprimiu o aspecto atribuído à prática/cuidado do enfermeiro em RHA. A dimensão prática emergiu de um cotidiano real e vivido pelos atores sociais entrevistados, numa área de trabalho nova e enriquecida de dilemas, principalmente éticos, que sobremaneira exige posicionamento e atitude desse profissional.

No que tange aos discursos dos participantes, quanto à percepção do cuidado de enfermagem em RHA, as palavras *cuidado* ( $\Phi=0,34$ ); *diferente* ( $\Phi=0,27$ ); *humanização* ( $\Phi=0,27$ ); *reprodução humana* ( $\Phi=0,27$ ); *qualidade* ( $\Phi=0,26$ ); *acompanhar* ( $\Phi=0,24$ ); *explicar* ( $\Phi=0,23$ ); *acolhimento* ( $\Phi=0,23$ ); *processo* ( $\Phi=0,21$ ); *consulta* ( $\Phi=0,20$ ); *presente* ( $\Phi=0,19$ ) e *paciência* ( $\Phi=0,16$ ) ilustram a dimensão prática do cuidado no aspecto da subjetividade da relação interpessoal entre profissional e clientela.

Esse grupo descreve a dimensão prática do seu cuidado à clientela, que busca

tecnologias reprodutivas, como uma atuação diferenciada de qualquer outra atividade do enfermeiro. Nesse sentido, os entrevistados ressaltam que esse enfermeiro realiza todo o acompanhamento do processo da biotecnologia, por isso, além de entender cada caso, ter conhecimento técnico de todo o processo de RHA, são profissionais humanizados, pacientes e envolvidos com o que fazem.

O aspecto humano, no tocante às relações afetivas interpessoais entre profissional e cliente também foram bastante enfatizadas por 13 entrevistados, como pode ser visualizado nas u.c.e, inclusive dos indivíduos 4 e 18 que são os representativos dessa classe:

O enfermeiro tem que ser paciente, humano, respeitar muito aquele casal. Na reprodução humana assistida ele acaba sendo diferente pela clientela que ele tem. Ele tem que ter muito mais paciência, ser mais humanizado pela dificuldade que é o ambulatório, pela dificuldade que ele acompanha todo dia no processo da reprodução assistida. É aquele que sabe das dificuldades das pessoas, e tem que entender cada caso para poder atuar (\*ind\_04; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Pode dar uma palavra de força. Me sinto útil, muito útil, sei que sou a peça fundamental de toda a assistência da Reprodução humana assistida. Quando tem os casos positivos de gravidez me sinto útil, porque foi meu trabalho junto com toda equipe. Foi bacana deu um resultado legal, e até nos casos em que não ocorre gravidez também, sei que fiz o meu melhor. (\*ind\_04; trabalha em RHA; sexo feminino; não possui filhos; católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

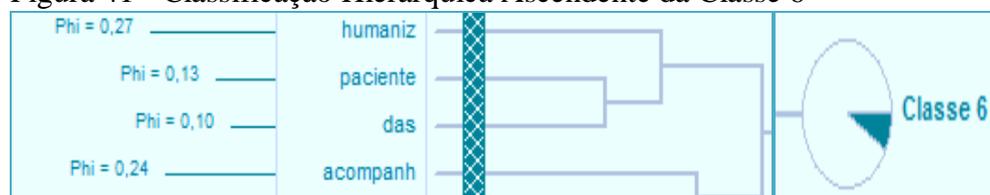
Qualidade é resultado, mas principalmente é cuidado. Me realizo ajudando os casais nessa situação, e a prática me ajuda todos os dias. Tem que ter muita sensibilidade, paciência com a paciente que normalmente é muito carente, tem que ter sentimento com esse tipo de paciente, para explicar as coisas tem que ter tranquilidade, segurança, acolhimento e saber bem o que está fazendo. (\*ind\_18; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Faço uma orientação, porque elas chegam muito desorientadas. O enfermeiro deve ser quem acompanha todo o processo, então devemos entender muito de todo o processo e nos envolver com toda a situação. Então, passando antes por um enfermeiro, numa triagem, com orientação do enfermeiro para conversar com o casal, ajuda muito explicar e acompanhar todo o procedimento de reprodução humana assistida. Então o enfermeiro tem papel muito importante e fundamental dentro da RHA. (\*ind\_29; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filhos; católica; possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Tenho certeza que ajuda no tratamento de reprodução humana assistida acolher também a pessoa que ela escolheu para ficar ao lado durante os procedimentos. Já vimos vários casos desse no ambulatório de reprodução humana. Então o acolhimento do enfermeiro pra mim é fundamental, principalmente dentro da reprodução humana assistida. Ele é diferente. (\*ind\_14; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

A dimensão subjetiva do cuidado pode ser observada na CHA diante da ligação das palavras *humaniza-acompanha-paciente* (Figura 41).

Figura 41 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Os trechos das entrevistas revelam a expressão subjetiva do cuidado de enfermagem à mulher/casal que busca por atendimento especializado em RHA. Para esses profissionais cuidar dessa clientela, mesmo num ambiente altamente tecnológico, significa utilizar uma linguagem não-verbal de empatia, esperança, confiança e respeito às demandas biopsicossociais e até espirituais dessas pessoas.

Essa perspectiva de cuidado encontra conformidade nas considerações de Vale e Pagliuca (2011), que consideram o cuidado de enfermagem a função precípua do enfermeiro, baseado na promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação e reabilitação da saúde, no entanto, esses processos de saber-fazer enfermagem devem considerar os fatores subjetivos inseridos no cuidado de enfermagem como as vivências/experiências do profissional, assim como o contexto histórico-cultural que a profissão está inserida.

Além dessa dimensão afetiva e subjetiva do cuidado, os entrevistados ressaltam que o enfermeiro de RHA é o profissional “carro chefe” da assistência reprodutiva, mesmo não sendo o profissional que realiza as indicações clínicas e medicamentosas (médico) e nem manipula as tecnologias laboratoriais (biólogo), mas é o profissional que primeiro acolhe e acompanha a evolução física e psicológica do mulher/casal, também aconselha, explica e aplica as medicações, verifica os efeitos do mesmo, e se coloca muito disponível para esclarecer dúvidas, ou seja, permite ser contatado em horário e dias ampliados pela clientela, além de muitas outras atividades. Neste sentido, infere-se que o enfermeiro seria o “elo” entre a tecnologia/medicalização e a humanização/acolhimento da RHA, evidenciando esse papel dentro do circuito das biotecnologias reprodutivas.

Desta forma, esse grupo de pertença, aqui representado pelos enfermeiros que atuam diretamente com RHA, define as condições de representatividade de saber do enfermeiro sobre as biotecnologias reprodutivas, corroborando com Jovchelovitch (2011, p.175) “que o saber sobre algo, também representa as pessoas que os possuem e os usam”. Essa

representação da intersubjetividade do cuidado do enfermeiro em RHA encontra sustentação na figura-tipo, relacionada a esse profissional como dedicado, estudioso, envolvido e ético, evidenciado na classe 01.

No entanto, 14 entrevistados, a representação da atuação do enfermeiro na perspectiva da subjetividade do cuidado necessita do embasamento técnico-científico, ou seja, pautar sua prática na cientificidade (universo reificado) acerca de RHA, visto a inserção profissional nesse contexto altamente tecnológico, de modo a acompanhar, da melhor maneira, os avanços e as novas biotecnologias reprodutivas, como evidenciado nas palavras *ambulatório* ( $\Phi=0,27$ ); *reprodução humana* ( $\Phi=0,27$ ); *qualidade* ( $\Phi=0,26$ ); *protocolo* ( $\Phi=0,21$ ); *ultrassonografia* ( $\Phi=0,21$ ); *processo* ( $\Phi=0,21$ ); *consulta* ( $\Phi=0,20$ ); *presente* ( $\Phi=0,19$ ) e *diferenciado* ( $\Phi=0,19$ ), como as u.c.e demonstram.

Depois dos exames e do diagnóstico, os protocolos antagonistas ou agonistas passam por mim. Eu explico todo o protocolo. Paciente com mais de quarenta anos, baixa reserva ovariana, usa protocolo agonista que melhora a estimulação ovariana. Protocolo antagonista para paciente que tem reserva folicular boa ou média. Sou eu que controlo e acompanho tudo isso. (\*ind\_18; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

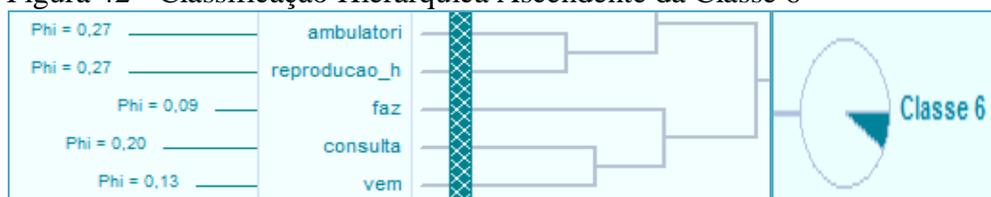
Paciente menstruou então me liga. Digo vem fazer a ultrassonografia, prescrevo o FSH para estimular folículos, depois dez dias fazendo o uso de FSH depois o antagonista para bloquear e no final no décimo dia fazer o BetahCG para ovular e vem no décimo terceiro. (\*ind\_18; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Nós fazíamos o PGD, que é análise do embrião, no dia um mais três, que dificultava o resultado de gravidez, porque nessa etapa são poucas células, então tirava um pedacinho do embrião e o embrião degenerava. (\*ind\_18; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho; católica, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Você tem que fazer muito bem o seu trabalho, pois qualquer erro seu pode levar ao insucesso. Por isso tem que fazer só aquilo, tudo pautado em conhecimento científico, não em achismo. Primeiro você tem que ter processo de enfermagem dentro da reprodução humana assistida, que não é igual a qualquer outro, é específica, que engloba consulta, um prognóstico, um processo de enfermagem completo. (\*ind\_15; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

O cuidado de enfermagem na concepção do fazer mais técnico e protocolar pode ser evidenciado através das palavras ligadas *vem-fazer-consulta-ambulatório-reprodução humana* presente na CHA (Figura 42).

Figura 42 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6



Fonte: Relatório Alceste, 2015.

Nessa linha de pensamento, os entrevistados novamente pontuam a falta de aporte teórico-acadêmico sobre RHA na graduação, especialização, e até nos programas de pós-graduação, como foi identificado na classe 01 a necessidade da informação, nesse caso a respeito da cientificidade em RHA.

A busca por conhecimento se dá na maioria das vezes por iniciativas individuais e no próprio cotidiano de trabalho, demonstrando, com essa iniciativa e desbravamento, ao construírem um campo de saber próprio do enfermeiro em RHA, que lhes confere reconhecimento dentro da equipe multiprofissional que trabalha com RHA.

O campo das biotecnologias encontra-se bastante avançado, inclusive no Brasil, contudo ainda é uma área relativamente nova se comparada a outras gerações de bens de consumo em saúde, com isso todos os enfermeiros entrevistados, 14 se consideraram pioneiros nesse tipo de assistência em saúde sexual e reprodutiva, visto que são capacitados no cotidiano laboral, e ressaltam esse aspecto como fonte de satisfação trabalhar em algo tão novo e desafiador.

Sendo assim, o arcabouço teórico e prático advindo do cotidiano laboral desses profissionais, confere subsídios para considerarem à assistência ao pré-natal de uma gestação advinda de RHA, como um cuidado que pode e deve ser incorporado a prática/cuidado do enfermeiro, que podem vistas nas palavras *cuidado* ( $Phi=0,34$ ); *gravidez* ( $Phi=0,32$ ); *resultado* ( $Phi=0,31$ ); *reprodução humana* ( $Phi=0,27$ ); *acompanhar* ( $Phi=0,24$ ) e *igual* ( $Phi=0,23$ ), e também nas u.c.e.

