

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ABORDAGEM DE QUESTÕES
DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA: UMA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

SUZANA DE AZEVEDO ZÁCHIA

ORIENTADOR: PROF. DR. EDUARDO PANDOLFI PASSOS
CO-ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a DANIELA KNAUTH

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

2006

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados filhos Fernanda e Roberto, e ao meu marido Nando, pela paciência que tiveram comigo, a compreensão das horas em que estive ausente, envolvida com o mestrado, e por me incentivarem a continuar acreditando em meu trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Eduardo Pandolfi Passos, que me aceitou como aluna, acreditou em meu potencial, me ensinou sobre reprodução assistida e me estimulou a continuar pesquisando nesta área.

À minha querida co-orientadora, Daniela Knauth, que me ensinou o prazer de trabalhar em pesquisas com mulheres, me orientou na condução deste trabalho, revisou meus escritos - pelo carinho e incansável apoio durante todos estes meses.

Ao meu amigo José Roberto Goldim, que colaborou neste projeto e foi um excelente professor durante o curso.

Ao João Paulo Fisher e Rafael Thiesen, que montaram o programa via internet; ao Rodrigo Rimoli, que esclarecia sempre minhas dúvidas de informática; ao Mathias Azevedo Bastian, que preparou o banco de dados; à Rosana Perin Cardoso, que leu os artigos e auxiliou no envio dos e-mails; aos médicos Andréa Facin, Cristiano Salazar, Nadiane Lemos, Carlos Augusto Souza e João Sabino Cunha Filho, que foram os primeiros colaboradores neste estudo; aos professores do Pós-graduação, em especial às aulas do Edison Capp, que muito contribuíram durante o curso; ao Antonio Falcetta, pela correção do português; a Regina Elnecave, pela tradução do artigo para o inglês;

e à minha chefia, Prof^ª. Ninon Girardon da Rosa, e colegas do ambulatório do Hospital de Clínicas, pela paciência comigo durante estes longos meses de estudo.

À minha querida amiga e professora de inglês Mara Louise Bredalh Ciria, pelas traduções durante a leitura de artigos, discussões sobre o assunto e aulas informais do uso da tecnologia em informática.

À minha querida professora de bioestatística, Ceres Oliveira, pela paciência em ensinar e explicar repetidas vezes os métodos de análise estatística, ajudar na redação do trabalho, conversar sobre a idéia de escrevermos um livro acessível aos alunos de bioestatística e pelas “boas risadas” que demos juntas.

À minha colega Elizeth Heldt que, além de grande incentivadora, me ensinou sobre pesquisa, leitura de artigos, “ser objetiva” e ajudou na revisão do projeto e da dissertação.

À querida colega Juliana Rigol Chachamovich, que estudou comigo durante o curso, escutou minhas queixas e dificuldades e ajudou nas discussões sobre o assunto e na redação do artigo.

Um especial agradecimento a Fernanda Peixoto, pelo auxílio e compreensão desde o início do trabalho, controlando o envio dos e-mails e buscando artigos na internet, ajudando na elaboração da dissertação e na organização do trabalho. Sem tua ajuda, neste momento final, teria sido muito difícil encerrar esta etapa do curso.

Finalmente, um agradecimento muito especial a todos os profissionais da saúde, brasileiros e europeus, que colaboraram neste estudo, aceitando o convite e fornecendo sua opinião sobre os casos de reprodução assistida apresentados neste projeto.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
REVISÃO DA LITERATURA	8
Desejo de maternidade.....	8
Família e Novos Valores	10
Infertilidade.....	12
Reprodução Assistida e Interdisciplinaridade	16
Cultura e Reprodução Assistida.....	19
Legislação sobre Reprodução Assistida	23
OBJETIVO GERAL	26
Objetivos Específicos.....	26
REFERÊNCIAS	27
ARTIGO ORIGINAL – EM PORTUGUÊS	32
ARTIGO ORIGINAL – EM INGLÊS	52
ANEXO 1 – CARTAS CONVITE	72
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	76
ANEXO 3 – CASOS EM ESTUDO	77

INTRODUÇÃO

A infertilidade pode resultar em uma série de sentimentos negativos, tais como tristeza, culpa e isolamento social. Pode ser encarada, inclusive, como uma das crises da vida cuja decorrência resulta em prejuízo à estabilidade da relação conjugal (PASSOS *et al*, 2006).

Silva *et al* (2003), em artigo de revisão sobre sintomas psicológicos e infertilidade, nos mostram que é bastante estressante a experiência das mulheres inférteis submetidas a um procedimento como a fertilização *in vitro*. Descrevem ainda que as que procuram tratamento indefinidamente tendem a ter mais riscos de dificuldades psicológicas, tristeza e depressão. Os autores ressaltam a importância de os profissionais da saúde conhecerem o dano que a infertilidade provoca, e o subsequente sofrimento do casal, e comunicarem-se melhor com seus pacientes, bem como promoverem a integração entre as várias especialidades médicas.

Segundo Passos *et al* (2006), a prevalência de infertilidade tem se mantido constante no decorrer dos anos, mas tem crescido a procura por tratamentos. Estimam que possa acometer de 8% a 12% dos casais em toda a sua vida reprodutiva e referem-se a estudos que têm demonstrado que pode chegar a 30%.

Em um estudo multicêntrico realizado na França, Thonneau *et al* (1991) encontraram prevalência de infertilidade de 14,1%, indicando que uma a cada sete mulheres na França, durante sua vida reprodutiva, consultará especialista devido à infertilidade. No Brasil, no entanto, não há estatísticas relativas, porém supõe-se que seja igual ou maior devido ao grande número de doenças sexualmente transmissíveis e a outras doenças inflamatórias pélvicas que acometem a mulher e que podem ter como consequência a infertilidade (PASSOS *et al*, 2006).

Nas últimas décadas, a tecnologia cada vez mais avançada nessa área tem proporcionado satisfazer o desejo das mulheres ou de casais que queiram engravidar. Existem diversas técnicas de reprodução assistida que os grandes centros de medicina reprodutiva, no mundo todo, utilizam nos tratamentos (REBAR; DECHERNEY, 2004). No entanto, além do recurso técnico, existem outros fatores que influenciam o acesso ao tratamento, e que as equipes de profissionais desses centros precisam discutir e avaliar a possibilidade de tratar esta mulher ou este casal. Para isso sabemos que nossos valores, nossa cultura, nosso conhecimento e experiências de vida são fundamentais e influentes em nossas decisões profissionais.

Para poder entender melhor a situação dessas mulheres e/ou casais, resolvemos estudar os fatores que interferem na análise que os profissionais da saúde fazem dos casos de reprodução e compreender se existem diferenças culturais que influenciam as decisões dos profissionais de diversos centros de reprodução assistida em diferentes países.

A pesquisa científica nas áreas de atitudes e comportamentos a respeito da reprodução assistida tem sido muito importante e deve ser expandida, de maneira que intervenções mais eficazes possam ser desenvolvidas entre os profissionais dessa área. Serve, também, para estudo e adequação dos parâmetros legais frente ao recente desenvolvimento tecnológico.

REVISÃO DA LITERATURA

Desejo de Maternidade

Desde os primórdios da humanidade até os dias de hoje, o desejo de maternidade para a maioria das mulheres parecia bem definido. A natureza feminina teria por direção a maternidade, ou seja, a mulher teria um destino biológico a cumprir e, conforme a sociedade valorize ou deprecie a maternidade, a mulher é considerada uma boa mãe (BADINTER, 1980). Para Platão, nascer mulher era uma punição dos deuses e o único destino que as mulheres poderiam ter era o de procriar. Assim, o corpo feminino era governado pela "mãe do corpo" (OLIVEIRA; MOTA, 2001).

Badinter (1980), quando discorre sobre o mito do amor materno, em vez de chamar de "natureza feminina", prefere falar em multiplicidade de experiências femininas submetidas a valores sociais. Ressalta que o amor materno não é inato, mas adquirido ao longo dos dias em que uma mulher cuida de um filho e em função das expectativas que a sociedade deposita nela.

A primeira decisão reprodutiva que as mulheres tomam quando crescem é se vão ou não ficar grávidas - muitos fatores são levados em consideração quando tomam essa decisão. Essas variáveis vão desde valores psicossociais até culturais, sendo que tais considerações possuem graus diferentes de influência (SUNDERLAND, 1990).

Em razão da naturalização do amor materno nas sociedades ocidentais, observamos que poucos estudos preocuparam-se com os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão reprodutiva de uma mulher. No entanto, sabemos que o papel cultural dessa mulher é uma variável com grande influência. Em algumas culturas, a mulher não é considerada completa até que seja mãe. Um grande número de filhos reforça seu papel na sociedade, ainda

mais em um ambiente em que o desemprego é elevado e o status social é baixo. Nesse contexto, ela pode considerar a procriação e a educação dos filhos seu papel mais gratificante (SUNDERLAND, 1990).

Sabemos que, em muitas sociedades, existe uma pressão social para que a mulher só se realize na maternidade e que, dessa forma, então, possa encontrar a felicidade. Esse desejo por uma criança poderia ser o resultado deste reconhecimento social dessa mulher enquanto mãe (PETERSEN, 2004). Assim como, na sociedade ocidental, o cuidado com as questões da reprodução é percebido como uma tarefa natural de quem nasceu para cuidar de outras pessoas e vive restrita à esfera doméstica. Dessa maneira, as alegrias de ser mãe compensariam muitos sofrimentos pelos quais a mulher passa (PETCHESKY, 1999). Ou seja, as desigualdades sociais existentes entre homens e mulheres e a posição de dominada que a mulher possui na sociedade poderiam ser, dessa forma, compensadas pela maternidade.

No século XX, houve importantes mudanças no papel da mulher na sociedade. Dentre essas mudanças, destacam-se o aumento da sua participação no mercado de trabalho, o maior acesso à escolarização e a participação na vida política, bem como o aparecimento dos anticoncepcionais orais, permitindo, assim, o controle sobre a reprodução (BOZON, 2002). Entretanto, apesar dessas mudanças, a mulher continuou a ser considerada a principal responsável pelos filhos e a opção de não reproduzir era moralmente reprovável - o que foi, durante muito tempo, uma causa importante das dificuldades de a mulher trabalhar fora de casa. Um exemplo disto é que a quase totalidade da mídia, até o início da década de 80, declarava reprovadas ou excluídas as mulheres que não queriam filhos. Estas eram censuradas pelo seu egoísmo e por sua falta de maturidade (BADINTER, 1980).

Centa (2001) enfatiza que o discurso psicanalítico também contribuiu muito para tornar a mãe a personagem central da família. A mulher era

identificada pela sua sexualidade e pelo seu corpo: seu útero definia seu lugar na sociedade e devia ser protegido, pois era o centro do lar e da família. O filho ocupava o centro do grupo familiar e era o alvo afetivo, econômico, educativo e existencial, pois, como herdeiro, representava o futuro da família, seu sonho, seu projeto e sua forma de perpetuar-se.

Família e Novos Valores

Em estudo sociológico sobre família no Brasil, Peixoto *et al* (2000), enfatizam que as mudanças na família brasileira foram impulsionadas primordialmente pelos processos de modernização e individualização. Esse trabalho focalizou, sobretudo, a importância de assimilação de novos valores e seus impactos sobre as vivências familiares, compreendendo o funcionamento das famílias contemporâneas nos países ocidentais com respeito a uma nova concepção do indivíduo e da família. Ainda ressaltam que a família extensa, na qual o cuidado com os filhos era compartilhado com as diferentes gerações que habitavam no mesmo espaço – avós, tios, primos, filhos de criação, etc. –, passa a ser substituída, particularmente nos segmentos médios e altos, pela idéia da família nuclear – pai, mãe e filhos.