Mesmos cuidados de uma gravidez normal como qualquer outra, toca a vida numa boa. O cuidado de enfermagem é normal, sem nenhuma característica particular. (\*ind\_16; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho (os); não católico; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Normal, depois que está grávida é igual, não tem nada demais. O cuidado que se tem numa gravidez comum será igual a uma gravidez de reprodução humana assistida. Depois que o processo da nidação de fato ocorreu, acabou, é uma gestação normal, e o enfermeiro está totalmente capacitado para acompanhar. (\*ind\_16; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho (os); não católico; pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

A gravidez não é igual às outras, tem que ter um cuidado próprio do enfermeiro que acompanhar, mas ele pode acompanhar sem problemas, pois não acredito que a reprodução humana assistida, seja só fazer engravidar, mas sim ter o filho, terminar a história com êxito. (\*ind\_15; trabalha em RHA; sexo masculino; possui filho; católico, não tem pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; não possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Deve ser encaminhada para um serviço de obstetrícia para acompanhar normalmente sua gravidez. Penso que o cuidado que deve ter a mais é lembrar sempre que se trata de uma gravidez que veio pela reprodução humana assistida, ou seja, é uma gravidez muito desejada e que com certeza tem história complicada por trás. É isso que o enfermeiro tem que se atentar, mas pode acompanhar sem problemas. (\*ind\_14; trabalha em RHA; sexo feminino; possui filho (os); católica; não possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva; possui experiência com infertilidade e/ou RHA).

Apesar do consenso, desses enfermeiros, ao entenderem que a gravidez advinda da RHA trata-se de uma gestação diferenciada, visto os aspectos psicossociais envolvidos, como destacada pelos indivíduos 15 e 14. Nesse sentido, todos os enfermeiros que trabalham diretamente com as biotecnologias reprodutivas são favoráveis e acreditam que o enfermeiro tenha competência para acompanhar esse pré-natal. Acreditam que mesmo necessitando de alguns cuidados mais específicos, principalmente na perspectiva psicossocial por ser uma gravidez muito batalhada e desejada, a gravidez tem todas as possibilidades de se desenvolver dentro do esperado de uma gestação normal, tendo o enfermeiro como profissional cuidador desse processo e momento ímpar na vida de uma família.

A ligação das palavras *gravidez-processo-seja-cuidado-igual* reforçam a atuação do enfermeiro nesse pré-natal, presentes na CHA (Figura 43).

Figura 43 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6



Fonte: Relatório Alceste 2015.

## 6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE RHA

### 6.1 CAMPO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA RHA PELOS ENFERMEIROS QUE NÃO LIDAM COM BIOTECNOLOGIAS REPRODUTIVAS

Os resultados encontrados nesse grupo, após aplicação e triangulação na análise dos dados forma provenientes, inicialmente, do perfil socioeconômico e demográfico associados aos resultados oriundos do Teste ALI “Reprodução Humana”/“Reprodução Humana Assistida” e das palavras e u.c.e geradas pelo processamento das entrevistas no software Alceste, permitiu desvelar o campo representacional a respeito de RHA, ou “o que se pensa e como age” o grupo de enfermeiros que não trabalham diretamente com RHA sobre o objeto em questão.

Nesse sentido, faz-se necessário, inicialmente, descrever as principais variáveis psicossociais detectadas nos profissionais pertencentes a esse grupo, para que se possa identificar as dimensões “quem” e “onde” surgem as representações sociais.

Esse grupo ficou composto por 16 enfermeiros que não atuam em RHA. Para análise do campo representacional, nem sempre o total (soma) de profissionais será equivalente, em virtude de tratar-se de uma abordagem quantitativa dos entrevistados a respeito de RHA, logo se baseia na utilização da similitude de palavras que se unem para completar uma ideia ou pensamento sobre algo.

Desse modo, foi possível identificar, a partir da aplicação do perfil socioeconômico e demográfico, as principais características desse grupo quanto aos dados pessoais, a saber: a preponderância do sexo feminino (93,75%); metade (50,00%) se autodeclararam brancas e com filhos; pertencentes a uma faixa etária mais jovem, de até 45 anos (75,00%) e que se declararam em sua maioria casadas/união estável (68,75%) e seguidoras do catolicismo (62,50%).

Quanto às variáveis acadêmicas, grande parte está graduada há mais de 15 anos (56,25%) e com pós-graduação Lato Sensu relacionada à área de saúde sexual e reprodutiva (93,75%); no entanto, a maioria das entrevistadas (56,25%) referiu que nunca receberam conteúdo teórico/prático sobre RHA nas diferentes instâncias acadêmicas que frequentaram. Na variável profissional, 75,00% revelaram trabalhar em mais de um emprego, sendo todos (100,00%) no setor público.

Como variável econômica, apresentam renda individual concentrada acima de 8 SM

(56,25%) e renda familiar abaixo de 13,8 SM (62,50%). A internet foi citada como principal fonte de informação para atualização de assuntos relacionados ao cotidiano (68,75%) e sobre RHA (50,00%). Alguns enfermeiros (12,50%) e seus amigos/familiares (68,75%) já buscaram o aparato biotecnológico para resolução de demandas reprodutivas.

Para esse grupo, mais precisamente para 14 entrevistados, a reprodução humana ficou expressivamente ligada aos aspectos da natureza humana, ou seja, remetem sentido de naturalidade, como um evento biológico aguardado e designado à esfera humana. Desse modo, para o mesmo quantitativo de enfermeiros (14), o filho biológico se configura como elemento organizativo para atender as noções socioculturais de família, que aqui se apresentam calcadas no padrão nuclear clássico de família, representado por homem-mulher-criança(s) ou pai-mãe-filho(s).

Essa representação pode estar correlacionada ao perfil das entrevistadas, em sua maioria mulheres casadas, com filho(s) e católicas, no qual inferimos que carregam o peso da tradição sociocultural direcionada para essa clássica formação familiar. A expressiva representatividade de seguidoras do catolicismo nesse grupo corrobora na influência formal de dogmas religiosos, visto que o catolicismo se posiciona claramente favorável a reprodução humana, enquanto processo de naturalização da concepção para fins reprodutivos, principalmente para composição familiar. Além disso, a maioria das denominações religiosas descritas pelos entrevistados, principalmente o catolicismo, representam a vida humana como algo “intocável”, visto que se trata de um dom divino.

Dentro dessa lógica, para 10 componentes, a interferência tecnológica da RHA, no contexto da concepção, emerge como algo perturbador, quanto utilizada para atender demandas reprodutivas, devido à percepção da excessiva interferência externa na vida humana, como acontece na doação de gametas, congelamento de gametas e embriões, na barriga solidária, assim como em outras “manipulações” do material genético humano. Para esse grupo, as biotecnologias devem ser aplicadas e pensadas no contexto da dificuldade reprodutiva, como a infertilidade, e não deve ser aplicada para atender novas configurações familiares que fujam ao modelo conceptivo tradicional.

Essa representação de perturbação e conflito da RHA, face às dificuldades reprodutivas que ocorrem na mulher/casal, conduz a concentração de esforços nas tentativas mais espontâneas e naturais para engravidar. No período em que são “tentantes” buscam concretizar a gravidez, assim nessa fase estipulam prazos e fazem pactos pessoais/familiares no intuito de encontrar solução para o desejo reprodutivo. Para os entrevistados, o “tempo” se tornou um inimigo real para essas tentantes, visto que na maioria das vezes coincide com a

diminuição do relógio biológico da fertilidade feminina, principalmente na atualidade onde a mulher posterga a gravidez.

A adoção de uma criança, para 10 enfermeiras, é encarada como algo factível e natural como solução para casos em que não se conseguiu engravidar. Revelando, dessa maneira, a dimensão prática para resolução dessa demanda reprodutiva, ou seja, a partir da representação social que se tem da RHA como algo antinatural, esses profissionais buscam soluções que atendam a representação do natural, de forma que não desestruture o senso comum referente à concepção da origem da vida humana. Assim, é possível identificar claramente a representação social da RHA, visto que é exatamente esse pensar e agir dentro de uma lógica própria.

Nesse caso, para os entrevistados, a criança adotada não está sujeita a conflitos relacionados à concepção, visto que foi gerada pelos métodos tradicionais, aceitáveis e conhecidos de reprodução humana, ou seja, através da relação sexual homem-mulher. Logo, não haverá dúvidas quanto à interseção humana na natureza biológica dessa criança, ainda que sua origem e seus genitores não sejam conhecidos, essa dimensão prática atende os mais variados contextos religiosos e sociais.

Esse encadeamento de sentidos leva uma parte desse grupo (10 enfermeiros) a pensar que RHA não é a solução para demandas reprodutivas, baseada nas representações naturais do senso comum de reprodução humana, vista como algo intocável e que não deve ser manipulado em excesso pela intervenção médico-tecnológica da ciência. Esse grupo, leva em consideração o excesso de medicalização no processo conceptivo e no corpo da mulher que podem causar prejuízos à saúde feminina e fetal.

Esse grupo, por razões óbvias, está distanciado da RHA, e as informações sobre biotecnologias reprodutivas são advindas do senso comum, e, na maioria das vezes, suficientes para dar conta do cotidiano laboral para 13 enfermeiros.

O assentamento a respeito da dimensão da informação sobre RHA ocorre principalmente através do senso comum, ou seja, principalmente pela internet, mas as mídias televisivas apresentam grande poder de difusão de informação em nosso meio, haja vista as novelas que muitas vezes abordam, em formato de drama, a temática da RHA. Vale esclarecer, que durante a coleta de dados estava no ar uma novela em horário nobre “Amor à vida”, cujo casal homoafetivo masculino havia recorrido à RHA para gestar um filho numa barriga solidária. Esse drama televisivo foi muito criticado e tido como inaceitável pelos entrevistados, trazendo à tona, mais uma vez, as inquietações que a RHA pode gerar frente a algo que era até então intocável e incontestável, a reprodução humana.

Ainda no tocante à dimensão da informação, seis enfermeiros pontuaram sobre a carência de informação acadêmica sobre RHA, seja nas universidades ou nos conselhos de classe. Apesar de identificarem essa falta de informação científica como uma falha no arsenal teórico sobre RHA, essa dimensão não é capaz de gerar um grande impulso pela busca de conhecimento, em virtude dessa temática não ter aderência com seu trabalho. Nesse sentido, 12 profissionais consideram que as informações sobre RHA advindas do senso comum são suficientes para seu cotidiano laboral, reforçando o que afirma Moscovici (2012) que a representação social busca explicação para um fenômeno e está ligada ao cotidiano e a realidade das pessoas.

No que tange a inserção ao mercado de trabalho esse grupo está inserido exclusivamente no setor público, e dessa forma 12 indivíduos relataram, diante da vivência no cotidiano de trabalho, a dificuldade de acesso da população à rede de saúde pública que contemple atenção em RHA.

No entanto, ao aprofundar nos discursos dos profissionais foi observado que a maioria (14 enfermeiros) faz a distinção entre serviço público x serviço privado, no tocante a quantidade de oferta e qualidade dos serviços de RHA. Pelo reconhecimento da realidade do serviço pública nas questões conceituais, esses enfermeiros compreendem que o serviço privado comporte profissionais tecnicamente mais capacitados para lidar com RHA, diante do alto investimento científico e financeiro desse setor na área das biotecnologias reprodutivas.

Quanto ao aspecto financeiro, esses profissionais referem preocupação com a mulher/casal que busca RHA, pois a ausência do Estado conduz essas pessoas à submissão das regras de mercado, no tocante a oferta/procura desse serviço de saúde, pois se trata de um tipo de tecnologia que exige alto investimento, logo esse repasse financeiro para clientela é inevitável.