A família coesa, centrada nos filhos, aparece aqui como projeto de auto-realização de um estilo de vida familiar. Uma decisão livre, afora o fato de a mulher poder contar com a parceria do marido. O que está explícito é que o centro da existência de ambos é a vida familiar centrada nos filhos, em detrimento de qualquer outro projeto de auto-realização, seja profissional ou político, entre outros. Os filhos adquirem, assim, a dimensão de provedores do sentido existencial não apenas na mulher, mas também no homem (SORJ; GOLDENBERG, 2001). O viver em família dá suporte para a compreensão do

significado de nossa herança cultural e dos valores transmitidos pela sociedade, exigida pelo meio em que vivemos, compreendendo a importância dos filhos na vida de um casal (CENTA, 2001).

A decisão de ter ou não filhos passa a ser percebida, nesse contexto, como uma decisão do casal, e não mais como um destino da mulher. Sabe-se que, muitas vezes, o desejo do parceiro de ter filhos influi na decisão reprodutiva da mulher: a mulher quer ter um filho "para ele" ou deseja ter "com ele". Esse parceiro também tem um desejo de maternagem, querendo, assim, ter um filho "com" ela. Bonilha e Espírito Santo (2000), estudando a participação paterna no parto, afirmam que, especialmente entre os segmentos da sociedade de maior poder aquisitivo, os companheiros têm procurado se preparar para assumir o papel ativo nos cuidados e na criação dos filhos, precisando enfrentar o desafio de trabalhar fora e envolver-se, assim, com o exercício da paternidade.

Os estudos de Paxson (2003) enfatizam que a paternidade, para o homem, também propicia associações com sua virilidade e potência sexual. Em situações em que seja necessária a utilização de um doador de esperma, a questão da genética da criança não é tão evidenciada quanto, a dúvida sobre a capacidade de o marido inseminar sua esposa, comprometendo o reconhecimento social dessa contribuição.

Um trabalho realizado no ambulatório de reprodução humana da Universidade de Campinas (UNICAMP) pontua reflexões a respeito da reprodução, com questões relacionadas a gênero e ao desejo de os homens terem filhos. O estudo mostra a importante diferença entre a presença do companheiro em tratamento de esterilidade e a ausência do mesmo, no que compete ao planejamento familiar. A equipe de profissionais da saúde também tem parcela de colaboração nesse processo, pois exige a presença do homem quando se trata de reprodução assistida, para sua avaliação e compreensão do

tratamento, e não o faz nas situações de planejamento familiar (COSTA, 2001/2002).

Infertilidade

O desenvolvimento tecnológico da medicina possibilitou novas alternativas reprodutivas às mulheres e aos casais com problemas de infertilidade. A mulher ou o casal, ao detectar a dificuldade de engravidar, pode assim buscar assistência de profissionais tanto para a solução de seu problema quanto para o apoio emocional, tentando, dessa forma, ter a chance de satisfazer seu desejo de ter filhos. Muitas vezes, contudo, as novas tecnologias reprodutivas são apresentadas através da mídia e do meio científico como a solução infalível para todos os problemas de infertilidade (LOCK, 2002; HARDY *et al*, 2002).

Vários autores colocam que o sonho de algumas mulheres em ser mãe é tão intenso, que encontramos depoimentos de pacientes que acreditavam que a tecnologia médica proporcionaria a resposta a todos os seus sonhos e que, apesar de todas as dificuldades, persistiam no projeto de tornarem-se mães (STRATHERN, 1995; NOVAES; SALEM, 1995). Sabe-se que as taxas de sucesso com o uso de tecnologia reprodutiva dependem de fatores relacionados aos pacientes e ao tratamento. Os tratamentos com reprodução assistida precisam, no mínimo, ser divididos em categorias, dependendo do status do embrião, e devem também ser considerados outros fatores, como, idade da paciente, número de embriões transferidos e uso de procedimentos prévios de tecnologia de reprodução assistida, para que possam ser avaliadas as taxas de sucesso (WRIGHT *et al*, 2003; KOVACS; HOWLETT, 2004).

Segundo Passos *et al* (2003), a equipe de profissionais da saúde deve compreender bem o desgaste emocional pelo qual o casal passa e avaliar sua capacidade de tolerar o estresse, ajudando a enfrentar a realidade e não estimulando fantasias. O papel do médico nas decisões reprodutivas da mulher consiste, primariamente, no fornecimento de informações sobre as possíveis opções e, dependendo do modelo de aconselhamento empregado, possivelmente, em fazer algumas recomendações (SUNDERLAND, 1990).

No atendimento em reprodução assistida, Becker e Nachtigall (1991), salientam que a relação médico-paciente muitas vezes reflete não somente questões interpessoais do profissional com a paciente, mas também os significados e valores relacionados em sua cultura, com poder e autoridade. Muitas vezes os profissionais não negociam com os pacientes a respeito do seu desejo de tratamento, mas sim tentam impô-lo.

Esses autores ainda ressaltam que, no tratamento da infertilidade, como nas demais áreas da obstetrícia e ginecologia, a maioria dos pacientes que se submete ao tratamento é do gênero feminino, enquanto que a maioria dos profissionais é do masculino. Esses profissionais, que foram socializados a ver mulheres e seus corpos sob uma perspectiva de doença, são aqueles que encaminham o tratamento da infertilidade colaborando para o nascimento de uma criança. Posteriormente, Becker e Nachtigall (1994), acrescentam que, dentro do sistema de cuidado da saúde, a decisão médica é influenciada pelos valores culturais e pelas crenças, que podem interferir em sua tomada de decisão.

Diante da situação de infertilidade, que possui várias causas, a responsabilidade sobre os tratamentos e condutas adotadas deve ser dividida entre a equipe de saúde e o casal conforme Centa (2001).

Desde o nascimento de Louise Brown, em Julho de 1978, primeiro caso relatado de bebê gerado *in vitro* (STEPTOE; EDWARDS, 1978), muito casais

com problemas de fertilidade têm sido auxiliados na resolução de seu problema, resultando no nascimento de uma criança saudável (VAN STEIRTEGHEM *et al*, 2002). O objetivo de todos os tratamentos de infertilidade tem sido dar chance, à população de casais inférteis de satisfazer seu desejo de ter um filho.

A satisfação dos pacientes em relação aos tratamentos de infertilidade é conhecida através de alguns estudos (SABOURIN *et al*, 1991; SCHMIDT *et al*, 2003a; SCHMIDT *et al*, 2003b). Entre eles, um trabalho sobre a experiência de mulheres com o tratamento, realizado pelo Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento de Saúde e Bem-estar, na Finlândia, mostrou que somente 45% das mulheres estavam satisfeitas com o cuidado em infertilidade. Provavelmente isso seja justificado pela demora em ter seu próprio filho, situação esta que envolve desgaste, tanto psicológica quanto socialmente, além de todo o investimento emocional e financeiro que requer. A insatisfação das pacientes com o tratamento era fortemente associada ao resultado negativo de gestação e ao cuidado feito de maneira insuficiente (MALIN *et al*, 2001).

Muitas mudanças e avanços têm sido feitos nos últimos anos nos protocolos para infertilidade (VAN STEIRTEGHEM *et al*, 2002) e, cada vez mais, novas técnicas em reprodução assistida têm sido aperfeiçoadas. O acesso à técnica de injeção intra-citoplasmática de espermatozóide (ICSI) permite o tratamento da infertilidade masculina. A realização de biópsia de embrião para diagnóstico genético pré-implantacional (DPI) permite identificar doenças genéticas. Os métodos de rastreamento, que beneficiam condições de cultura e seleção de blastocistos viáveis para transferência, permitem um melhor resultado na proporção de gestações únicas (HARDY *et al*, 2002). Esses avanços vêm auxiliando cada vez mais as mulheres e/ ou casais a realizar o desejo de ter uma criança saudável (REBAR; DECHERNEY, 2004).

A tecnologia na área da reprodução medicamente assistida tem sido utilizada também em outros ramos da medicina, como na área de oncologia, com

o objetivo de preservar óvulos e sêmen cujo potencial reprodutivo é ameaçado pelo câncer ou por tratamento quimio ou radioterápico (HARDY *et al*, 2002; SHENFIELD *et al*, 2004).

Além desse recente avanço tecnológico, pontuando sucessos ou fracassos nas técnicas de reprodução, Min *et al* (*apud* GRIESINGER *et al*, 2004) encorajam programas e registros que notifiquem gestação a termo; taxa de nascimento vivo por tratamento de ciclo e gestação única, como parâmetros de tecnologia de reprodução assistida, medindo sucesso após o procedimento. O consenso (2003) da European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) determinou que o principal objetivo da fertilização *in vitro* (FIV) e/ou da ICSI é o nascimento de uma única criança saudável, sendo a gestação gemelar vista como complicação (GRIESINGER *et al*, 2004; REBAR; DECHERNEY, 2004). Os mesmos autores citam como exemplo a França, que registra idade gestacional e peso ao nascer para todos os nascimentos depois do tratamento de infertilidade.

Para a paciente, a informação sobre os resultados de nascimento de uma única criança viva por ciclo de tratamento iniciado é a medida prioritária. Por outro lado, para a comunidade médica, o mais importante é documentar o resultado de FIV em uma escala mais detalhada ainda. A idade gestacional no nascimento, entretanto, não parece apropriada para medir a competência profissional de um centro ou programa (GRIESINGER *et al*, 2004). Um estudo mostra que relatórios com resultados de tratamento de FIV têm sido publicados e, desta maneira, podem permitir comparações entre diferentes países da Europa e outras regiões do mundo (NYGREN; ANDERSEN, 2001).

Os avanços tecnológicos e o desenvolvimento de diversos protocolos em FIV trouxeram aos casais uma maior oportunidade de realização dos seus sonhos de reprodução e de gestação. Entretanto, não podem ser

desconsiderados os limites impostos pela natureza e as possibilidades de insucesso do tratamento (PASSOS, 2004).

Reprodução Assistida e Interdisciplinaridade

A área de reprodução assistida tem fornecido um novo campo de especialidade para vários profissionais da saúde, o qual permite que ampliem suas habilidades clínicas e teóricas. Nesse sentido, tem se observado enfermeiras atuando em unidades clínicas de reprodução, bem como em pesquisas sobre seu papel na equipe multidisciplinar (BARBER, 2002; AYGUL, 2002; ALLAN; BARBER, 2004).

Um estudo realizado em um centro de mulheres de Oxford, na Inglaterra, mostrou que enfermeiras que trabalham em reprodução assistida passaram a ter autonomia sobre o gerenciamento da investigação e sobre o tratamento de casais inférteis com o suporte da equipe médica. Os autores referem que esses novos papéis destas profissionais estão alterando a atitude da equipe para um trabalho multiprofissional, redesenhando as fronteiras entre profissionais na área de infertilidade (ALLAN; BARBER, 2004). Essas enfermeiras têm sido parte essencial nas equipes que trabalham com reprodução assistida e são bem posicionadas para conduzir avaliação tecnológica considerando aspectos culturais e éticos no centro da questão. São também preparadas para assistir mulheres e seus companheiros, que procuram assistência, compreendendo o contexto sócio-cultural caracterizado por ambivalência dos pacientes em relação ao tratamento (SANDELOWSKI, 1999).

Segundo Leininger (1995), a enfermagem com uma visão transcultural lida com diferentes maneiras de conhecer e de ajudar os indivíduos nas diversas culturas, pontuando valores, crenças e práticas adotados pelas comunidades.

Essa enfermagem transcultural é uma relevante área de estudos que abre frentes do conhecimento, anteriormente, fechadas às enfermeiras.

Importante ressaltar que as decisões e orientações dos profissionais da saúde não são baseadas estritamente em critérios técnicos, mas também influenciadas por valores da sociedade em que estes estão inseridos. Segundo Goldim (2005), muitos países, a partir de 1990, decidiram estabelecer diretrizes éticas e legislação para as tecnologias reprodutivas, considerando a importância do assunto.

Ainda salienta que os aspectos éticos mais importantes relacionados à reprodução humana são aqueles relativos à utilização do consentimento informado, à escolha de sexo, à doação de gametas e embriões, à seleção de embriões com base na avaliação de doenças, à maternidade substitutiva, à clonagem, à pesquisa e outros.

Dessa forma, diversas questões sobre reprodução assistida têm sido levadas aos comitês de ética. A escolha de sexo com o desejo de balancear a prole, por exemplo, tem sido uma questão bastante discutida em muitos países, porém mais estudos sobre o impacto dessa seleção nas famílias, se fazem necessários, antes que esse método se torne rotineiro (SAUER, 2004).

Muitos profissionais bioéticos rejeitam a escolha de sexo, exceto para prevenir doenças genéticas ligadas a esse fator, e entendem que, para um procedimento médico ser considerado ético, os benefícios têm de superar os riscos. A questão ética nunca é unilateral e sempre devem ser considerados os interesses dos envolvidos nas decisões reprodutivas (SHANNER; NISKER, 2001).

Shenfield *et al* (2002), salientam que princípios éticos devem reger as pesquisas e os tratamentos. Como exemplo disto, citam as pesquisas com células tronco-embrionárias. O princípio da autonomia, beneficência, maleficência e liberdade da pesquisa devem ser sempre respeitados.

Considerações éticas quanto à crio-preservação de embriões também merecem atenção especial: o que fazer com esses embriões e de quem é a decisão sobre isso. A *Ethics Task Force* sugere que seja feito um termo de concordância por escrito, antes de se iniciar o tratamento, entre os pais e o centro de reprodução. Essa posição é fundamentada no princípio básico de que os pacientes têm o direito de decidir sobre seu material genético e sobre sua reprodução (SHENFIELD *et al*, 2001).

O debate a respeito do anonimato ou não de doadores de gametas tem acontecido em discussões sobre direitos, mas pouco tem sido examinado sobre os significados dessa questão. Conhecer o ponto de vista do doador e preocupar-se com a repercussão disso na criança que será gerada pode ter implicações éticas para práticas de aconselhamento e para qualquer contato com quem faz a doação (BODEN; WILLIAMS, 2004).

As tecnologias reprodutivas colocam vários desafios, pois podem ser requeridas para solucionar problemas distintos daqueles a partir dos quais foram concebidas. Um exemplo disso é o desejo de casais homossexuais femininas solicitarem a possibilidade de gerar uma criança em uma das parceiras, utilizando sêmen de doador (GOLDIM, 2005); outro caso pode ser de um casal sorodiscordante para o HIV que deseja ajuda de serviços de reprodução para inseminação, evitando, dessa forma, o risco de contaminação do parceiro durante ato sexual desprotegido. Para tal, casais procuram centros especializados, solicitando a intervenção de profissionais treinados nessa área. Frente a essas situações aparecem questionamentos se a equipe deveria atender prontamente a esse desejo; por que motivos o faria; e quais os aspectos envolvidos nessa tomada de decisão por parte destes profissionais que trabalham em centros de reprodução humana.

Cultura e Reprodução Assistida

Essas questões nos fazem rever alguns fatores relacionados à formação biomédica. Importante pensar de que maneira os estudantes da área da saúde aprendem como cuidar, ou melhor, atender seus pacientes, formulando ou constituindo a dimensão do mundo a qual esse conhecimento se refere.

Analisar esse processo formativo serve de entrada para uma série de afirmações sobre a relação entre a cultura, a doença e o conhecimento médico. Precisamos ter sempre presente que uma pessoa é produto de uma construção cultural e de uma complexa experimentação própria e de outro, sendo assim necessário um trabalho cultural, para reconstituir a pessoa que é o objeto da atenção médica (GOOD, 1994).

O comportamento humano é o resultado dos processos de socialização, e os diferentes discursos e comportamentos dos homens e das mulheres expressam os padrões de gênero, determinados socialmente, que prevalecem em uma dada sociedade (BAJOS; MARQUET, 2000). Nesse sentido, tanto os discursos quanto as práticas podem ser bastante diversos quando consideramos diferentes culturas.

Um conceito antropológico que se tem de ter em mente quando se estudam culturas é o da variação cultural. As culturas humanas têm variações intraculturais entre duas ou mais culturas tanto quanto variações interculturais dentro de uma cultura particular. Em geral, são moldadas, aprendidas, e mostram pequenas ou grandes variabilidades entre e dentro de culturas com respeito a valores, símbolos, crenças, rituais e outras características (LEININGER, 1995).

Segundo Good (1994), as práticas na área da saúde não são apenas técnicas, mas fortemente influenciadas pela cultura em que estão inseridas.

Pesquisas comparativas nessa área podem investigar as práticas da formação do profissional médico e biomédico através das culturas: a natureza das realidades que eles reconhecem, as maneiras como eles vão apreender e agir, e suas eficácias em transformar essa realidade.

Como parte do sistema cultural de saúde, o tratamento da infertilidade reflete um modelo cultural e biológico, no qual a fertilidade é a norma. A habilidade de reprodução biológica é a expectativa básica em uma sociedade, como salienta Heritier (1996), ao demonstrar que em praticamente todas as culturas as mulheres são consideradas as principais responsáveis pela infertilidade.

Para os americanos que planejam ter filhos, o imenso significado cultural dessa decisão é personificado na idéia de ter crianças, pois elas simbolizam continuidade da família, futuro e marcha das gerações. A infertilidade, então, constitui uma grande perda (BECKER; NACHTIGALL, 1991).

A fim de melhor compreender as diferenças de significados da infertilidade entre as culturas, devem ser utilizados métodos para pesquisa comparativa. Estes objetivam comparar tipos de práticas médicas através das sociedades e analisar transculturalmente os modos de interpretação das diversas formas de realidades da doença (GOOD, 1994).

Em pesquisa transcultural Ericksen e Brunette (1996), observaram mulheres africanas entre 27 países daquele continente e mostram que a infertilidade é fortemente associada a fatores culturais, sociais e comportamentais. Esses fatores são conhecidos por exporem mulheres ao risco de doenças sexualmente transmissíveis e de outras infecções do trato reprodutivo, muito associadas à infertilidade clínica. As taxas de infertilidade variam entre esses países. Embora a cultura afete a infertilidade através de sua influência nos comportamentos sexuais, o fato de que diferenças culturais em infertilidade foram observadas em muitas nações heterogêneas sugere a

existência também de outras causas “culturalmente específicas” para esse problema.

Estimando a frequência de infertilidade, que é diferente entre países da África, entende-se que as razões para essa diferença podem se dever aos diferentes padrões de comportamento sexual. A necessidade de educar curandeiros tradicionais, de maneira que possam referir cedo clientes inférteis para um sistema formal de cuidados de saúde, é importante (SUNDBY; MBOGE; SONKO, 1998).

Hofstede é um dos autores mais referenciados que aborda o tema em pesquisas transculturais (GOLDIM, 2002a). Esse autor define cultura como sendo a programação coletiva de mentes: um fenômeno coletivo parcialmente compartilhado com pessoas que vivem no mesmo ambiente social, distinguindo um grupo de pessoas de outro (HOFSTEDE, 1997).

A existência de diferenças entre contextos culturais e sociais deve ser vista em níveis diferentes. Há, primeiramente, as diferenças entre as realidades sociais, objetivas e subjetivas, de países como Brasil e alguns da Europa, que podemos perceber no nível macrossocial, através da estrutura das classes sociais, das políticas sociais e familiares e, da organização do sistema de ensino (PEIXOTO *et al*, 2000).

Diversos autores preocuparam-se em estudar o que seria a dimensão de uma cultura nacional, entendida, segundo relacionou Hofstede, como um aspecto de uma cultura que pode ser medido em relação a outras. Esse mesmo autor define as principais dimensões da cultura de um país como: o individualismo versus coletivismo, a masculinidade versus feminilidade, distância de poder, aversão à incerteza e orientação para curto versus longo prazo (GOLDIM, 2002a).

Em sociedades nas quais os indivíduos preocupam-se mais consigo mesmos ou somente com suas famílias; cujas regras sociais para homens e

mulheres são flexíveis com ênfase na igualdade e solidariedade, dizemos que há predomínio de individualismo e feminilidade. Por outro lado, em sociedades onde os relacionamentos prevalecem sobre o trabalho, dizemos que há predomínio do coletivismo.

Segundo estudos de Hofstede, por exemplo, no Brasil os indivíduos assumem um comportamento *coletivo*, ou seja, têm um baixo índice de individualismo, têm dificuldades de lidar com situações de conflitos. Já na França há um alto índice de individualidade. O que no Brasil poderia ser uma situação de constrangimento social, na cultura francesa poderia ser um sentimento pessoal, independente de outras pessoas. Exemplo clássico disso é a questão da doação de órgãos, em que as formas de doação têm base nas características de cada cultura (GOLDIM, 2002b).

Triandis (*apud* GOLDIM, 2002a), outro autor que escreve sobre dimensões culturais, fala em formação de subgrupos; familismo; ênfase na idade, sexo e classe social; orientação para o passado-presente-futuro; e comunicação de alto versus baixo contexto.

A importância da continuidade de pesquisas biomédicas é de muita relevância; no entanto, somente quando os profissionais dessa área forem capazes de contextualizar os problemas de saúde é que estarão em condições de ter progresso na direção da sua solução. Nessa empreitada, estudos transculturais das práticas de saúde e estudos antropológicos da cultura de saúde podem trazer significantes contribuições (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978; INHORN, 1994).

Legislação sobre Reprodução Assistida

As questões vinculadas às novas tecnologias reprodutivas devem ser analisadas a partir da legislação vigente em cada país e a partir também das transformações colocadas quer pelos avanços tecnológicos, quer pelas mudanças sociais e culturais.

O avanço do conhecimento científico solucionando casos de infertilidade humana que antes não eram resolvidos por métodos tradicionais suscitou a necessidade do estabelecimento de diretrizes que auxiliassem os médicos em suas decisões. Essa tecnologia também provocou a necessidade de harmonizar o seu uso, na prática, com a ética médica. Como no Brasil não há legislação específica sobre reprodução assistida foi, então, criada uma resolução que normatizou a utilização das técnicas em reprodução, denominada Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), nº. 1358, no ano de 1992 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005).

Esse consenso estabelece normas éticas para a utilização das técnicas em reprodução assistida cujos princípios gerais determinam o papel de auxílio em questões de infertilidade, a preocupação com os riscos à paciente e aos seus descendentes, a importância do consentimento informado, o cuidado com os gametas e a transferência embrionária, dentre outros (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005). No Brasil, os profissionais da saúde, enquanto não há legislação, utilizam esse consenso como norma.

Atualmente, tramita no Senado Federal o Projeto de Lei nº 90 de 1999, que tem o objetivo de regulamentar a assistência em reprodução assistida. Como exemplo disso, a utilização da técnica nos casos de infertilidade seria feita constatada a existência de infertilidade irreversível ou inexplicada em casais com união estável; permitida gestação de substituição não-remunerada em situação

de problemas médicos que impeçam a gestação na usuária e desde que haja parentesco; e a pré-seleção sexual de gametas ou embrião, só podendo ocorrer em virtude do risco de doenças hereditárias (SENADO, 2005).