O mesmo quantitativo de enfermeiros também compara a qualidade e a oferta dos serviços de RHA entre os estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Ficando o Rio de Janeiro abaixo da expectativa em termos de capacitação técnica dos profissionais, principalmente do serviço público, e de oferta de serviços com baixa acessibilidade e poucos recursos biotecnológicos em RHA. O estado de São Paulo desponta, para esses profissionais, em termos de representação como um serviço mais avançado e com mais oferta principalmente na instância pública.

Essa ausência de políticas públicas voltadas para as questões reprodutivas em RHA, principalmente no Rio de Janeiro, local onde se realizou pesquisa, colabora para não inserção do enfermeiro nesse contexto assistencial, distanciando esse profissional da capacitação

técnica e das reflexões críticas a respeito da temática. De certo modo, influencia no afastamento do enfermeiro que trabalha com saúde sexual e reprodutiva da RHA, visto que não apresenta conexão com seu cotidiano.

No tocante à dimensão prática em RHA, 13 enfermeiros destacaram que não há uma atuação para o enfermeiro nesse campo. O cuidado de enfermagem nessa situação ficou desconhecido e distante, diante da ausência de especificidade da prática desse profissional em RHA. Devido a ser um campo absolutamente medicalizado e tecnológico não foi considerado um campo para atuação do enfermeiro, mas principalmente do médico, como se a enfermagem estivesse apenas preparada e apta a lidar com os aspectos da natureza quando se fala em reprodução. Mais uma vez aqui, reforça-se a representação da RHA como algo antinatural.

Assim, a não elaboração mental de uma prática social que seja específica do enfermeiro que atua em RHA, conduziu 13 profissionais a destacarem a prática generalista do enfermeiro, ou seja, as conhecidas atividades de acolhimento, orientação e até mesmo as funções administrativas e burocráticas desempenhadas por esses profissionais.

Sobre as gestações advindas de RHA, 11 enfermeiros desse grupo ficaram receosos e com dúvidas quanto a capacidade em realizar esse cuidado de pré-natal, visto que consensualmente, para o grupo, trata-se de uma gestação de risco devido a excessiva manipulação e medicalização.

A maioria dos enfermeiros desse grupo possui pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva (62,50%), logo o cuidado de enfermagem ao pré-natal de gestações de baixo risco, ou como elas mesmo destacam “gestações normais”, se caracteriza como uma situação concreta e corriqueira no cotidiano desses profissionais, visto que possuem competências essenciais esperadas para esse tipo de assistência. No entanto, os entrevistados destacam que a gestação advinda da RHA, refere-se a um segmento de gravidez fora dos padrões de normalidade, por isso se sentem desconfortáveis e inseguros em acompanhar esse pré-natal.

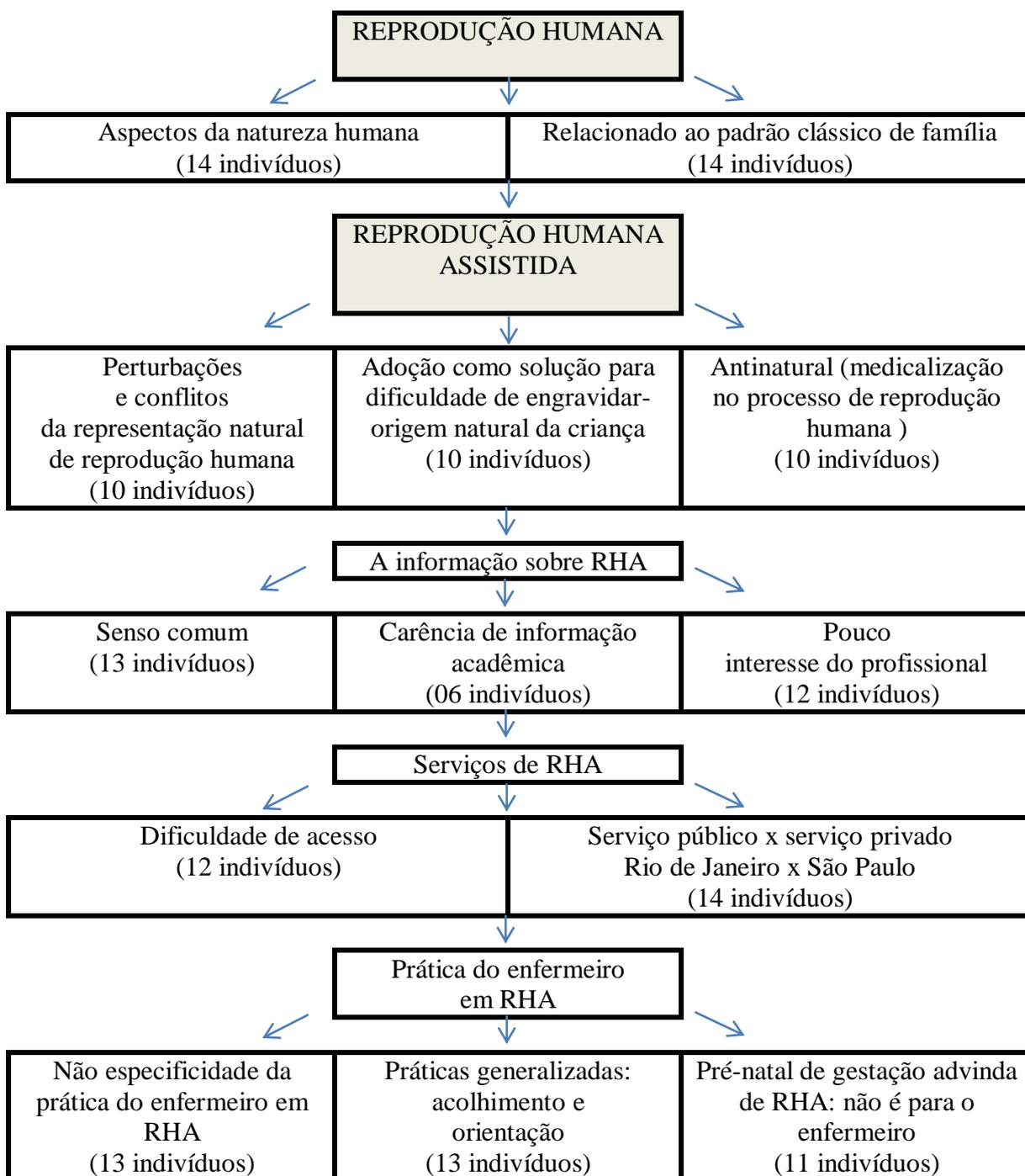
Essa concepção como todas as outras que esse profissional possui a respeito de RHA está ancorada no senso comum, nas informações circulantes em seu meio social. Para esses profissionais a dimensão da informação baseada no universo consensual não consegue provê-lo, cientificamente, para que tenha segurança em realizar esse tipo de assistência (pré-natal), visto que se sentem receosos, e com medo de errar, pois sabem da intensa demanda afetiva e do grande investimento financeiro e tecnológico dessa mulher/casal nessa gestação.

Esses profissionais reconhecem a ausência de conhecimento técnico-científico, assim como a falta de amparo dos conselhos de classe sobre questões relativas à RHA. De forma estratégica e protecionista se afastam da atuação nesse tipo de pré-natal e reportam a

responsabilidade para a equipe multiprofissional, ou especificamente a categoria médica.

Para melhor compreensão dessas discussões, segue a esquematização do campo representacional, referente a RHA, pelo grupo 1-NTRHA (Figura 44).

Figura 44 - Esquema do campo representacional da RHA pelos enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva que não trabalham com as biotecnologias reprodutivas



Fonte: A autora, 2015.

## 6.2 GRUPO 2 – CAMPO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA RHA PELOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM COM BIOTECNOLOGIAS REPRODUTIVAS

Para entendermos o campo representacional desse grupo, será trazido algumas características principais desse segmento, no intuito de compreender de onde as representações sobre RHA foram elaboradas. Esse grupo é composto por 14 profissionais que trabalham diretamente com a RHA, sendo a grande maioria do sexo feminino (71,43%), porém se destaca como segmento que mais apresentou homens (28,57%) se comparado ao grupo 1 (6,25%). Caracteriza-se por apresentar enfermeiros mais velhos, na faixa etária de 46 a 65 anos (57,14%), que se autodeclararam brancos (57,14%), católicos (78,58%), casados (64,29%), e com maior número de filhos, ou seja, acima de 2 (44,44%).

Quanto às variáveis acadêmicas estão graduados há mais de 15 anos (71,42%), a grande maioria possui pós-graduação Lato Sensu, no entanto com especialidades fora da área de saúde sexual e reprodutiva (92,86%). Referiram pouco conteúdo teórico/prático sobre RHA durante a formação acadêmica (71,42%). É o segmento que possui maior quantidade de enfermeiros com apenas um vínculo empregatício (50,00%), trata-se do único grupo que atua em instituições privadas (14,28%) e a maioria (64,38%) apresenta maior renda individual (acima de 8 SM) e familiar (acima de 13,8 SM).

A internet foi citada como principal fonte de informação para assuntos relacionados ao cotidiano (64,39%) e sobre RHA (50,00%), como aspecto diferente do outro segmento citou sites especializados, ou seja, de cunho científico para atualização sobre RHA. Foi o grupo que menos vivenciou tratamentos em RHA (92,86%); no entanto, a grande maioria (57,14%), referiu experiência com familiares e/ou amigos, que demonstram encontrar nesse grupo apoio e incentivo para buscarem tratamentos em RHA.

No campo representacional 12 entrevistados desse grupo consideram a reprodução humana como algo inerente a natureza do ser humano, ou seja, um papel a ser cumprido do ponto de vista biológico e social. Esse aspecto encontra consonância com os resultados do teste ALI e os conteúdos do Alceste, que pode ser explicado pelo grupo vivenciar esse papel reprodutivo no contexto privado, visto que são profissionais mais velhos, casados e com muitos filhos, além da forte presença da declaração de religiosidade nesse segmento.

No entanto, quando ocorre a dificuldade reprodutiva na vida da mulher/casal, a RHA se apresenta para todos os enfermeiros desse grupo, ou seja, 14 como uma medida necessária e pertinente na sociedade contemporânea, sendo objetivado como a solução e o caminho para se realizar o desejo do filho biológico. Esse grupo julga que biotecnologias reprodutivas são

importantes para ajudar na fisiologia reprodutiva e nas demandas genéticas de parentesco pelo filho biológico, no que 10 entrevistados acreditam que a adoção de uma criança deve ser considerada somente após se esgotarem as tentativas de engravidar através das biotecnologias reprodutivas.

A RHA é capaz de atender, atualmente, demandas reprodutivas para formação de novas famílias que estejam fora do eixo da infertilidade, como nos casos dos casais homoafetivos e solteiros. Entretanto 10 profissionais deixam claro a representação da RHA como a solução para a dificuldade reprodutiva no âmbito da heterossexualidade. Nesse sentido, esses profissionais expressam certo desconforto ao considerarem a RHA no contexto homossexual, tendo em vista a objetivação de família na clássica composição de pai, mãe e filho, que estão ancoradas em tradições socioculturais e religiosas a respeito de família.

As representações sociais sobre RHA podem ser compreendidas para além das questões técnico-mecanicista, através das subjetividades envolvidas nesse ambiente de intenso aparato biotecnológico, por essa razão os enfermeiros desse grupo apesar de trabalharem diretamente com a parte tecnicista das biotecnologias reprodutivas destacaram o caráter da dimensão afetiva das vivências/experiências com a RHA. Nesse cenário biotecnológico, 10 enfermeiros levam em conta as expectativas, sonhos, desejos e medos da mulher/casal relativos à RHA, visto o alto investimento emocional e financeiro quando se submetem aos tratamentos reprodutivos.

A conexão entre reprodução humana e os aspectos da natureza, conduziu 12 participantes revelarem preocupações com o fruto dessas tecnologias, no tocante aos aspectos emocionais e psicológicos das crianças, ou como citado pelos depoentes “preocupados com a cabeça das criança”, diante dos questionamentos da maneira, até então, pouco convencional que foram concebidas. Esses profissionais, também, ressaltam possíveis conflitos de ordem parental, do tipo “quem e quantos são seus progenitores?”, que podem surgir quando essas crianças se depararem com o universo social, principalmente na escola, haja vista as múltiplas possibilidades de técnicas de RHA como doação anônima de gametas, embrião congelado e material genético de pessoas falecidas (reprodução *post mortem*), dentre muitas outras alternativas, ainda polêmicas em nossa sociedade.

O grupo revela também, num quantitativo de 13 participantes, preocupações com as dimensões éticas e eugênicas da RHA, visto a inserção, na prática, de novos atores sociais (profissionais) e institucionais no processo reprodutivo humano, que outrora se dava no âmbito privado das pessoas. Por conseguinte, surge o temor eugênico, ancorado em antigas memórias sociais, como o nazismo e em memórias mais recentemente de escândalos

envolvendo profissionais/clínicas expoentes de RHA no Brasil, que foram denunciados judicialmente e questionados, profundamente, quanto à conduta ética/moral com material genético humano de pacientes que buscavam tratamento em RHA.

No tocante a dimensão informativa os 14 enfermeiros destacaram que a informação sobre o objeto (RHA) advém do cotidiano profissional, exatamente por trabalharem diretamente e, quase, exclusivamente com a RHA. Entretanto, apontam a carência de informação protocolar das instituições de ensino e sinalizam a ausência de respaldo legal dos conselhos/entidades sobre RHA como um certo “desamparo” acadêmico e profissional, que consideram prejudicar na estruturação do habitus profissional do enfermeiro que atua em RHA. Desse modo, na tentativa de sanar lacunas de informações formais, 12 profissionais citaram que a busca pela cientificidade se dá através de uma procura individual, no ambiente e/ou com colegas de trabalho, não necessariamente com outros enfermeiros.

A aproximação desse grupo com a realidade dos serviços de RHA desvela, 12 enfermeiros, a desigualdade de acesso da população às biotecnologias reprodutivas, visto que reconhecem que as políticas públicas no âmbito da saúde reprodutiva conceptiva, quando a RHA se faz necessária, se mostram ineficazes para contemplar esse direito à mulheres/casais, fundamentalmente pela falta de incremento financeiro e de recursos humanos especializados nas instituições públicas de saúde.

Todos os entrevistados, 14 comparam que a assistência reprodutiva na rede privada concentra melhor aparato tecnológico e profissional, enquanto na rede pública a oferta é incipiente e incompleta, de modo que essa rede não impacta de modo qualitativo e quantitativo, ou seja, de maneira positiva nesse tipo de assistência. Vale ressaltar que esse grupo sinaliza as mesmas diferenças entre os serviços de saúde em RHA disponibilizados por Rio de Janeiro e São Paulo, no qual os serviços públicos cariocas estariam menos qualificados para assistência reprodutiva.

Todavia, todos os profissionais, apresentaram preocupações com mulher/casal que buscam esse tipo de assistência nas instâncias privadas, visto que consideram que essa clientela esteja passando por num momento de vida bastante vulnerável, em razão das pressões sociais e conjugais para engravidar, e acabam não mensurando o impacto financeiro para custear o tratamento reprodutivo.

Numa postura otimista em relação a RHA, 11 entrevistadas acreditam na popularização das biotecnologias reprodutivas num futuro próximo, que poderá ampliar o acesso e da qualidade da RHA nos serviços públicos. Creem que o aumento da demanda por esse tipo de assistência reprodutiva, será capaz de reestruturar a oferta de RHA nas

instituições públicas especializadas que trabalham com a saúde sexual e reprodutiva.

Essas representações advindas da aproximação desse profissional com a área da RHA, ambiente caracterizado por extrema tecnologia e enriquecido conceitualmente de polêmicas e dilemas, acaba moldando o cuidado do enfermeiro à mulher/casal que busca tecnologias reprodutivas. Para esse segmento é a prática profissional que o capacita a trabalhar em RHA, sendo um campo de conhecimento que se mostra a cada dia mais instigante e desafiador, principalmente por se considerarem os profissionais enfermeiros precursores na área de RHA.

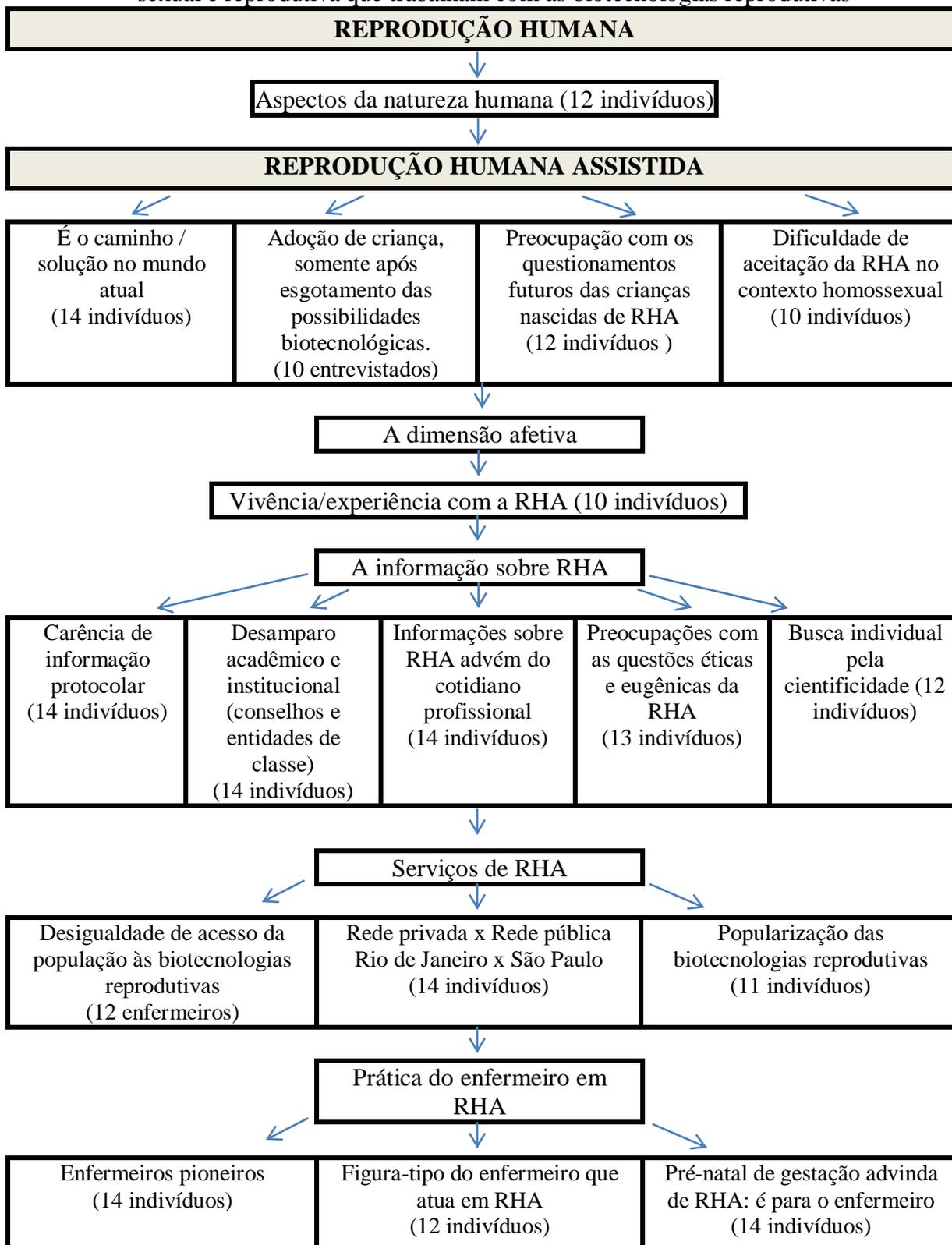
Neste sentido, tentam interpretar o que lhes acontece, ou seja, dar sentido a como deve ser um enfermeiro que trabalha com RHA, assim todos os enfermeiros entrevistados (14), se consideraram pioneiros nesse tipo de assistência em saúde sexual e reprodutiva, por isso são capacitados pelo cotidiano laboral, visto que não há modelo a ser seguido, assim 12 enfermeiros criaram que a figura-tipo do enfermeiro que atua em RHA como um profissional estudioso, ético, acolhedor, especialmente dedicado e que deve atuar exclusivamente nessa área.

O campo de saber em RHA representado pelas biotecnologias é relativamente novo se comparada a outras áreas de conhecimento da enfermagem, sendo assim os depoentes desse estudo podem ser considerados pioneiros nesse tipo de assistência em saúde sexual e reprodutiva, e mesmo diante as adversidades cotidianas esse profissional pauta sua assistência no que considera coerente, diante das representações que possui acerca de RHA.

Assim, esses enfermeiros que são capacitados no cotidiano, portanto próximos da RHA entendem que a gravidez advinda da RHA trata-se de uma gestação diferenciada no aspecto psicossocial, no entanto, todos os enfermeiros que trabalham diretamente com as biotecnologias reprodutivas são favoráveis e acreditam que o enfermeiro tenha competência para acompanhar esse pré-natal. Apesar de ressaltarem que esse pré-natal necessita de alguns cuidados mais específicos, no tocante ao aspecto psicossocial, visto ser uma gravidez muito batalhada e desejada.

Fundamentados nessa lógica, esse grupo acredita que o cuidado de enfermagem em RHA deve ser pautado, de maneira geral, na afetividade das relações interpessoais, através de empatia, esperança, confiança e respeito às demandas biológicas e psicossociais e até espirituais das pessoas que buscam a RHA com meio para realização do desejo reprodutivo. Valorizam os preceitos éticos da profissão, assim como o conhecimento técnico e científico para lidar da melhor maneira com todas as exigências do aparato biotecnológico de RHA.

Figura 45 - Esquema do campo representacional da RHA pelos enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva que trabalham com as biotecnologias reprodutivas



Fonte: A autora, 2015.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos percorridos para desenvolver essa pesquisa foram delineados diante do desafio de identificar, primeiramente, os enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva que fossem representativos para o estudo em questão. A partir dessa fase, esses enfermeiros foram divididos em dois grupos de pertença, ou seja, os que trabalhavam com RHA e os que não trabalhavam com RHA. Durante a realização do pré-teste, percebeu-se no campo, o imenso obstáculo reservado para realização dessa pesquisa, representado pela dificuldade de captação de enfermeiros que trabalhassem especificamente em RHA.

A tomada dessa decisão metodológica se revelou produtiva, em virtude da ausência de estudos em enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva acerca de RHA, principalmente no que se refere aos aspectos psicossociais. Assim, foi possível com esse estudo, identificar as representações sociais dos grupos de pertença acerca da RHA, e desse modo desvelar os sentidos atribuídos a RHA, que justificam as aproximações e os distanciamentos do profissional enfermeiro frente a esse objeto de estudo.

Para acessar, nesses enfermeiros, os conteúdos e sentidos a respeito da RHA foi utilizada a Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici. Nesse momento, julgamos oportuno lembrar que no transcurso de construção desse e de tantos outros trabalhos, precisamente em 2014, o teórico Moscovici deixou de pertencer fisicamente a esse mundo, fato que aumentou, um pouco mais, a responsabilidade dos que se propõem em contribuir com estudos que fortaleçam a TRS, pois acreditamos, assim como Moscovici, que a teoria seja capaz de auxiliar na explicação da maneira de lidar de certos grupos frente a fenômenos cotidianos.