Em Sessão Plenária do CFM de 11 de Julho de 2001, foi estabelecida nova resolução, de n.º 1623, tratando mais pontualmente do funcionamento de clínicas, da captação de tecidos e células para cultivo, seu uso, instalações adequadas e normatização das mesmas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005).

Em países da Europa, há diferentes regulamentações que determinam as principais regras para reprodução assistida e que devem ser seguidas pelos centros de atendimento a casais inférteis (ROBERTSON, 2004a; MAUNDER, 2004; ROBERTSON, 2004b).

Na Alemanha, as diretrizes para tecnologias de reprodução assistida têm por objetivo regulamentar o uso de tais medidas para obtenção de gravidez. Essas normas determinam condições para a realização de procedimentos: aplicados a pessoas casadas, somente podendo ser utilizadas em casais que sejam HIV negativos, não obrigando o pagamento desse tratamento pelo seguro de saúde para mulheres menores de 25 anos e mais velhas que 40 anos, dentre outras (GESETZ, 2005; RICHTLINIEN, 2005).

A Itália, por sua vez, aprovou uma nova lei regulando essas tecnologias em Fevereiro de 2004. A promulgação dessa nova legislação gerou grande debate entre os profissionais da saúde, por apresentar problemas envolvendo questões sociais, direitos humanos e a aplicação da tecnologia em reprodução assistida. Há um entendimento de que o texto dessa nova lei é impreciso e confuso. A delicadeza do assunto deveria ter promovido um completo e detalhado debate com parlamentares e sociedade civil, com o objetivo de ajustar as cláusulas da lei. No entanto, apesar do debate com a sociedade ter sido completo, o texto proposto, através das comissões de saúde, permaneceu

fechado e impenetrável para mudar, por inteiro, o processo. Os legisladores que defendem essa abordagem alegam que submeter o texto à modificação teria significado adiar sua aprovação indefinidamente. Autores afirmam que há problemas com a nova lei italiana que envolve questões sociais, de direitos humanos e de aplicação de tecnologias (BENAGIANO; GIANAROLI, 2004).

A aprovação dessa nova lei, que gerou diversas controvérsias, motivou um estudo que documentou os efeitos clínicos dessa regulamentação. Uma pesquisa com resultados de ciclos de FIV, realizada em diversos centros de infertilidade na Itália, foi publicada neste ano de 2005, concluindo que as taxas de sucesso de FIV-ICSI não foram influenciadas pela nova legislação, enquanto que a proibição de congelar embriões parece resultar em um impacto bem mais relevante (RAGNI *et al*, 2005).

O avanço tecnológico exige que esses aspectos legais sejam revistos dentro das diversas sociedades, de maneira a contemplar a intenção dos casais que procuram ajuda.

O desenvolvimento da assistência reprodutiva, então, tem produzido intenso conflito ético, político e legal em vários países, gerando assim a necessidade de reavaliar esses parâmetros. Reconhecer essa necessidade representa o primeiro passo para criar uma legislação segura e tolerante. As implicações do avanço dessa tecnologia, no que diz respeito às questões sociais, morais e políticas, exigem um suporte jurídico que proteja os direitos e interesses dos envolvidos, bem como as gerações futuras (DINIZ; BUGLIONE, 2002).

OBJETIVO GERAL

Este estudo tem por objetivo verificar a existência de diferenças transculturais na forma de analisar os casos de busca de tecnologia de reprodução assistida por mulheres e/ ou casais entre profissionais brasileiros e de países da Comunidade Européia.

Objetivos Específicos

- Verificar se há diferença nas respostas segundo a formação profissional dos participantes do estudo.
- Estabelecer se a variável sexo do profissional interfere na avaliação dos casos.
- Identificar quais aspectos técnicos foram privilegiados pelo profissional e que valores morais estavam presentes na avaliação dos casos.
- Analisar se os aspectos legais de cada país interferem na resposta do profissional.

REFERÊNCIAS

ALLAN, A.; BARBER, D. Nothing out of the ordinary: Advanced fertility nursing practice. **Human Fertility**, UK, v.7, n.4, p.277-84, dec, 2004.

AYGUL, A. Nursing in adaptation to IVF failure. **Human Reproduction Abstracts MS**, UK, n.54, p.1-2, 2002.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. São Paulo: Círculo do Livro, 1980. 310p.

BAJOS, N.; MARQUET, J. Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. **Social Science & Medicine**, UK, v.50, n.11, p.1533-46, jun, 2000.

BARBER, D. Survey of fertility nurses' perceptions of extended practice. **Abstract Book MS**, UK, n.49, p.1-2, 2002.

BECKER, G.; NACHTIGALL, R. D. Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility. **Social Science & Medicine**, UK, v.32, n.8, p.875-85, 1991.

BECKER, G.; NACHTIGALL, R. D. Born to be a mother: the cultural construction of risk in infertility treatment in the U.S. **Social Science & Medicine**, UK, v.39, n.4, p.507-18, 1994.

BENAGIANO, G.; GIANAROLI, L. Editorial - The new Italian IVF legislation. **Reproductive BioMedicine Online**, v.9, n.2, p.117-25, jun, 2004.

BODEN, J.; WILLIAMS, D. I. Donor anonymity: Rights and meanings. **Human Fertility**, UK, v.7, n.1, p.19-21, mar, 2004.

BONILHA, A. L. L.; SANTO, L. C. E. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e o nascimento de seu filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, p.87-109, jul, 2000.

BOZON, M. **Sociologie de la sexualité**. Paris: Nathan Université, 2002. 128p.

CENTA, M. L. **Do natural ao artificial: a trajetória de um casal infértil**. Curitiba: Do Autor, 2001. 185p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.1358/ 1992**. Disponível em: www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358_1992.htm. Acesso em 27/10/2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.1623/ 2001**. Disponível em: www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1623_2001.htm. Acesso em 27/10/2005.

COSTA, R. G. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos. *In*: ARAÚJO, A. M. C. (Org.). **Cadernos pagu: desafios da equidade**. Campinas: UNICAMP, 2001/2002. 397p. p.105-30.

DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (Eds.). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro**. Brasília: Letras Livres, 2002. 94p.

ERICKSEN, K.; BRUNETTE, T. Patterns and predictors of infertility among african women: a cross-national survey of twenty-seven nations. **Social Science & Medicine**, UK, v.42, n.2, p.209-20, 1996.

GESETZ zum Schutz von Embryonen - 13.12.1990. Disponível em: www.chidiless.de/gesetz.htm. Acesso em 26 de novembro de 2005.

GOLDIM, J. R. **Dimensões culturais**. Disponível em: www.adm.ufrgs.br/professores/hfreitas/decision/Decisao/Cultura/Dimensoes.htm. Acesso em 29/07/2002a.

GOLDIM, J. R. **Abordagem transcultural da doação de órgãos**. Disponível em: www.ufrgs.br/HCPA/gppg/tranhofs.htm. Acesso em 29/07/2002b.

GOLDIM, J. R. **Bioética e Reprodução Humana**. Disponível em: www.ufrgs.br/HCPA/gppg/biorepr.htm. Acesso em 07/01/2005.

GOOD, B. How medicine constructs its objects. *In*: _____. **Medicine, Racionality and Experience**. Cambridge: Cambridge University, 1994. p.65-87.

GRIESINGER, G. *et al*. What is the most relevant standard of success in assisted reproduction? Is BESST (birth emphasizing a successful singleton at term) truly the best? **Human Reproduction**, UK, v.19, n.6, p.1239-41, 2004.

HARDY, K. *et al*. Future developments in assisted reproduction in humans. **Reproduction**, UK, v.123, p.171-83, 2002.

HÉRITIER, F. **Masculin, Féminin. La pensé de la différence**. Paris, 1996.

HOFSTEDE, G. H. **Cultures and organizations: software of the mind**. New York: McGraw-Hill, 1997. 279p.

INHORN, M. C. Interpreting Infertility: Medical Anthropological Perspectives. **Social Science & Medicine**, UK, v.39, n.4, p.459-61, 1994.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care. **Annals of Internal Medicine**, USA, v.88, p.251-58, 1978.

KOVACS, G.; HOWLETT, D. If at first you don't succeed, try, try, try again: A successful birth after 37 cycles of assisted reproductive technology over 11 years. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Australia, v.44, p.580-82, 2004.

LEININGER, M. Transcultural Nursing perspectives: basic concepts, principles, and culture care incidents. *In*: _____. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1995. p.57-92.

LOCK, S. L. Contracepção, infertilidade e aborto. *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 928 p. 136-72 p.

MALIN, M. *et al.* What do women want? Women`s experiences of infertility treatment. **Social Science & Medicine**, UK, v.53, p.123-33, 2001.

MAUNDER, J. The human rights act 1998 – legal implications for those engaged in fertility services. **Human Fertility**, UK, v.7, n.1, p.5-9, mar, 2004.

NOVAES, S.; SALEM, T. Recontextualizando o embrião. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.65-88, 1995.

NYGREN, K. G.; ANDERSEN, A. N. Assisted reproductive technology in Europe, 1997. Results generated from European Registers by ESHRE. **Human Reproduction**, UK, v.16, n.2, p.384-91, 2001.

OLIVEIRA, F.; MOTA, J. A. C. **As Biociências e as mulheres**. Disponível em: www.redesaude.org.br/html/artigos_e_dados.html. Acesso em 07/11/2005.

PASSOS, E. P. *et al.* **Rotinas em infertilidade e contracepção**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 368 p.

PASSOS, E. P. History of assisted reproduction: lessons learnt and future challenges. **Reviews in Gynaecological Practice**, v.4, p.199-202, 2004.

PASSOS, E. P. *et al.* Infertilidade: investigação e tratamento. *In*: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em ginecologia**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 584 p.

PAXSON, H. With or against nature? IVF, gender and reproductive agency in Athens, Greece. **Social Science & Medicine**, UK, v.56, p.1853-66, 2003.

PEIXOTO, C. E. *et al.* **Família e individualização**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. 200p.

PETCHESKY, R. P. Direitos Sexuais: Um novo conceito na prática política internacional. *In*: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: Editora 34, 1999. 271p. p.15-38.

PETERSEN, T. S. A woman`s choice? On women, assisted reproduction and social coercion. **Ethical Theory and Moral Practice**, Netherlands, v.7, p.81-90, 2004.

RAGNI, G. *et al.* The 2004 Italian legislation regulating assisted reproduction technology: a multicentre survey on the results of IVF cycles. **Human Reproduction**, apr, p.1-5, 2005.

REBAR, R. W.; DECHERNEY, A. H. Assisted Reproductive Technology in the United States. **New England Journal of Medicine**, UK, v.350, n.16, p.1603-04, apr, 2004.

RICHTLINIEN des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung - 14.08.1990. Disponível em www.bvf.de. Acesso em 08/12/2005.

ROBERTSON, J. A. Protecting embryos and burdening women: assisted reproduction in Italy. **Human Reproduction**, UK, v.19, n.8, p.1693-96, 2004a.

ROBERTSON, J. A. Reproductive technology in Germany and The United States: an essay in comparative law and bioethics revised. **Columbia Journal of Transcultural Law**, Texas, v.43, p.189-227, 2004b.

SABOURIN *et al.* Are consumers of modern fertility treatments satisfied? **Fertility and Sterility**, USA, v.56, n.6, p.1084-90, dec, 1991.

SANDELOWSKI, M. Culture, conceptive technology, and nursing. **International Journal of Nursing Studies**, UK, v.36, p.13-20, 1999.

SAUER, M. V. Gender selection: Pressure from patients and industry should not alter our adherence to ethical guidelines. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v.191, p.1543-45, 2004.

SCHMIDT, L. *et al.* Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. **Human Reproduction**, UK, v.18, n.3, p.628-37, 2003a.

SCHMIDT, L. *et al.* High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. **Human Reproduction**, UK, v.18, n.12, p.2638-46, 2003b.

SENADO. **Projeto de Lei n.90 / 1999**. Disponível em: www.genetika.extreme.com.br/midia/senado.htm. Acesso em 21/12/2005.

SHANNER, L.; NISKER, J. Bioethics for clinicians: 26. Assisted reproductive technologies. **Canadian Medical Association Journal**, Canada, v.164, n.11, p.1-13, may, 2001.

SHENFIELD, F. *et al.* The cryopreservation of human embryos. **Human Reproduction**, UK, v.16, n.5, p.1049-50, 2001.

SHENFIELD, F. *et al.* Stem cells. **Human Reproduction**, UK, v.17, n.5, p.1409-10, 2002.

SHENFIELD, F. *et al.* Taskforce 7: Ethical considerations for the cryopreservation of gametes and reproductive tissues for self use. **Human Reproduction**, UK, v.19, n.2, p.460-62, 2004.

SILVA, A. L. B. *et al.* Sintomatologia psicológica e psiquiátrica em casais inférteis: fator etiológico ou consequência clínica da infertilidade? **Revista Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, v.14, n.2, p.85-88, abr-jun, 2003.

SORJ, B.; GOLDENBERG, M. Um novo modelo de família: coesão e centramento nos filhos. **Interseções Revista de Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v.2, p.113-20, 2001.

STEPTOE, P. C.; EDWARDS, R. G. Birth after reimplantation of human embryo. **The Lancet**, UK, v.312, p.366, aug, 1978.

STRATHERN, M. Necessidades de pais, necessidades de mães. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.303-29, 1995.

SUNDBY, J.; MBOGE, R.; SONKO, S. Infertility in Gâmbia: frequency and health care seeking. **Social Science & Medicine**, UK, v.46, n.7, p.891-99, apr, 1998.

SUNDERLAND, A. Influência da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana nas Decisões Reprodutivas. *In*: MINKOFF, H. **Clínicas obstétricas e ginecológicas da América do Norte**. v.3. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. 651p. p.567-76.

THONNEAU, P. *et al.* Incidence and main causes of infertility in a resident population of three French regions. **Human Reproduction**, UK, v.6, n.6, p.811-6, jul, 1991.

VAN STEIRTEGHEM, A. *et al.* Children born after assisted reproductive technology. **American Journal of Perinatology**, v.19, n.2, p.59-65, feb, 2002.

WRIGHT, V. *et al.* **Assisted Reproductive Technology Surveillance – United States, 2000**. Center for Diseases Control – MMWR. Aug 29/ 2003. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5239a7.htm>. Acesso em 10/12/2005.

ARTIGO ORIGINAL – EM PORTUGUÊS**A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM REPRODUÇÃO ASSISTIDA:
UMA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL BRASIL-EUROPA***

AUTORES: S. Záchia^{1,7}; D. Knauth²; J. R. Goldim³; R. Felberbaun⁴; P. G. Crosiagni⁵; B. Tarlatzis⁶; E. P. Passos¹

¹Setor de Reprodução Assistida do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Brasil, ²Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil, ³Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Brasil, ⁴Universidade de Lübeck – Alemanha, ⁵Universidade de Milão – Itália, ⁶Universidade Thessalônica de Atenas – Grécia

⁷Correspondência para: fezachia@terra.com.br

RESUMO

Muitas mudanças e avanços têm sido feitos nos últimos anos nos protocolos para infertilidade. A partir de 1990, vários países estabeleceram diretrizes éticas e legislação para as tecnologias reprodutivas. O papel do médico nas decisões reprodutivas não está baseado estritamente em critérios técnicos, mas é também influenciado pelos valores da sociedade.

OBJETIVOS Analisar os fatores que influenciam os profissionais em suas decisões sobre casos de reprodução assistida, buscando compreender as diferenças culturais existentes entre os países.

MÉTODOS Estudo transversal realizado com 224 profissionais da saúde que trabalham com reprodução assistida no Brasil e em alguns países da Comunidade Européia. Fatores em estudo: variáveis sócio-demográficas, aspectos técnicos, valores morais e legais considerados nas decisões. O desfecho em análise é a decisão do profissional em realizar ou não o procedimento de reprodução assistida. O instrumento de coleta de dados contemplou a análise e a decisão sobre quatro casos envolvendo questões de reprodução assistida. **RESULTADOS** A situação envolvendo uma dupla homossexual feminina, um casal sorodiscordante para HIV e escolha de sexo do bebê não apresentaram diferenças estatisticamente significativa. A situação de uma mulher solteira sem intenção de companheiro no futuro apresentou diferença em função do sexo, idade, formação profissional, atividade em centros privados e tempo de experiência na área de reprodução, dependentes do país de atuação. As razões que, na análise multivariada, se mostraram relevantes para a decisão dos profissionais em realizá-lo, no entanto, foram: o direito de escolher gestar e o dever do profissional de ajudar a paciente, realizando o procedimento. Já os profissionais que afirmaram não realizar o procedimento salientam: o estado conjugal da paciente e o direito da criança à paternidade.

CONCLUSÃO O estudo mostrou que houve diferença entre os países na avaliação do caso da mulher solteira sem companheiro devido a fatores culturais; evidenciou a pouca valorização dos comitês de bioética e a necessidade de os profissionais da saúde participarem mais das discussões sobre legislação em reprodução assistida.

PALAVRAS-CHAVE

cultura / estudo transcultural / infertilidade / reprodução assistida

* Artigo elaborado conforme as exigências do Human Reproduction Journal

INTRODUÇÃO

A impossibilidade de ter filhos pode resultar de uma série de sentimentos negativos, tais como tristeza, culpa e isolamento social, podendo ser encarada inclusive como uma das crises da vida que se desdobra em prejuízo à estabilidade da relação do casal (Passos *et al*, 2006). Nas últimas décadas, a tecnologia cada vez mais avançada nesta área tem proporcionado satisfazer o desejo destas mulheres ou de casais que queiram engravidar.

Silva *et al* (2003) em um artigo de revisão sobre sintomas psicológicos e infertilidade nos mostram que é bastante estressante a experiência das mulheres inférteis submetidas à procedimento com fertilização *in vitro*. Descrevem ainda que as que procuram tratamento indefinidamente, tendem a ter mais riscos de dificuldades psicológicas, tristeza e depressão. Os autores ressaltam a importância dos profissionais da saúde conhecerem o dano que a infertilidade provoca e o subsequente sofrimento ao casal, devendo comunicar-se melhor com seus pacientes, bem como promover integração entre as várias especialidades médicas.

Segundo Passos *et al* (2006), a prevalência de infertilidade tem se mantido constante com o passar dos anos, mas tem crescido a procura por tratamentos. Estimam que possa acometer de 8% a 12% dos casais em toda a sua vida reprodutiva e referem que estudos têm demonstrado que pode chegar a 30%.

Em um estudo multicêntrico, realizado na França, Thonneau *et al* (1991) encontraram prevalência de infertilidade de 14,1%, indicando que uma a cada sete mulheres na França, durante sua vida reprodutiva, consultará especialista devido à infertilidade. No Brasil, no entanto, não há estatísticas relativas, porém supõe-se que seja igual ou maior devido ao grande número de doenças sexualmente transmissíveis e a outras doenças inflamatórias pélvicas que

acometem a mulher e que podem ter como consequência a infertilidade (Passos *et al*, 2006).

Existem diversas técnicas de reprodução assistida que os grandes centros de medicina reprodutiva utilizam nos tratamentos, no mundo todo. No entanto, existem situações especiais nas quais as equipes de saúde precisam discutir e rever a possibilidade de tratar esta mulher ou este casal. É especialmente nestas situações que os valores, a cultura, o conhecimento e as experiências adquirem maior peso nas decisões profissionais.

A pesquisa científica nas áreas de atitudes e comportamentos a respeito da reprodução tem sido fundamental e deve ser expandida de maneira que intervenções mais eficazes possam ser desenvolvidas entre os profissionais desta área. Serve também para estudo e adequação dos parâmetros legais frente ao recente desenvolvimento tecnológico. O presente estudo pretende verificar se existem diferenças entre os profissionais de diferentes países na maneira de analisar casos de reprodução assistida e quais os fatores que influenciam tais decisões.

MÉTODO

No período de Julho de 2003 a Julho de 2005, foi realizado um estudo transversal prospectivo com profissionais da saúde que trabalham com reprodução assistida no Brasil e em países da Comunidade Européia (Alemanha, Grécia e Itália). Fizeram parte da população deste estudo 544 profissionais filiados, no ano de 2003, às sociedades de reprodução assistida European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) e Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) que estavam com seu cadastro em dia e com e-mail de acesso disponível. Desse total, 327 receberam o e-mail contendo o convite: 16 (4,9%) não aceitaram participar da pesquisa: 87

(26,6%) apenas acessaram o site, não respondendo ao questionário; e 224 (68,5%) aceitaram participar do estudo. A amostra deste estudo, portanto, é de 224 profissionais da saúde: 51,3% (n=115) atuantes no Brasil; 22,3% (n=50) na Alemanha; 17,9% (n=40) na Itália e 8,5% (n=19) na Grécia.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento padronizado com dados sócio-demográficos e com a descrição de quatro casos de reprodução assistida, e questões relativas à interpretação destes. Três casos são reais e foram submetidos à avaliação do Comitê de Bioética de um hospital universitário: um trata de uma mulher solteira sem companheiro (caso1), outro de um casal homossexual feminino (caso 2) e outro de um casal no qual somente a mulher é portadora do HIV (caso 3). O último caso é teórico e contempla a escolha pelo sexo do embrião (caso 4).

Os fatores em estudo foram variáveis sócio-demográficas, aspectos técnicos, valores morais e legais considerados nas decisões dos profissionais. O desfecho em análise é a decisão do profissional de realizar ou não o procedimento.

Para a coleta dos dados, foi criado um programa contendo os dados cadastrais dos profissionais e seus respectivos e-mails, obtidos através da inscrição nas sociedades de reprodução. Esse programa foi criado com dois sistemas: um formulário disponibilizado na internet capaz de verificar as informações digitadas e o outro sistema com uma segura interface administrativa, em que somente uma pessoa autorizada era capaz de gerenciar informações da base de dados e exportá-las para um arquivo em formato compatível com SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para posterior análise.

Foi enviada uma carta-convite, informando a respeito do estudo, para os profissionais via e-mail pessoal, na língua oficial de cada país. O profissional que aceitou o convite acessou o site que disponibilizava o questionário (em inglês

para os europeus e em português para os brasileiros). Concluindo suas respostas, o instrumento era automaticamente remetido ao banco de dados. Consideramos que os participantes que responderam ao questionário estavam dando seu consentimento tácito, ou seja, o encaminhamento das respostas configurou a aceitação dos termos da pesquisa. A fim de garantir a confidencialidade, as respostas foram enviadas diretamente ao site da pesquisa, sendo desvinculados os dados de identificação.

As variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão ou mediana e percentis 25-75, e as variáveis qualitativas descritas através de frequências absolutas e relativas.