Os dois grupos estudados estão inseridos no contexto da saúde sexual e reprodutiva, no entanto em virtude de ambientes específicos que exercem suas atividades, apresentam aproximações ou não como universo tecnológico da RHA. Nesse sentido, a descrição da conjuntura dos grupos, foi importante para entender de “onde”, ou o contexto social que foram elaboradas as representações sociais.

À luz dessa premissa procuramos mergulhar na subjetividade dos enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva, buscando compreender o discurso acerca de algo que é novo e que vem inquietando, ou até mesmo perturbando antigas crenças que julgávamos intocáveis, como sempre foi a reprodução humana. Com isso, tivemos a oportunidade de traduzir as representações desses profissionais sobre a RHA, conhecer onde essas representações estão

ancoradas e desvelar como atuam frente a essa nova abordagem reprodutiva.

Os objetivos da pesquisa foram atendidos através da identificação dos conteúdos e sentidos acerca da RHA pelos enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva, visto que os dados levam-nos a concluir que a RHA inscreveu-se como um fenômeno social, multifacetado e heterogêneo, no que emergiram as diversas influências sociais e culturais que cercam a RHA. Posto que, nos entrevistados, o processo reprodutivo humano está entrelaçado com questões da religiosidade, do gênero, da conjugalidade e da existência de filhos. Assim como, a aproximação/distanciamento com as biotecnologias reprodutivas no cotidiano do trabalho que geram informações sobre RHA calcadas no senso comum ou no universo reificado.

Os resultados mostraram que independente de trabalhar diretamente ou não com a RHA, os dois grupos evidenciaram traços quase hegemônicos de representações da reprodução humana, como algo inerente à natureza humana, arraigados na questão da naturalização da criação da vida humana, visto que compreendem esse processo, ainda, como papel sociocultural a ser cumprido pelos indivíduos, ou seja, esses profissionais ancoram os processos e produção aos aspectos da natureza humana.

Pelo reconhecimento da realidade do serviço público nas questões conceptivas, os dois grupos aprofundaram na distinção entre serviço público e privado em RHA, no tocante a quantidade (oferta) e qualidade dos serviços prestados, assim descreveram que o serviço privado comporta profissionais tecnicamente mais capacitados para lidar com RHA, pela necessidade de alto investimento científico e financeiro exigido pelas biotecnologias reprodutivas. Essa comparação se estende para os serviços prestados pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, no qual o estado de São Paulo fica representado como um serviço mais avançado, tecnológico e resolutivo em RHA.

Os dados possibilitaram realizar inferências sobre como se organizaram as representações sociais sobre RHA, de cada segmento estudado, originando dois grandes campos de representações sociais, que se mostraram articulados, organizados e hierarquizados dentro de uma lógica interna própria, ou seja, fazendo sentido para esses grupos que foram estudados.

O primeiro grande campo representacional composta por 16 enfermeiros que não trabalham com RHA ancorou a reprodução humana aos aspectos da natureza humana, ou seja, na naturalização da reprodução humana e do filho biológico. Desse modo, a interferência da RHA no contexto da concepção representa algo perturbador quando utilizada fora do eixo da infertilidade. Esse grupo ancora a necessidade do filho biológico enquanto elemento organizador da família, por isso valorizam os tradicionais padrões de família nuclear.

Nesse grupo, as representações do senso comum retratam a reprodução humana como algo intocável e “divino”, que não deve, portanto, sofrer grandes intervenções da ciência. Assim, o excesso de medicalização no processo reprodutivo gera preocupações, diante da manipulação antinatural no processo de formação da vida, estendendo o temor de causar prejuízos à saúde feminina e fetal.

Para esse grupo, a decisão de se submeter a tratamentos em RHA envolve o estabelecimento de prazo ou “pacto” individual/conjugal para impor limites a RHA. Assim, como dimensão prática, ou solução, diante das demandas reprodutivas não atendidas pela RHA, esses enfermeiros optam pela adoção de crianças, para não desestruturar o senso comum referente à origem da vida humana, visto que, nesse caso, essa criança foi concebida por métodos convencionais e aceitáveis dentro do seu contexto religioso e social.

Essa representação pode estar correlacionada ao perfil das entrevistadas, em sua maioria mulheres casadas, com filho(s) e católicas, no qual inferimos que carregam o peso da tradição sociocultural direcionada para essa clássica formação familiar. A expressiva representatividade de seguidoras do catolicismo nesse grupo corrobora na influência formal de dogmas religiosos, visto que o catolicismo se posiciona claramente favorável a reprodução humana, enquanto processo de naturalização da concepção para fins reprodutivos, principalmente para atender demandas de composição familiar clássica. Além disso, as outras denominações religiosas descritas pelos entrevistados, também representam a vida humana como algo divino, portanto “intocável”.

Nesse grupo, a inserção ao mercado de trabalho acontece vinculada exclusivamente ao setor público. Esses profissionais relataram com bastante propriedade, em virtude da vivência no cotidiano de trabalho, as dificuldades de acesso da população à rede de saúde pública que contemple atenção em RHA. Acreditam que essa discrepante relação entre oferta/procura desse tipo de assistência em saúde, afete no repasse financeiro, o que leva a clientela (mulher/casal) à sujeição das regras de mercado privado.

Podemos inferir que políticas públicas incipientes para questões conceptivas, que contemplem, quando necessário, RHA, corroboram para pouco interesse desses enfermeiros por esse contexto assistencial, visto que representam a RHA como algo distante e não factível para a sua realidade profissional.

Como não estão conectados com a questão das biotecnologias reprodutivas, as informações sobre RHA provenientes do senso comum, ou seja, internet, mídias de grande massa e nas conversas do dia a dia, são suficientes para esses enfermeiros lidarem sobre RHA no cotidiano de trabalho.

Os profissionais desse grupo não são instrumentalizados pela academia ou ciência reificada sobre as possibilidades das biotecnologias reprodutivas atender demandas reprodutivas não atendidas, logo acreditam que as gestações advindas de RHA não devem ser acompanhadas no pré-natal pelo enfermeiro, por advir de um contexto extremamente medicalizado e tecnológico, visto que valorizam os processos de naturalização do corpo como gestação e parto.

De certo modo, esse afastamento não fomenta reflexões críticas a respeito da temática, pois não representa um problema, nem tampouco apresenta aderência ao seu cotidiano profissional. Nesse sentido, representam a prática do enfermeiro em RHA com pouca autonomia profissional e baixa cientificidade, baseada, somente, em práticas generalizadas como acolhimento e orientação.

O segundo campo representacional que se organizou nesse estudo foi composto por 14 enfermeiros que trabalham diretamente com a RHA, e que a representam como sendo a solução e o caminho para as dificuldades procriativas. Apesar desse segmento também considerar a reprodução como algo inerente da natureza humana, a RHA foi ancorada em modelos contemporâneos do processo saúde-doença, onde a medicalização e a tecnologia fazem parte desse universo. Além disso, pautam também a filiação no contexto genético e nos laços consanguíneos, onde a adoção não tem vez como primeira possibilidade de solução para desejo reprodutivo não atendido.

Sob essa linha interpretativa, a tecnologização é capaz de driblar limites biológicos impostas pela natureza, visto que esses recursos tecnológicos adquirem o sentido de reconstruir o natural. No entanto, por também se tratar de um grupo religioso, de mulheres casadas, heterossexuais e com filhos, renegam as biotecnologias aos casais homoafetivos, por acreditarem nos conflitos psicológicos e sociais futuros para o filho gerado nesse contexto.

Nesta vertente, destacam a atuação do profissional enfermeiro como sendo acolhedor, estudioso, ético, dedicado e exclusivo a essa área. Apontam que a prática cotidiana é o grande capacitador para o seu trabalho, expressando a satisfação e o prazer em trabalharem com algo desafiador e novo para a enfermagem.

Esse solo de representações permitiu compreender o posicionamento desses grupos de profissionais diante das biotecnologias reprodutivas. As representações sociais desse grupo, às vezes podem nos causar estranhamento, no entanto a teoria se propõe a desvelar e compreender processualmente essas representações, evitando julgamentos e hierarquizações desses pensamentos, visto que nesse caso o modo de pensar e agir desses profissionais frente à RHA faz sentido para eles.

Enfim, as representações sociais que identificamos expressam a compreensão e o conhecimento prático que os dois grupos de enfermeiros desenvolvem na tentativa de explicar a RHA. Com destaque, trata-se de um pensamento leigo, socialmente construído, que precisa ser interpretado em bases científicas, como um subsídio a mais na elaboração de programas e políticas específicas no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Nesse aspecto, vale ressaltar que as políticas públicas voltadas para as questões reprodutivas, apesar das diretrizes legais da PNAIRHA publicada desde 2005, tem se mostrado pouco resolutiva em diminuir as desigualdades de acesso para atender as demandas reprodutivas da atualidade de mulheres/casais impedindo-os de exercerem o principal direito reprodutivo, a escolha. Desse modo, essas pessoas se lançam na “busca por resolução” ficando, muitas vezes, vulneráveis a lógica da saúde privada.

A RHA se apresenta como uma área de conhecimento entremeada de desenvolvimento tecnológico e contradições, e apesar de se mostrar como novo campo assistencial para o enfermeiro, já está presente em nosso meio há mais de 30 anos. Por isso, os dois grupos ao apontaram o “desamparo” acadêmico-institucional e dos conselhos de classe fazem mediante uma constatação real da ausência de informação científica e de discussões ético-legais para o enfermeiro referente à RHA.

A busca, quase individual, pela cientificidade em RHA revela a capacidade desses enfermeiros em reestruturar sua prática diante das adversidades, assim diante desses desafios se lançam em uma área pouco conhecida e explorada pela enfermagem, mas essa perspectiva desafiadora traz bastante satisfação profissional para esses enfermeiros.

Essa perspectiva de ausência de direcionamento deontológico e legal é bastante grave, principalmente para o enfermeiro que atua em RHA, que se vê envolvido, diretamente, em profundas questões bioéticas no seu cotidiano de trabalho. Esse cenário evidencia a falta de discussão da temática pelas instâncias representativas da categoria, e de certo modo pode incorrer no risco de expor esses profissionais a condutas equivocadas, simplistas e reducionistas.

Nessa investigação ficou evidenciado que a maioria dos enfermeiros que trabalha em RHA possui apenas um vínculo empregatício e ganha mais em relação ao outro grupo. Apesar da quantidade dos entrevistados não representar estatisticamente toda a população de enfermeiros que atuam em RHA, esse resultado pode ser um indicativo que essa área de trabalho tenha potencial para criar vínculos empregatícios mais valorizados no mercado de trabalho para o enfermeiro, valendo dizer que essa assertiva carece de mais estudos para traçar o perfil desses profissionais.

Podemos inferir que a conjuntura atual de discussões acerca da RHA no contexto da enfermagem se baseia na falta de conexão entre profissionais, instituições de ensino e os conselhos representativos da profissão acerca da realidade e das implicações dos avanços tecnológicos reprodutivos que vivemos na atualidade, levando a pouca circulação de informação e reflexão sobre a temática reforçando a representação do distanciamento profissional do enfermeiro em relação à RHA.

Consideramos que sempre surgirão novos campos e práticas profissionais para o enfermeiro, principalmente nos contextos atuais de intensos avanços tecnológicos em saúde. Assim, novas possibilidades confrontam antigas verdades, também (re)configuram pensamentos e (re)direcionam as práticas sociais desse profissional. Nessa diretiva, faz-se necessário direcionamento deontológico e legal das instituições representativas da categoria profissional que estejam conectados com as implicações dos avanços em biotecnologias reprodutivas da atualidade.

Dessa maneira, vale dizer que o surgimento e incremento da RHA estão sustentados por muitas demandas sociais, que geram inúmeros questionamentos, em virtude de perturbar antigos conceitos e também representações sociais fortemente arraigadas na sociedade, como as noções de maternidade e paternidade.

No entanto, essas questões são extremamente emblemáticas do ponto de vista bioético sendo merecedora de canais de discussões permanentes entre comunidade científica e sociedade. Evidenciando dessa forma a necessidade imprescindível de estudos multidisciplinares que promovam canais de discussões coerentes no intuito de evitar posição unilateral sobre o assunto.

Nesse sentido, sugerimos que outras investigações psicossociais sejam realizadas contextualmente na temática em tela, com vistas a ampliar vertentes de discussões, reforçar pontos de vista e promover reflexões acerca da relação entre enfermeiros e avanços em biotecnologias reprodutivas na perspectiva do cuidado a mulheres/casais que buscam atender demandas reprodutivas pela RHA.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. 8º *Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões: SisEmbrio*. Brasília, DF, 2015. 27 p. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/9cddb8004840da35a438a5bdc15bfe28/sisembr io8.pdf?MOD=AJPE>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. *Reprodução assistida no Brasil atinge padrão internacional*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu++noticias+anos/2>>. Acesso em: 12 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 29, de 12 de maio de 2008. Aprova o Regulamento técnico para o cadastramento nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e o envio da informação de produção de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 59. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0029\\_12\\_05\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0029_12_05_2008.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2014.

ALÉSSIO, Renata Lira dos Santos; APOSTOLIDIS, Thémis; SANTOS, Maria de Fátima de Souza. Entre o aborto e a pesquisa: o embrião na imprensa Brasileira. *Psicol. Reflex. Crit.*, [s.l.], v. 21, n. 3, p.455-463, 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722008000300014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722008000300014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 nov. 2014.

ALFANO, Bianca. *Reprodução e biopolítica: infertilidades e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro*. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_arquivos/44/TDE-2012-03-14T160136Z-2139/Publico/Bianca Alfano Dissertacao.pdf](http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-03-14T160136Z-2139/Publico/Bianca%20Alfano%20Dissertacao.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2014.

ALVES MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisas quantitativas e qualitativas*. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 2004.

ALVES, José Eustáquio Diniz. *A família DINC no Brasil: algumas características sociodemográficas*. 30. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 34 p. (VI). Textos para discussão. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49328.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. *A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 56 p. (Textos para discussão). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv1642.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. *Questões demográficas: fecundidade e gênero*. Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2004. 43 p. Textos para discussão. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv3127.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

ALVES, José Eustáquio Diniz; CAVENAGHI, Suzana Marta; BARROS, Luiz Felipe Walter. *A Família DINC no Brasil: algumas características sócio-demográficas*. Rio de Janeiro: Gráfica Digital, 2010. 34 p. (VI). Textos para discussão. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49328.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

ANALYSE LEXICALE PAR CONTEXT D'UN ENSEMBLE DE SEGMENTS DE TEXTE: un logiciel d'analyse de données textuelles. Manuel d'utilisateur. Toulouse: Société Image, c2012. Programa de computador.

APOSTOLIDIS, Thémis. Representations sociales et triangulation: une application en psychologie sociale de la sante. *Psicol. Teor. Pesqui.*, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 211-226, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-37722006000200011&lng=en&nrm=iso&tlng;=>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722006000200011&lng=en&nrm=iso&tlng;=>)>. Acesso em: 10 out. 2014.

APPOLINÁRIO, Fábio. *Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2012. 240 p.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. São Paulo: Ltc Editora, 1981. 280 p.

ARILHA, Margareth et al. Cenários reprodutivos das mulheres no Brasil contemporâneo: políticas públicas e direitos sexuais e reprodutivos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18., 2012, Águas de Lindóia. *Anais... Águas de Lindóia: ABEP*, 2012. Mesa Redonda – 8. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/MR8\[590\].pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/MR8[590].pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2014.

ARRUDA, Angela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 117, p.127-147, nov. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0100-15742002000300007>>. Acesso em: 10 out. 2014.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.2865-2875, nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001100002>>. Acesso em: 12 out. 2014.

ATLAN, Henri. *O útero artificial*. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132 p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

BARROS, Sônia Maria Oliveira de. A enfermagem e a reprodução humana. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 207-213, 2000. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/index.php?volume=13&numero=esp1>>. Acesso em: 12 set. 2014.

BERQUÓ, Elza; GARCIA, Sandra; LAGO, Tania di Giacomo do. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher*: PNDS 2006. São Paulo: Cebrap, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/6MRhK9>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BERTOLDO, Maria Geane da Silva; PASQUAL, Silvana Aparecida. A mulher e sua atuação na sociedade ocidental. *Rev. Uniabc*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 173-186, 2010.

BONNEWITZ, Patrice. *Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu*. Petrópolis: Vozes, 2003. 149 p.

BORGES JUNIOR, Edson. Prefácio. In: MELAMED, Rose Massaro; SEGER, Liliana; BORGES JUNIOR, Edson. *Psicologia e reprodução humana assistida*: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Santos Editora, 2009. p. 9-10.

BORLOT, Ana Maria Monteiro; TRINDADE, Zeidi Araújo. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 9, n. 1, p. 63-70, abr. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100008>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

BORSA, Juliane Callegaro; FEIL, Cristiane Friedrich. *O papel da mulher no contexto familiar*: uma breve reflexão. 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Poder Legislativo. *PL 4924/2009*: Projeto de Lei. 2009. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=427859>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição Federativa da República do Brasil nº 226, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 8166*, de 23 de dezembro de 2013. Regulamenta a lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Seção 1. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/12/2013&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=168>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 6.437*, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Brasília, DF, 1977. Disponível em: <[lto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6437.htm](http://lto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437.htm)>. Acesso em: 30 jan. 2015.

BRASIL. *Lei nº 7.498*, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *CDU 618.39: Atenção humanizada ao abortamento*. 2. ed. Brasília, DF, 2011a. 60 p. (Série direitos sexuais e reprodutivos). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009b. 300 p. (Série G.Es). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2011b. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos. – Brasília, DF, 2011c. 80 p. (Série I. História da Saúde)*

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2011d. 68 p. (Série B Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_nacional\\_prioridades\\_2ed\\_3imp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2014.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 1.187*, de 13 de julho de 2005. Suspende por até 30 dias, o efeito das portarias para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2005.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. *Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira*. Brasília: Secom, 2014. 153 p. Disponível em: <<http://www.secom.gov.br/atuacao/pesquisa/lista-de-pesquisas-quantitativas-e-qualitativas-de-contratos-atuais/pesquisa-brasileira-de-midia-pbm-2015.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 2.013, de 16 de abril de 2013. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957. Seção 1, p. 119-120, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/54094878/dou-secao-1-09-05-2013-pg-119>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. *Acórdão nº ADI 4277*. Ministro Relator Ayres Brito. Brasília, DF, 05 de janeiro de 2011. Publicada em 14 out. 2011e.

CAMBIAGHI, Arnaldo Schizzi. *Os tratamentos de fertilização e as religiões: o permitido e o proibido*. São Paulo: Lavidapress, 2010. 239 p.

CANEDO, Letícia Bicalho. *A revolução industrial*. 23. ed. Campinas: Atual, 1998. 92 p.

CARVALHO, Vilma de. *A enfermagem de saúde pública como prática social*. Rio de Janeiro: EELAN/UFRJ, 2014. 136 p.

CASTRO, Washington Ramos. *Representações sociais das profissionais de saúde que trabalham com reprodução humana: um olhar sobre a infertilidade no homem*. 2013. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CAVALCANTI VALENTE, Geilsa Soraia; VIANA, Ligia de Oliveira; GARCIA NEVES, I. Las especialidades y los vínculos con la formación continua del enfermero: repercusiones para la actuación en el municipio de Rio de Janeiro. *Enferm. Glob.*, Murcia, n. 19, p.1-12, jun. 2010. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200022&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200022&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Exposição de Motivos da Resolução CFM nº 2.013/13*. Brasília, DF, 2013.

CHAUÍ, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000. 567 p.

COMPARATO, Fábio Konder. *A civilização capitalista: para compreender o mundo em que vivemos*. São Paulo: Saraiva, 2013. 312 p.

CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO. *Parecer nº 422*, de 2010. Aprova-se, com fundamento na deliberação Cee nº 9/98 alterada pela deliberação Cee nº 34/2003, O Curso de Especialização em Aperfeiçoamento em Reprodução Humana Assistida - Enfermagem: da Faculdade de Medicina de Jundiaí - com 20 (vinte) vagas. São Paulo: Imprensa Oficial, 2010. Disponível em: <<https://www.imprensaoficial.com.br/Certificacao/GatewayCertificaPDF.aspx?notarizacaoID=aa70dc6d-97ed->>. Acesso em: 17 jan. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Departamento de Tecnologia da Informação - DTI/Cofen. *Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais*. Brasília, DF: Comissão de Business Intelligence, 2011a. 71 p. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Resolução nº 389*, de 18 de outubro de 2011. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Brasília, DF, 20 out. 2011b. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_389\\_2011.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_389_2011.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2015.

CORRÊA, Marcello Henrique. *Ginecologia inaugura Setor de Reprodução Humana*. 2008. Ed.119. Disponível em: <<http://www.olharvital.ufrj.br>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias Villela; LOYOLA, Maria Andréa. Reprodução e Bioética: A regulação da reprodução assistida no Brasil. *Caderno Chr*, Salvador, v. 18, n. 43, p.103-112, 2005.

CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias Villela; LOYOLA, Maria Andréa. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.753-777, set. 2015. DOI: 10.1590/s0103-73312015000300005.

CORRÊA, Marilena Villela. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. 263 p.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: Abep, 2006. Cap. 1. p. 27-62. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind\\_mun\\_saude\\_sex\\_rep/ind\\_mun\\_saude\\_sex\\_rep\\_capitulo1](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1)>. Acesso em: 23 fev. 2015.

COSTA, Rosely. Tecnologias reprodutivas e atribuições de paternidade e maternidade. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (Org.). *Novas tecnologias reprodutivas concepitivas: questões e desafios*. Brasília, DF: Letras Livres, 2003. p. 69-77.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; DINIZ, Débora. Mídia, clonagem e bioética. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 155-162, jan. 2000. DOI: 10.1590/s0102-311x2000000100016.

DEL PRIORI, Mary (Org.). *História das crianças no Brasil*. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2010. 593 p.

DONADI, Eduardo Antônio. Como entender a nomenclatura e os mecanismos de associação entre os antígenos e os alelos de histocompatibilidade com as doenças. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 33, p.7-18, 2000. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n1/1\\_associacao\\_hla\\_doencas.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n1/1_associacao_hla_doencas.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2014.

EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA. *História: biotecnologia da reprodução animal disponibiliza ferramentas para acelerar o melhoramento genético*. 2014. Disponível em: <<https://www.embrapa.br/recursos-geneticos-e-biotecnologia/historia>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

FANTE, Cleo. *Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Campinas: Verus, 2005. 224 p.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Record, 2014.

FRANZOI, Naira Lisboa. Profissão. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 328-333. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pro.html>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

FREITAS, Marcia de; SIQUEIRA, Arnaldo Augusto Franco; SEGRE, Conceição Aparecida Mattos. Avanços em reprodução assistida. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 93-97, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12822008000100012&lng=pt&nrm=is&t](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822008000100012&lng=pt&nrm=is&t)>. Acesso em: 23 ago. 2014.

GARNELO, Luiza. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1115-1117, maio 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500025)>. Acesso em: 11 out. 2014.

GÓMEZ, Guillermo Orozco. Os meios de comunicação de massa na era da internet. *Comun. Educ.*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 373-378, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/37600/40314>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

GRANER, Viviane Rodrigues; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p.103-109, mar. 2009. DOI: 10.1590/s0080-62342009000100013.

GUERRA, Andréa Trevas Maciel. Do holocausto nazista à nova eugenia no século XXI. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 4-5, mar. 2006. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252006000100002&lng=en&nrm=i](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252006000100002&lng=en&nrm=i)>. Acesso em: 06 mar. 2015.