Os dados foram comparados através de análises bivariadas, utilizando teste Qui-quadrado para avaliar as associações entre as variáveis qualitativas. Para comparar a idade e o tempo de atuação dos profissionais na área de reprodução, em relação aos países, foram aplicados a Análise de Variância ou o Teste de Kruskal-Wallis. Para avaliar essas mesmas variáveis, em relação a realizar ou não o procedimento, foi aplicado o Teste t de Student ou de Mann-Whitney. Na análise multivariada foi utilizada a técnica de regressão logística. Como medida de efeito, foram calculados o *odds ratio* ajustado e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

O nível de significância adotado no estudo foi de 5% e para as análises estatísticas foi utilizado o programa SPSS, versão 10.0.

RESULTADOS

As características sócio-demográficas dos profissionais que participaram da pesquisa, conforme seus países de atuação são: a maioria dos profissionais é do sexo masculino (71,1%); médico (84,0%) ou biólogo (12,7%); vive com

companheiro (a) (83,6%) e já possuem filhos (76,0%). Essas variáveis não foram estatisticamente significativas na comparação entre os países (tabela I).

A média da idade dos profissionais é de 44,2 anos ($dp=9$), sendo que os profissionais que atuam na Itália têm média de idade maior que os que atuam no Brasil ($P=0,036$). O tempo de trabalho na área de reprodução é, em mediana, de 12 anos, sendo que os profissionais da Itália estão há mais tempo trabalhando nessa área, quando comparados aos da Grécia e do Brasil ($P=0,001$).

Mais de 75% dos profissionais, independentemente do país, graduaram-se no mesmo país em que atuam ($P<0,001$) e mais de 50% fizeram pós-graduação também no mesmo país em que trabalham ($P<0,001$). Quanto ao nível de pós-graduação, os profissionais da Itália estavam associados com especialização; os do Brasil, com mestrado; os da Grécia, com doutorado; e os da Alemanha, com pós-doutorado ($P<0,001$).

A maioria dos profissionais da Itália e Alemanha trabalha em centros públicos ($P=0,002$) e a maioria dos profissionais do Brasil e Grécia em centros privados ($P<0,001$).

Na avaliação dos quatro casos, quanto às características sócio-demográficas e países, somente houve associação estatisticamente significativa ($P<0,001$) quanto à decisão dos profissionais de realizar ou não o procedimento de reprodução assistida em uma mulher solteira sem companheiro (caso 1). Dessa forma, as análises estatísticas deste estudo foram realizadas em relação apenas às avaliações das respostas dos profissionais a respeito desse caso.

As comparações entre as variáveis em estudo e a decisão dos profissionais de realizar ou não o procedimento no caso mostrou que as mulheres, os profissionais mais jovens, os profissionais do Brasil, com mestrado, que trabalham há menos tempo na área da reprodução e em clínicas privadas tendem a realizar mais o procedimento (tabela II).

Os aspectos que foram estatisticamente relevantes na consideração dos profissionais para realizar o procedimento no caso solicitado foram: o nível sócio-econômico da paciente, o direito de escolher gestar, o dever do profissional de auxiliar a paciente realizando o procedimento e os aspectos técnicos. Da mesma forma, os aspectos com significância estatística considerados pelos profissionais para não realizar o procedimento foram: o estado conjugal da paciente e o direito da criança quanto à paternidade (tabela III).

Para os profissionais da Itália que não realizam o procedimento do caso 1, os aspectos legais foram considerados significativamente relevantes ($P=0,037$). Para os demais países, não houve associação entre os aspectos legais e a realização do procedimento: Brasil ($P=1,000$), Alemanha ($P=0,299$) e Grécia ($P=1,000$).

O modelo de regressão logística realizado evidenciou que os profissionais que consideram o direito de escolher gestar, como relevante, apresentam 3,88 vezes mais chance de realizar o procedimento no caso da mulher solteira que aqueles que não indicam essa justificativa ($IC95\%=1,11 - 13,49$). Já os profissionais que referem o dever de auxiliar a paciente possuem 2,88 vezes mais chance de fazê-lo do que os que não acham relevante esse aspecto ($IC95\%=1,06 - 7,83$). Em contraposição, aqueles profissionais que indicam o estado conjugal da paciente, como relevante, tendem a não realizar o procedimento, com 87% menos chance de realizar o mesmo ($OR=0,13$; $IC95\%=0,04 - 0,37$). Da mesma forma, aqueles profissionais que apontam como relevante o direito da criança à paternidade apresentam uma redução de 75% ($OR=0,25$; $IC95\%= 0,09 - 0,72$) na chance de realizar o procedimento (tabela IV).

DISCUSSÃO

Neste estudo, foram identificadas as variáveis que interferem transculturalmente nas decisões tomadas pelos profissionais da saúde em casos de reprodução assistida. Como podemos observar, a maioria dos profissionais que participaram do estudo são médicos (84%). Apesar de as pesquisas mostrarem que enfermeiras são membros importantes na equipe multidisciplinar, o número de enfermeiras participantes de sociedades de reprodução assistida, parece ainda ser pequeno, uma vez que apenas uma enfermeira respondeu à pesquisa (Denton, 1998; Allan, 2001; Centa, 1997).

Acreditava-se que alguns fatores sócio-demográficos dos profissionais, tais como opção sexual, ter ou não filhos, viver ou não com companheiros, poderiam interferir nas decisões tomadas em relação às demandas de reprodução assistida. No entanto, neste estudo não houve associação significativa a esses aspectos quanto à realização ou não do procedimento, no caso retratado de demanda por intervenção por parte de uma mulher solteira.

Já a idade dos profissionais que trabalham na área de reprodução assistida, bem como o tempo em que estão atuando nesse campo, foram estatisticamente significativos. A maior idade dos profissionais da Itália, que corresponde também a um maior tempo de atuação no campo, e, portanto a uma maior experiência em reprodução assistida, pode explicar o valor conferido ao aspecto jurídico para a não-realização do procedimento demandado no caso em estudo. Ou seja, o fato de os países europeus serem precursores na área de reprodução assistida (ESHRE, 2004), em relação ao Brasil, confere-lhes também uma legislação mais consolidada, bem como um possível maior engajamento dos profissionais a essas regulamentações.

Um outro dado que, de certa forma, reflete o caráter mais recente da área de reprodução assistida no Brasil é o de que, neste país, a maioria dos

profissionais (85,2%) entrevistados atua em centros privados. A incorporação das novas tecnologias reprodutivas pelo setor público no Brasil, bem como em outros países da América Latina, é ainda incipiente (Luna, 2002; Vayena *et al.*, 2003).

A realização de procedimentos de reprodução assistida fora do padrão – em benefício de um casal heterossexual com problemas de infertilidade –, representado aqui pela demanda de inseminação por parte de uma mulher solteira sem companheiro, é mais bem aceita por aqueles profissionais que se encontram trabalhando na área há menos tempo e em centros privados. Os profissionais do Brasil e as mulheres tendem também a ser mais tolerantes a essa situação, aceitando mais facilmente realizar o procedimento. O fato de o caso estar relacionado com o desejo de uma mulher poderia servir de justificativa para que as mulheres (61,3%) fossem mais tolerantes em realizar o procedimento, identificando-se com a situação. Da mesma forma, podemos supor que os profissionais mais jovens tenham valores diferentes daqueles com mais idade, considerando o avanço da própria tecnologia e das modificações da vida moderna, particularmente no que se refere às novas composições familiares (Bozon, 2002). Por sua vez, os profissionais que atuam no Brasil mostraram-se mais tolerantes, permitindo-nos pensar que sua cultura interfere nas decisões tomadas. A ampla presença, no Brasil, de famílias “chefiadas por mulheres” (Boletim Dieese, 2004) e a forte associação que há no país entre reprodução e mulher (Correa, 2001) fazem com que a situação de uma mulher solteira sem companheiro não seja percebida como algo anormal, desviante, tanto quanto o poderia ser nos países europeus.

O aspecto legal não se coloca como um empecilho absoluto para a realização do procedimento. Mesmo na Alemanha e Itália, onde não é permitido inseminar uma mulher solteira, quase um quarto dos profissionais (24,4%) faria o

procedimento, e aqueles que não o fariam nem sempre justificaram como relevantes os aspectos legais.

No Brasil, não existe lei, mas uma Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005), que coloca a infertilidade como condição para o uso das técnicas de reprodução assistida. Entretanto, os profissionais do Brasil que fariam o procedimento não referem o impedimento formal – o fato de a paciente não ser infértil – para sua decisão. Essa “não-consideração das resoluções formais” pode ser explicada por diferentes fatores. Um desses fatores é o fato de que os profissionais não são passíveis de punição, pois uma resolução não tem tanta força quanto uma Lei Ordinária. Existe também a questão de que, como a maioria dos profissionais do Brasil atua em centros privados, poderiam estar agindo de maneira mais independente. Ainda há a possibilidade de desconhecerem por inteiro a resolução vigente, pois a mesma determina ser necessário o diagnóstico de infertilidade e, no caso em estudo, não foi descrito se a mulher tem ou não esse diagnóstico; apenas deseja ser mãe sem compromisso com parceiro.

O Projeto de Lei que tramita no Senado Federal Brasileiro, de número 90, discorre sobre a permissão da utilização das técnicas de reprodução assistida, quando se verifique infertilidade e para que se previnam doenças genéticas ligadas ao sexo. Para o uso dessas técnicas deve existir indicação médica e um consentimento livre e esclarecido obrigatório para ambos os beneficiários, nos casos em que a beneficiária seja uma mulher casada ou em união estável (Senado, 2005; Correa, 2001). Entende-se, então, que mesmo havendo lei, é prevista ainda a existência desses regulamentos, em que teriam peso a decisão de indicação médica e a obrigatoriedade da presença de um companheiro.

Na análise multivariada, dois aspectos se destacaram como relevantes para a decisão do profissional de inseminar uma mulher solteira sem

companheiro: o direito da paciente gestar e o dever do profissional de ajudá-la, realizando o procedimento.

Tem-se observado a procura de realização individual através de técnicas de reprodução assistida. Tal fenômeno tem sido acompanhado com cautela pelos profissionais, tanto no que diz respeito à possibilidade de fazer o procedimento quanto em sua aplicação em humanos. Há diferentes abordagens no debate do desejo de filhos com o uso dessas tecnologias reprodutivas. A impossibilidade de procriar é um obstáculo ao projeto de uma mulher, e o recurso à reprodução assistida pode ser visto dentro de um contexto cultural pontuado pelo individualismo e autonomia (Correa, 2001).

Os profissionais que se manifestaram favoráveis à realização do procedimento em uma mulher solteira valorizaram justamente esse direito individual à maternidade. Entretanto, não podemos esquecer que esses mesmos profissionais estão atuando em centros privados, atendendo a uma população de maior poder aquisitivo. Assim, poderíamos nos questionar se essa autonomia e liberdade seriam valorizadas da mesma forma em se tratando de mulheres pobres (Correa, 2001).

Relacionado ao direito de gestar, encontra-se a idéia de que os profissionais têm o dever de auxiliar a paciente a realizar esse direito. Ou seja, os profissionais que admitem fazer a inseminação solicitada se colocam como uma espécie de executores ou facilitadores de um desejo (Strathern, 1995).

Essa percepção do dever do profissional de auxiliar parece estar relacionada a dois fatores principais: de um lado encontra-se a relativa “facilidade” da técnica solicitada, que, dentro dos procedimentos de reprodução assistida, pode ser considerada a menos complexa (Passos *et al*, 2003); de outro lado, coloca-se uma relação profissional/cliente, na qual os profissionais vinculados ao setor privado se vêem, muitas vezes, pressionados a atender às

demandas dos pacientes, sobretudo frente à crescente concorrência existente no setor saúde.