HOBBSAWM, Eric. *Da revolução industrial inglesa ao imperialismo*. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2011. 362 p.

IBGE. *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultados do universo*. Rio de Janeiro, 2011. 270 p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultad](http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultad)>. Acesso em: 17 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro, 2010a. 211 p. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Censo demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração: resultados da amostra*. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=7748>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2012*. Rio de Janeiro, 2013a. 278 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais 2013: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2013b. 269 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=266778>>. Acesso em: 13 out. 2014.

IOP, Elizandra. Condição da mulher como propriedade em sociedades patriarcais. *Visão Global*, Joaçaba, v. 12, n. 2, p. 231-250, 2009. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/visaoglobal/article/view/623/284>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.161-170, jan. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022)>. Acesso em: 22 fev. 2015.

JODELET, Denise. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Soc. Estado*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 679-712, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922009000300004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922009000300004&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 17 mar. 2105.

\_\_\_\_\_. *Representações sociais: um domínio em expansão*. In: JODELET, Denise (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.

JOVCHELOVITCH, Sandra. *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 344 p.

JW.ORG (Brasil). Site Oficial das Testemunhas de Jeová. *Watch tower bible and tract Society Of Pennsylvania*. 2015. Disponível em: <<https://www.jw.org/pt/testemunhas-de-jeova/congressos/>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

KALAMPALIKIS, Nikos. L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. In: ABRIC, Jean-claude. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris: Eres, 2005. p. 147-163.

KRONBERGER, Nicole; WAGNER, Wolfgang. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 416-438.

LACERDA, Marina Basso. *Colonização dos corpos: ensaio sobre o público e o privado. Patriarcalismo, patrimonialismo, personalismo e violência contra as mulheres na formação do Brasil*. 2010. 114 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LARANJA, Mirza Rosa Augusto. *A implementação da política nacional de educação permanente em saúde no município de São Paulo*. 2012. 23 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10438/10052>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

LE GOFF, Jacques (Org.). *Homens e mulheres na idade média*. São Paulo: Estação Liberdade, 2014. 447 p.

LEITE, Tatiana Henriques; HENRIQUES, Rodrigo Arruda de Holanda. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 31-47, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000100031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100031)>. Acesso em: 23 out. 2014.

LINS, Regina Navarro. *A cama na varanda: arejando nossas ideias a respeito de amor e sexo*. Rio de Janeiro: Best Seller, 2007. 480 p.

LIRA, Sachiko Araki; CHAVES NETO, Anselmo. Coeficientes de correlação para variáveis ordinais e dicotômicas derivados do coeficiente linear de Pearson. *Recie*, Uberlândia, v. 15, n. 1/2, p. 45-53, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/cieng/article/viewFile/529/489>..>. Acesso em: 12 jan. 2015.

LUNA, Naara. Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 395-417, ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702005000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200009)>. Acesso em: 30 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 389-413, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2001000200005>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

LUNENFELD, Bruno et al. Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from the Bertarelli Foundation's second global conference. *Hum. Reprod. Updat*, [s.l.], v. 10, n. 4, p. 317-326, jun. 2004. Disponível em: <<http://humupd.oxfordjournals.org/content/10/4/317.full.pdf+html?sid=abb0b764-312e-489d-934e-fb141ddd>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

MACEDO, José Rivair. *A mulher na Idade Média*. São Paulo: Contexto, 2002. 112 p.

MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane. Construindo o perfil da enfermagem. *Enferm. Foco*, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MARCOLINO, Andréa Firmino de Medeiros. *Reprodução assistida "post mortem" e o direito da criança à convivência familiar*. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Centro Universitário Fieo, Fundação Instituto de Ensino para Osasco, Osasco, 2013. Disponível em: <[http://www.unifieo.br/files/pdf/Mestrado\\_Direito/ANDREA\\_FIRMINO\\_MEDEIROS\\_MARCOLINO.pdf](http://www.unifieo.br/files/pdf/Mestrado_Direito/ANDREA_FIRMINO_MEDEIROS_MARCOLINO.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

MENDONÇA, João Guilherme Rodrigues; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Algumas reflexões sobre a condição da mulher brasileira da colônia às primeiras décadas do século XX. *Rev. Ibero-am. Est. Educ.*, Araraquara, v. 5, n. 1, p. 1-12, 2010. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/3495>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 112 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

MIZHARI, Beatriz Gang. *A relação pais e filhos hoje: a parentalidade e as transformações no mundo do trabalho*. Rio de Janeiro: Puc Rio, 2004. 152 p.

MORAIS, Fernanda Rodrigues Chaves; PENNA, Lucia Helena Garcia; PROGIANTI, Jane Marcia. A construção do conceito da sexualidade no contexto da enfermagem. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1071-1079, 2010.

MOSCOVICI, Serge. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes, 2012. 456 p. Coleção Psicologia Social.

\_\_\_\_\_. Preconceito e representações sociais. In: OLIVEIRA, Angela Maria; JODELET, Denise. (Org.). **Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília, DF: Thesaurus, 2009. p. 17-34.

\_\_\_\_\_. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003. 408 p.

MOURA, Marisa Decat de; SOUZA, Maria do Carmo Borges de; SCHEFFER, Bruno Brum. Reprodução assistida: um pouco de história. *Rev. Sbpsh*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 23-42, dez. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200004)>. Acesso em: 04 set. 2014.

NASCIMENTO, Fátima Regina Mibach do; TÉRZIS, Antonios. Adiamento do projeto parental: um estudo psicanalítico com casais que enfrentam a esterilidade. *Psicol. Rev.*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 103-124, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S1677-11682010000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1677-11682010000100008&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

NEUENFELDT, Elaine Gleci. Fertilidade e infertilidade na Bíblia: suspeitas a partir da teologia feminista. *Revista Aulas*, Campinas, n. 4, p. 1-12, 2007. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/~aulas/4\\_5.htm.htm](http://www.unicamp.br/~aulas/4_5.htm.htm)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

NÓBREGA, Sheva Maia da. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: PAREDES, Antonia Silva. *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: UFPB, 2001. p. 55-87. NÓBREGA, Sheva Maia da; COUTINHO, Maria da Penha Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha Lima et al. *Representações sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: UFPB, 2003. p. 67-77.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; SÁ, Celso Pereira de. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 54, n. 4, p. 608-622, dez. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672001000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672001000400009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-First Century*. New York, 5-9 June 2000 Published by the United Nations Department of Public Information DPI/2035/Mâ€”May 2000. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/mulheres/>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011)>. Acesso em: 22 dez. 2014.

PARKER, Philip. *História mundial*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. 512 p. Guia Ilustrado Zahar.

PEREIRA, Dirceu Henrique Mendes. A história da reprodução humana no Brasil. *Femina*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 59-64, 2011. Disponível em: <[http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina\\_v39n2\\_59-64.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina_v39n2_59-64.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2014.

PERELSON, Simone et al. Dificuldades de acesso ao serviço público de reprodução humana no Rio de Janeiro. *J. Bras. Repr. Assist.*, São Paulo, v. 12, n. I, ed. esp., p. 23-24, ago. 2008. p. 24.

PESSINI, Leo. *Espiritualidade e arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde*. São Paulo: Paulinas, 2010. 287 p.

PETRINI, Giancarlo. Família, entre natureza e cultura. In: ALCÂNTARA, Miriã Alves Ramos de; RABINOVICH, Elaine Pedreira; PETRINI, Giancarlo (Org.). *Família, natureza e cultura: cenários de uma transição*. Salvador: EDUFBA, 2013. Cap. 1. p. 13-39. (Coleção família contemporânea)

PETRUCCELLI, José Luis; SABOIA, Ana Lucia. *Características étnico-raciais da população: classificações e identidades*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 204 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica). Complemento 1, n. 2. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?view=detalhes&id=263405>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

POMBO-DE-BARROS, Carolina Fernandes; ARRUDA, Angela Maria Silva. Afetos e representações sociais: contribuições de um diálogo transdisciplinar. *Psicol. Teor. Pesqui.*, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 351-360, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0102-3772&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-3772&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 mar. 2015.

QUAYLE, Julieta. Questões psicossociais da reprodução humana assistida: reflexões (im) pertinentes. In: MELAMED, Rose Massaro; SEGER, Liliana; BORGES JUNIOR, Edson. *Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Livraria Santos, 2009. Cap. 4. p. 121-124.

QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. *Ser mulher e a infertilidade: um estudo de representações sociais*. 2002. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; ARRUDA, Angela. Refletindo sobre a saúde reprodutiva e a situação de infertilidade. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.163-178, 2006.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. 2003. 259 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha. Reprodução Assistida, consumo de tecnologia, deslocamentos e exclusões. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 39-41, 2008. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252008000100016&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252008000100016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 mar. 2014.

RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (Chile). *Home*. Versão em português da Redlara. 014a. Disponível em: <[http://redlara.com/aa\\_espanhol/default.asp](http://redlara.com/aa_espanhol/default.asp)>. Acesso em: 26 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. *Registro Latinoamericano: estado actual de la reproducción asistida en Latinoamérica y el mundo*. Registro Latino Americano de Reproducción Asistida 1990 - 2012. 2014b. Disponível em: <[http://www.redlara.com/aa\\_portugues/registro.asp](http://www.redlara.com/aa_portugues/registro.asp)>. Acesso em: 26 nov. 2014.

REINERT, Max. *Alceste: analyse de données textuelles*. Manuel d'utilisateur. Toulouse: Image, 1998.

\_\_\_\_\_. *Alceste une methodology d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval*. *Bulletin Method. Sociol.*, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 24-54, mar. 1990. DOI: 10.1177/075910639002600103.

RODRIGUES, José Luiz; RODRIGUES, Berenice de Ávila. Evolução da biotecnologia da reprodução no Brasil e seu papel no melhoramento genético. *Revista Ceres*, Viçosa, v. 56, n. 4, p. 428-436, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305226808009>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

ROHDEN, Fabiola. As novas tecnologias reprodutivas e a velha oposição natureza/cultura na visão de M. Strathern. *Ilha R. Antr.*, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 75-195, dez. 2002. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/15167/15575>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

ROTANIA, Alejandra. Por uma Ecologia da Procriação Humana ou Novas Tecnologias Reprodutivas? In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betania; PORTELLA, Ana Paula (Org.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: Sos Corpo, 2006. Cap. 3. p. 39-48.

SÁ, Celso Pereira de. *A construção do objeto de pesquisa em representação social*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. 110 p.

SAMARA, Eni de Mesquita. O que mudou na família brasileira? (da Colônia à atualidade). *Psicol. Usp*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 27-48, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 dez. 2014.

SANTA SÉ (Vaticano). A Santa Sé. *Congregação para a doutrina da fé: instrução dignitas personae*. Sobre algumas questões de bioética. Vaticano: Boletim da Sala de Imprensa da Santa Sé, 2008. Instrução Donum vitae, II, B, 6, l.c., 94, 2008. Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20081208\\_dignitas](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas)>. Acesso em: 04 fev. 2015.

SANTOS, Flávia Duarte dos et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. *Smad, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100014)>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos. Injeção intracitoplasmática de espermatozoides: questões éticas e legais. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 10, p. 289-296, dez. 2010. Supl.2. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600005)>. Acesso em: 20 out. 2014.

SCHNEEBELI, Fernanda Cabral Ferreira; MENANDRO, Maria Cristina Smith. Com quem as crianças ficarão?: Representações sociais da guarda dos filhos após a separação conjugal. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 175-184, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100019)>. Acesso em: 13 jan. 2015.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 382-392. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SERRA, Ana Mafalda; ALGARVIO, Suzana. Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização in vitro. *Anál. Psicol.*, Lisboa, v. 24, n. 2, p. 149-154, 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/159>>. Acesso em: 06 mar. 2015.

SILVA, Rafael Celestino da. *Estilos de cuidar na terapia intensiva em face das tecnologias: uma contribuição à clínica do cuidado de enfermagem*. 2012. 266 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. *Estatuto Social da SBRA*. Foz do Iguaçu, 2009. 12 p. Disponível em: <<http://sbra.com.br/images/stories/estatuto2010.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. *Guidelines: genética para reprodução humana*. São Paulo, 2008. 29 p. Disponível em: <[http://www.sbrh.org.br/sbrh\\_novo/guidelines/guideline\\_pdf/guideline\\_de\\_genetica\\_para\\_reproducao\\_humana.pdf](http://www.sbrh.org.br/sbrh_novo/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_genetica_para_reproducao_humana.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. *Home page*. 2014. Disponível em: <<http://www.sbra.com.br/>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. *Resolução nº 1*, de 01 de fevereiro de 2015. Compor a Comissão de Avaliação e Certificação da SBRA: com a finalidade de emitir o título de capacitação em Reprodução Humana Assistida para enfermeiros. n. 1. Disponível em: <<http://www.sbra.com.br/index.php/titulo-capitacao-enfermagem>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

TORRES, Karine de Andrade; ADRIÃO, Karla Galvão. Feminismo em tempos de tecnocegonha: uma discussão acerca das novas tecnologias reprodutivas. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 56-63, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/324/379>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 215-243.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. Organização das Nações Unidas. *Saúde sexual e reprodutiva*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/saude-reprodutiva>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. *Programme of Action of the International Conference on Population Development: 20th Anniversary Edition*. New York, 2014. 296 p. Disponível em: <[http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme\\_of\\_action\\_Web\\_ENGLISH.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web_ENGLISH.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento*. Cairo, 1994. 105 p. Plataforma de Cairo - 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

VAITSMAN, Jeni. Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 847-850, set. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2000000300033>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

VALE, Eucléia Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 106-113, fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100016)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

VASCONCELOS, Camila et al. Direito ao conhecimento da origem biológica na reprodução humana assistida: reflexões bioéticas e jurídicas. *Rev. Bioét.*, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 509-518, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300015)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)*: Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida. Geneva, 2009. Disponível em: <[http://www.redlara.com/aa\\_portugues/glossario.asp](http://www.redlara.com/aa_portugues/glossario.asp)>. Acesso em: 23 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Division Of Mental Health. *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva, 1994. 108 p.

\_\_\_\_\_. *International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART): about Us*. California, 2015. Disponível em: <<http://www.icmartivf.org/about-us.html>>. Acesso em: 03 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Millennium Development Goals 5: maternal and reproductive health*. Geneva, 2000. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/)>. Acesso em: 26 jan. 2015.

ZATZ, Mayana. Clonagem e células-tronco. *Estud. Av.*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 247-256, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142004000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142004000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 nov. 2014.

ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando et al. Assisted reproductive technologies (art) in latin america: the latin american registry, 2012. *JBRA Assist. Reprod.*, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 127-135, 2014. DOI: 10.5935/1518-0557.20140018.

**APÊNDICE A – Teste de Associação Livre de Ideias (ALI)**

Identificação (código do participante na pesquisa): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O (a) entrevistado (a) pode dizer até 03 (três) palavras com “temas de representação”, perguntados separadamente e norteados pela questão: Diga o que você pensa quando ouve as palavras:

1)“REPRODUÇÃO HUMANA”

2)“REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA”

**APÊNDICE B – Perfil socioeconômico e demográfico**

<b>Identificação (código do participante na pesquisa):</b> _____ <b>Data:</b> ___/___/___
<p><b>1) DADOS PESSOAIS</b></p> <p>1) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  2) Idade: _____  3) Cor/raça (autodeclarada): ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena  4) Religião: _____  5) Naturalidade (UF): _____ Naturalidade (Região): _____  6) Situação conjugal: ( ) casado ( ) solteiro ( ) união estável ( ) viúvo ( ) divorciado  7) Possui filho(s)? ( ) Sim Quantos? _____ ( ) Não  8) Arranjo familiar: ( ) casal com filho ( ) casal sem filho ( ) vive sozinho ( ) vive com parente (sem filho /cônjuge) ( ) vive com filhos (sem cônjuge)</p>
<p><b>2) DADOS ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS</b></p> <p><b>Dados Acadêmicos</b></p> <p>1) Tempo de graduação (formação): ( ) até 15 anos ( ) mais de 15 anos  2) Pós-graduação ? ( ) Sim. Tipo: ( ) Lato Sensu ( ) Stricto Sensu? ( ) Não.  3) Pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva ( ) Sim Qual: _____  ( ) Não. Qual: _____  4) Conteúdo teórico/prático referente à RHA na graduação ou pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Dados Profissionais</b></p> <p>5) Quantos empregos? _____  6) Espaço de atuação: ( ) público ( ) privado  7) Renda individual: ( ) SM (em salários-mínimos)  8) Renda familiar ( ) SM (em salários-mínimos)</p>
<p><b>3) APROXIMAÇÃO COM A RHA</b></p> <p>1) Utilizou técnicas de RHA: ( ) Sim ( ) Não  2) Familiar/amigos utilizaram técnicas de RHA: ( ) Sim ( ) Não  3) Fonte de Informação (geral) 1ª fonte: _____  4) Fonte de Informação (RHA) 1ª fonte: _____</p>

**APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada**

Identificação (código do participante na pesquisa): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: início: \_\_\_\_\_ término: \_\_\_\_\_

- 1) Qual seu entendimento sobre RHA? Como fica sabendo? De onde você fica sabendo sobre esse assunto?
- 2) Você tem interesse por esse assunto? Por quê?
- 3) Como você acha que os avanços em RHA vão ficar no futuro? O que vai acontecer? E o enfermeiro vai acompanhar? O que precisa fazer para acompanhar?
- 4) Alguma coisa preocupa você em relação à RHA? Se sim: de onde acha que venha essa preocupação?
- 5) O que acha que a mulher/casal sente depois de esgotadas suas possibilidades para engravidar disponíveis com a RHA? E o que acha que deveriam fazer? E se fosse você o que você faria nessa situação?
- 6) Caso possua experiência pessoal com RHA como foi vivenciar esse processo?
- 7) Caso possua experiência familiar/amigos que utilizam técnicas de RHA. Como foi vivenciar esse processo?
- 8) Atualmente, como você vê/percebe os serviços privados de saúde em RHA?
- 9) Atualmente, como você vê/percebe os serviços públicos de saúde em RHA?
- 10) E a atuação do enfermeiro nestes cenários, como acredita que seja?
- 11) **Caso trabalhe diretamente com a RHA** – Como é trabalhar com RHA?
- 12) **Caso não trabalhe diretamente com a RHA** – Você já atendeu no seu dia a dia profissional alguma mulher/casal que tenha se submetido à RHA? Fale-me um pouco dessa experiência.
- 13) Você sente dificuldade em abordar/lidar com RHA? Comente.
- 14) Que características um enfermeiro que trabalha com a RHA deve ter? Você pensa que deve ter alguma característica diferente do enfermeiro que trabalha em outra área?
- 15) Em sua opinião, como você pensa que deve ser o cuidado de enfermagem a mulher/ casal que se submete à RHA?
- 16) Frente a uma gravidez proveniente de RHA, como você acha que deve ser o acompanhamento dessa gestação? O que o (a) preocupa nessa situação? Caso haja diferenças: Que diferenças são essas? E como você lida? E como você acha que deve ser o cuidado de enfermagem nessa situação?
- 17) Como você acha que os outros enfermeiros que trabalham na mesma área que você lidam com a RHA? Acha que eles têm dificuldades em lidar com esses assuntos? Como eles deveriam lidar com essas situações?

## APÊNDICE D – Carta de anuência para autorização de pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**  
 Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA



Ilmo Sr. Prof. Dr. Gutemberg Leão de Almeida,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“Representações Sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva sobre reprodução humana assistida”**, a ser realizada no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela aluna de pós-graduação Renata Porto dos Santos Mohamed, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Beatriz de Azevedo Queiroz. A pesquisa em questão possui os seguintes objetivos:

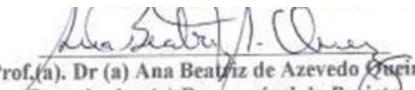
- Descrever as representações sociais de enfermeiros que trabalham na saúde sexual e reprodutiva sobre RHA.
- Analisar a atuação do enfermeiro na RHA, tendo em vista suas representações sociais sobre biotecnologias reprodutivas.

Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem coletados com os profissionais enfermeiros dessa instituição, nos setores: ambulatoriais, enfermaria e centro cirúrgico. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final e/ou em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos, ainda, que tais dados serão utilizados somente para realização deste estudo.

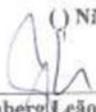
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Rio de Janeiro, 10 de setembro de 2013.

  
 Prof.(a). Dr (a) Ana Beatriz de Azevedo Queiroz  
 Pesquisador (a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

  
 Prof.. Dr. Gutemberg Leão de Almeida  
 Diretoria da Instituição onde será realizada a pesquisa  
 (CARIMBO)

 Gutemberg L. de Almeida Filho  
 Diretor do IG - UFRJ  
 Reg. 0122406 SIAPE 0303051

## APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr. (a):

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**Representações Sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva sobre reprodução humana assistida**”, que possui os seguintes objetivos:

- Descrever as representações sociais de enfermeiros que trabalham/atuam na área de saúde sexual e reprodutiva sobre reprodução humana assistida.
- Analisar a atuação do enfermeiro na RHA, tendo em vista suas representações sociais sobre biotecnologias reprodutivas.

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo exploratório que aplicará a Teoria das Representações Sociais (TRS), segundo Serge Moscovici.

Pesquisa cadastrada e aprovada pelo gerenciamento do Sistema Plataforma Brasil sob o nº **CAAE, 22257513.1.0000.5238** com duração de 02 (dois) anos, com término previsto para dezembro/2014.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo, e o mesmo será codificado de forma aleatória, sem que haja vinculação a você.

Os **dados coletados** serão utilizados apenas **nesta** pesquisa e os **resultados divulgados** em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta, desistir de participar e/ou **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder: 01 (um) Teste de Associação Livre de Ideias e 02 (dois) instrumentos (perfil socioeconômico e demográfico e a entrevista semiestruturada). Os dados produzidos por esses instrumentos serão registrados sob as formas escrita e gravada (formato *MP3*). Após o término da pesquisa todos os dados serão guardados por 05 (cinco) anos pelo pesquisador, e depois desse período as transcrições serão incineradas e as gravações desmagnetizadas.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Quanto aos **riscos** da sua participação na pesquisa, estes poderão ser adicionais, incluindo a possibilidade de desconforto à dimensão psíquica, pois a temática da reprodução humana assistida (RHA) está relacionada à complexa esfera da reprodução e/ou sexualidade humana. Para isso, deverão ser tomadas medidas protetivas de privacidade e confidencialidade para evitar constrangimentos. Na eminência de riscos ocorrerá a suspensão imediata da coleta de dados, e ainda a garantia de assistência que se fizer necessário, decorrente do dano direto ou indireto dos procedimentos da pesquisa, sem representar ônus de qualquer espécie ao participante.

Os **benefícios** da sua participação na pesquisa incluem a colaboração com avanços científicos, no intuito de aprimorar o entendimento das diversas dimensões envolvidas na problemática da reprodução humana assistida (RHA) para as áreas de enfermagem, da saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

Você receberá uma **cópia** deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento da pesquisa.

Profª Drª Ana Beatriz Azevedo Queiroz  
(Orientadora)  
Cel.: (21)98855-4656  
E-mail: anaqueiroz@oi.com.br

Renata Porto dos Santos Mohamed  
(Mestranda)  
Cel.: (21) 99706-3527  
E-mail: renatapmohamed@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148 ramal 228.  
Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

---

Participante da Pesquisa (assinatura)