Em contraposição a esta concepção de garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, há um conjunto de profissionais (54,8%) que fundamenta a não realização do procedimento justamente no caráter individual da demanda. Nesse sentido, são acionados a situação conjugal da paciente e o direito da criança em relação à paternidade. As novas tecnologias reprodutivas permitem que as mulheres que desejam gestar não dependam mais de uma relação sexual para tanto, visto que podem ter acesso a bancos de esperma para atingir esse objetivo; entretanto, se o “problema” técnico pode facilmente ser resolvido, inclusive com algumas vantagens, como a redução dos riscos de infecção para a mulher e a criança (Boivin, 2002), as questões sociais e culturais permanecem.

Uma dessas questões diz respeito à revelação da identidade do doador de esperma (Scheib *et al*, 2003; Barnes *et al*, 2004). Alguns autores preocupam-se no sentido de que esse segredo possa ter efeito negativo sobre o relacionamento familiar e sobre a criança. Um número crescente de programas em vários países, atualmente, tem em seus registros, doadores que estão permitindo liberar suas identidades. No primeiro banco de identidade aberta nos Estados Unidos, *The Sperm Bank of Califórnia* (TSBC), doadores têm a opção de liberar seus dados à prole interessada e que seja maior ou igual a 18 anos de idade. Essa opção é muito popular, com quase 80% dos destinatários (receptores) querendo esse tipo de doador (Scheib *et al*, 2003).

A opção de revelar a identidade também surgiu em outros países nos quais havia um formal reconhecimento dos direitos da criança e de suas origens genéticas. A opção de o doador ter sua identidade revelada foi legislada pela primeira vez na Suécia, seguido da Áustria, Suíça, Austrália e, mais recentemente, Holanda. Um potencial benefício dessa revelação é que ajudaria a evitar um senso de futilidade em relação à origem da criança e também uma

possível repercussão negativa da ausência dessa informação. Apesar disso, não é claro ainda se, mesmo sabendo a identidade do doador, esses pais revelariam aos seus filhos a sua origem (Scheib *et al*, 2003). Estudos europeus mostram que a decisão de revelar varia entre as famílias e entre os países. Poucos pais contaram aos seus filhos pré-adolescentes sobre suas origens, pois, até agora, o que sabemos sobre revelação dentro de famílias de inseminação de doador vem de destinatários anônimos. (Golombok *et al*, 2002a). Estudos adicionais na Europa revelaram similares tendências entre famílias com pré-adolescentes; nenhum dos pais italianos contou; poucos (4%) espanhóis contaram; e 23% dos pais holandeses contaram (Scheib *et al*, 2003).

Mulheres que não vivem com companheiro e, portanto, não se deparam com o problema da infertilidade masculina, possivelmente aceitem melhor a idéia de revelar a identidade do doador. Scheib *et al* (2003), evidenciaram taxas de revelação próximas de 100% nesses casos e afirma que pouco se sabe sobre as reações das crianças ou seus sentimentos tardios a respeito de suas origens.

Mesmo em famílias cujos pais utilizaram tecnologia reprodutiva, porém são pais genéticos, permanece a preocupação de revelar às crianças que foram geradas com o uso de tecnologia reprodutiva. Nesses casos, não se coloca em xeque a paternidade genética, mas sim o fato de terem necessitado de auxílio médico para gerar os filhos. Cada vez mais na literatura, há trabalhos pesquisando sobre o desenvolvimento e as repercussões futuras na vida das crianças nascidas através de reprodução assistida. (Golombok *et al*, 2002b; Scheib *et al*, 2003; Barnes *et al*, 2004).

A aplicação da tecnologia de reprodução assistida pode ter desdobramentos que vão além do simples uso da técnica em favor do desejo da mulher até repercussões em sua prole. Aqueles profissionais que resolveram não realizar o procedimento na mulher solteira entenderam ser relevante o direito da criança quanto à paternidade.

A relutância de alguns profissionais em oferecer tecnologia de reprodução assistida a uma mulher solteira e que não tem a intenção de ter companheiro no futuro também poderia estar relacionada ao fato de entenderem ser fundamental a presença do pai para o desenvolvimento psicológico da criança. Tradicionalmente, na cultura ocidental, o pai tem sido visto como autoridade responsável por colocar limites, enquanto a mãe, pelo cuidado emocional e afetivo da vida familiar (Brewaeys *et al.*, 1997). Os profissionais da saúde contrários, nesse caso, à realização da inseminação podem estar, além de preocupados com a ausência da figura paterna na vida da criança, também preocupados com a importância do grupo de relacionamento social dessa mulher. Segundo Boivin (2002), a qualidade do suporte social da família dessa criança é muito importante para o seu desenvolvimento, de forma a assegurar que ela tenha outros modelos adultos com quem interagir.

A principal limitação do estudo é a ferramenta utilizada para a coleta de dados: a internet. Muitos profissionais podem ter “desprezado” o convite para o estudo, por medo de vírus e muitos podem não ter valorizado ou não compreendido o convite, apesar de contarmos com a colaboração de professores de universidades dos países da Europa envolvidos. No entanto, trabalhos realizados através da internet apontam como vantagens o baixo custo e a resposta rápida. Por outro lado, pesquisas pela internet permitem que as pessoas que respondem às mesmas possam inventar realidades, sem que ninguém saiba com segurança a diferença entre o fictício e o real (Denzin; Lincoln, 2000).

O estudo mostrou ainda a pouca valorização dos comitês de ética, visto que foi abordada a questão da necessidade de avaliação do caso por um comitê de ética e não houve associação significativa dessa questão com os países em estudo. O tema da reprodução assistida deve ser avaliado sob o ponto de vista ético, dada a sua importância, abordando questões ligadas à saúde das

mulheres, à saúde pública, à pesquisa, ao significado cultural e ao impacto social, bem como às questões econômicas. Faz-se necessário que se reforcem os princípios e os valores universais do profissionalismo médico (Boden; Williams, 2004; Sox, 2002). O princípio do respeito à pessoa é central na bioética e tem como uma das características a autonomia (Goldim, 2005), princípio este que poderia ter sido relevante na decisão dos profissionais. Nesse sentido, programas devem ser incentivados nos grandes centros de reprodução assistida para preparar os profissionais na área da bioética.

Outro aspecto evidenciado neste estudo é a importância de os profissionais que trabalham na área de reprodução assistida participarem mais ativamente das discussões e formulações da legislação e regulamentação sobre o uso das novas tecnologias.

REFERÊNCIA

Allan H. (2001) A good enough nurse: supporting patients in a fertility unit. *Nursing Inquiry*, **8**, 51-60.

Barnes J. *et al.* (2004) The influence of assisted reproduction on family functioning and children's socio-emotional development: results from a European study. *Hum. Reprod.*, **19**, 1480-1487.

Boden J. and Williams D.I. (2004) Donor anonymity: Rights and meanings. *Hum. Fertil.*, **7**, 19-21.

Boivin J. (2002) Reproductive services with single women without partners. ESHRE Monographs: Guidelines for counselling in Infertility, UK, 43-44.

Boletim Dieese (2005) In www.sei.ba.gov.br/conjuntura/ped/ped_estudos_especiais/mulher_chefe.pdf.

Bozon M. (2002) Sociologie de la sexualité. Nathan Université, Paris.

Brewaeys A. *et al.* (1997) Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. *Hum. Reprod.*, **12**, 1349-1359.

Centa M.L. (1997) Vislumbrando uma aproximação entre o processo de trabalho em enfermagem e o cuidado ao casal estéril. *Cogitare Enfermagem*, **2**, 91-94.

Conselho Federal de Medicina (2005) Resolução n.1358/ 1992. In www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358_1992.htm.

- Correa M.C.D.V. (2001) Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. *Bioética*, **9**, 71-82.
- Denton J. (1998) The nurse's role in treating fertility problems. *Nursing Times*, **94**, 60-61.
- Denzin N.K. and Lincoln Y. (2000) The handbook of qualitative research. Sage Publications Ltd, UK.
- European Society Human Reproduction (ESHRE) (2004) The Pioneers. In ESHRE. The first 21 years. ESHRE, Europe.
- Goldim J. R. (2005) Princípio do respeito à pessoa ou autonomia. In <http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>.
- Golombok S. *et al.* (2002a) Families with Children conceived by Donor Insemination: A Follow-Up at age Twelve. *Child Develop*, **73**, 952-968.
- Golombok S. *et al.* (2002b) The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Hum. Reprod.*, **17**, 830-840.
- Luna F. (2002) Assisted Reproductive Technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues. In Vayena E. *et al.* *Current practices and controversies in assisted reproduction: report of of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*. World Health Organization (WHO), Geneva, 31-40.
- Passos E.P. *et al.* (2003) *Rotinas em infertilidade e contracepção*. Artmed, Porto Alegre, 368.
- Passos E.P. *et al.* (2006) Infertilidade: investigação e tratamento. In Freitas F. *et al.* *Rotinas em ginecologia*. Artmed, Porto Alegre, 529-541.
- Scheib J.E. *et al.* (2003) Choosing identify-release sperm donors: the parent's perspective 13-18 years later. *Hum. Reprod.*, **18**, 1115-1127.
- Senado (2005) Projeto de Lei n.90 / 1999. In genetika.extreme.com.br/mídia/senado.htm.
- Silva A.L.B. *et al.* (2003) Sintomatologia psicológica e psiquiátrica em casais inférteis: fator etiológico ou consequência clínica da infertilidade? *Revista Ginecologia Obstetrícia*, **14**, 85-88.
- Sox H.C. (2002) Medical Professionalism in the New Millenium: a Physician Charter. *Annals of Intern. Med.*, **136**, 243-246.
- Strathern M. (1995) Necessidades de pais, necessidades de mães. *Estudos Feministas*, **3**, 303-329.
- Thonneau P. *et al.* (1991) Incidence and main causes of infertility in a resident population of three French regions. *Hum. Reprod.*, **6**, 811-816.
- Vayena E. *et al.* (2003) Assisted reproduction in developing countries-facing up to the issues. *Progress: in reproductive health research - WHO*, **63**, 1-8.

TABELA I - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA CONFORME O PAÍS DE ATUAÇÃO

Variáveis	País onde atua				P
	Brasil	Alemanha	Itália	Grécia	
Sexo-n (%)					
Masculino	77 (67,0)	38 (76,0)	30 (75,0)	15 (78,9)	0,491***
Feminino	38 (33,0)	12 (24,0)	10 (25,0)	04 (21,1)	
Idade* - média±dp	43,0 ^b ± 9,3	45,0 ^{ab} ± 7,4	47,5 ^a ± 9,8	42,4 ^{ab} ± 7,8	0,036****
Filhos-n (%)					
Sim	86 (74,8)	40 (80,0)	31 (77,5)	13 (68,4)	0,759***
Não	29 (25,2)	10 (20,0)	09 (22,5)	06 (31,6)	
Vive com companheiro -n(%)					
Sim	92 (80,0)	43 (86,0)	37 (92,5)	15 (78,9)	0,274***
Não	23 (20,0)	07 (14,0)	03 (7,5)	04 (21,1)	
Profissão-n(%)					
Medicina	93 (86,9)	39 (84,8)	34 (85,0)	12 (66,7)	0,708***
Enfermagem	01 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Psicologia	02 (1,9)	01 (2,2)	01 (2,5)	01 (5,6)	
Biologia	11 (10,3)	06 (13,0)	05 (12,5)	05 (27,8)	
Tempo na área** mediana (P 25-P 75)	10,0 ^b (5,0–15,0)	13,0 ^{ab} (7,8–19,0)	15,0 ^a (10,0–20,0)	10,0 ^b (5,0–14,0)	0,001****
Centro público–n(%)	35 (30,4)	27 (54,0)	24 (60,0)	07 (36,8)	0,002***
Centro privado–n(%)	98 (85,2)	26 (52,0)	27 (67,5)	13 (68,4)	<0,001***

* letras iguais não diferem pelo Teste de Tukey

** letras iguais não diferem pelo Teste de Dunn

*** valor obtido pelo teste Qui-quadrado

**** valor obtido pela análise de variância

***** valor obtido pelo teste de Kruskal-Wallis

TABELA II – COMPARAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO CONFORME A DECISÃO DE REALIZAR OU NÃO O PROCEDIMENTO DO CASO 1

Variáveis	Fazer ou não o procedimento do caso 1		P
	Sim	Não	
Sexo-n (%)			
Masculino	61 (38,9)	96 (61,1)	0,004*
Feminino	38 (61,3)	24 (38,7)	
Idade - média±dp	42,2 ± 8,6	45,7 ± 9,2	0,005**
País onde atua – n(%)			
Brasil	66 (59,5)	45 (40,5)	< 0,001*
Alemanha	14 (28,6)	35 (71,4)	
Itália	08 (20,5)	31 (79,5)	
Grécia	10 (52,6)	09 (47,4)	
Filhos-n (%)			
Sim	75 (45,5)	90 (54,5)	1,000*
Não	24 (44,4)	30 (55,6)	
Vive com companheiro -n(%)			
Sim	80 (43,5)	104 (56,5)	0,321*
Não	19 (54,3)	16 (45,7)	
Profissão-n(%)			
Medicina	73 (42,0)	101 (58,0)	0,228*
Enfermagem	02 (100,0)	0 (0,0)	
Psicologia	02 (40,0)	3 (60,0)	
Biologia	14 (56,0)	11 (44,0)	
Nível de pós-graduação-n(%)			
Especialização	39 (44,3)	49 (55,7)	0,040*
Mestrado	18 (69,2)	08 (30,8)	
Doutorado	19 (42,2)	26 (57,8)	
Pós-doutorado	12 (33,3)	24 (66,7)	
Tempo na área - mediana (P25-P75)	10,0 (5,0–15,0)	13,0 (7,0–20,0)	0,010***
Centro público – n(%)	27 (29,7)	64 (70,3)	< 0,001*
Centro privado – n(%)	82 (51,6)	77 (48,4)	0,003*

* valor obtido pelo teste Qui-quadrado

** valor obtido pelo teste t-Student

*** valor obtido pelo teste de Mann-Whitney

**TABELA III – AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS RELEVANTES
PARA A DECISÃO DE REALIZAR OU NÃO O
PROCEDIMENTO DO CASO 1**

Aspectos	Fazer ou não o procedimento do caso 1		P*
	Sim n (%)	Não n (%)	
- Estado conjugal da paciente	19 (21,1)	71 (78,9)	< 0,001
- Nível sócio-econômico	54 (58,1)	39 (41,9)	0,002
- Direito de escolher gestar	89 (59,7)	60 (40,3)	< 0,001
- Direito da criança quanto à paternidade	42 (29,8)	99 (70,2)	< 0,001
- Dever do profissional em ajudar a paciente a realizar o procedimento	75 (64,1)	42 (35,9)	< 0,001
- Necessidade de avaliação do caso por um comitê de bioética	43 (38,4)	69 (61,6)	0,762
- Aspectos técnicos	57 (75,0)	19 (25,0)	< 0,001
- Aspectos morais	60 (43,2)	79 (56,8)	0,607
- Aspectos legais	42 (38,9)	66 (61,1)	0,849

* valor obtido pelo teste qui-quadrado com correção de Yates

TABELA IV – ANÁLISE MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS PREDITORAS PARA A DECISÃO DE REALIZAR OU NÃO O PROCEDIMENTO DO CASO 1

Variáveis	OR Ajustado	IC 95%	P
Sexo			
Masculino	1,00		
Feminino	2,29	(0,77 – 6,80)	0,135
Idade	0,98	(0,93 – 1,04)	0,521
País onde atua			
Brasil	1,00		
Alemanha	0,41	(0,12 – 1,47)	0,172
Itália	0,40	(0,10 – 1,63)	0,204
Grécia	1,68	(0,31 – 9,07)	0,544
Profissão			
Medicina	0,40	(0,11 – 1,47)	0,169
Outras	1,00		
Nível de pós-graduação			
Especialização	1,00		
Outros	1,88	(0,66 – 5,27)	0,233
Centro Público			
Sim	1,00		
Não	1,55	(0,60 – 3,98)	0,362
Estado conjugal da paciente			
Sim	0,13	(0,04 – 0,37)	< 0,001
Não	1,00		
Nível sócio-econômico			
Sim	2,66	(0,98 – 7,28)	0,056
Não	1,00		
Direito de escolher gestar			
Sim	3,88	(1,11 – 13,49)	0,033
Não	1,00		
Direito da criança quanto à paternidade			
Sim	0,25	(0,09 – 0,72)	0,010
Não	1,00		
Dever do profissional de ajudar a paciente a realizar o procedimento			
Sim	2,88	(1,06 – 7,83)	0,039
Não	1,00		
Necessidade de avaliação do caso por um comitê de bioética			
Sim	0,54	(0,20 – 1,47)	0,224
Não	1,00		
Aspectos técnicos			
Sim	1,97	(0,70 – 5,56)	0,198
Não	1,00		
Aspectos legais			
Sim	1,54	(0,59 – 3,99)	0,374
Não	1,00		

ARTIGO ORIGINAL – EM INGLÊS**THE VISION OF HEALTH PROFESSIONALS IN ASSISTED REPRODUCTION:
A BRAZIL-EUROPE CROSS-CULTURAL PERSPECTIVE***

AUTHORS: S. Záchia^{1,7}; D. Knauth²; J. R. Goldim³; R. Felberbaun⁴; P. G. Crosiagni⁵; B. Tarlatzis⁶; E. P. Passos¹

¹Division of Assisted Reproduction, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Brazil;

²Department of Social Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul –Brazil;

³Research And Post-Graduation Group, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Brazil;

⁴Lübeck University – Germany; ⁵University of Milan – Italy; ⁶Aristoteles University of Thessaloniki – Greece

⁷To whom correspondence should be addressed. E-mail: fezachia@terra.com.br

ABSTRACT

There have been many changes and progress in infertility protocols in the past few years. Beginning in 1990, ethical guidelines and laws regarding reproductive technology have been established in many countries. The physician's reproductive decisions are not solely based on technical criteria and are influenced as well by society values.

OBJECTIVES To analyze the factors prioritized by professionals when deciding on cases of assisted reproduction, in an attempt to understand existing cultural differences among countries.

METHODS A cross-sectional study involving 224 health professionals working with assisted reproduction in Brazil and in some European Community countries was performed. Factors studied: socio-demographic variables, technical aspects, moral and legal values accounted for in decision-making. The analyzed outcome is the professional's decision on whether to perform assisted reproduction procedures or not. The instrument used for data collection encompassed the analysis and decision on four cases involving issues of assisted reproduction.

RESULTS The situation involving a female homosexual couple, the choice of embryo sex and a couple where only the woman is HIV positive showed no difference statistically significant. The situation involving the case of a single woman with no intention of a partner in the future showed differences related to the sex of the professional, age, graduate studies level, working in private centers, time working in the field, dependent on the countries they work. After multivariate analysis, the relevant reasons for the professional's decision to perform the procedure were: the right to gestate and the duty of professionals to help the patient by performing the procedure. The professionals who stated not to perform the procedure in such cases, pointed out the marital status of the patient and the right of the child to a father.

CONCLUSION The study showed a difference between countries only in the evaluation of the case about a single woman with no intention of having a partner in the future. It also disclosed the undervaluation of bioethics committees and the need for greater participation of health professionals in debates on assisted reproduction laws.

KEY WORDS: assisted reproduction/cross-cultural study/culture/infertility

*This manuscript is written in accordance with the requirements of Human Reproduction Journal

INTRODUCTION

The impossibility of bearing children may result in a series of negative feelings, such as sadness, guilt and social isolation, and may also be faced as one of life's crises in which there may be damage to the stability to a couple's relationship (Passos *et al*, 2006). In the last decades, the ever-growing high technology in this area has been allowing these women or couples to fulfill wishes of pregnancy.

Silva *et al* (2003) in a review paper about psychological symptoms and infertility have shown that the experience of infertile women subjected to procedures of *in vitro* fertilization is quite stressful. They also describe that those seeking treatment indefinitely tend to have greater risks of psychological problems, sadness and depression. The authors emphasize the importance of health professionals knowing the damage that infertility causes and subsequent distress to the couple, and of being able to better communicate with their patients, as well as promoting integration between different medical specialties.

According to Passos *et al* (2006), the prevalence of infertility has been constant along the years, but the search for treatment has been growing. They estimated it may happen from 8% to 12% of couples throughout their reproductive life and quote that some studies have demonstrating it may reach 30%.

In a multicenter study done in France, Thommeau *et al* (1991) have found a prevalence of infertility of 14.1% indicating that one in seven women in France, during their reproductive life, will seek specialized care due to infertility. In Brazil, however there are no relevant statistics, but it is assumed to be equal or greater than this latter prevalence due to the large number of sexually transmitted

diseases and other pelvic inflammatory diseases which affect women and may cause infertility (Passos *et al*, 2006).

There are many techniques of assisted reproduction employed for treatment by major reproductive medicine centers worldwide. However, there are special situations in which health teams must discuss and review the possibility of treating such women or couples. It is in such specific situations that values, culture, knowledge and experiences acquire greater importance in the professionals' decisions.

Scientific research on issues of attitudes and behaviors regarding reproduction has been essential and should be expanded to develop efficacious intervention strategies among professionals of this field. Also, it is useful for the study of the adequacy of legal parameters in face of the recent technological development. The present study had the aim of verifying whether there are differences among countries in the way of analyzing cases of assisted reproduction.

METHODS

A prospective cross-sectional study was done with health professionals working with assisted reproduction in Brazil and in countries of the European Community (Germany, Greece and Italy), between July, 2003 and July, 2005. The studied population was of 544 professionals affiliated to societies of assisted reproduction in the year 2003, namely the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) and the Sociedade Brasileira de Reprodução Assitida (SBRA), who were officially registered and had available e-mail access. Out those, 327 received the e-mail invitation: 16 (4.9%) declined to participate in the study; 87 (26.6%) only accessed the site, yet did not answer the questionnaire; and 224 (68.5%) accepted to participate in the study. The sample

of the study thus consists of 224 health professionals: 51.3% (n=115) professionals working in Brazil; 22.3% (n=50) in Germany; 17.9% (n=40) in Italy and 8.5% (n=19) in Greece.

The data were gathered from a standardized instrument with socio-demographic information and from the description of four cases of assisted reproduction as well as questions related to their interpretation. Three are actual case descriptions and were subjected to the evaluation of the Bioethics Committee of a University hospital; one of them is about a single woman with no partner (case 1), another one, of a female homosexual couple (case 2) and the third one is about a couple where only the woman is HIV positive (case 3). The last case is “fictional” and envisions the choice of embryo sex (case 4).

The factors in study were the socio-demographic variables, technical aspects, as well as the moral and legal values considered in the professionals' decisions. The outcome analyzed was the professional's decision of performing or not the procedure.

For data collection, a program containing registration information of the professionals and their e-mail addresses obtained through their enrolment in the reproduction societies. This program was set up with two systems: a form available on the internet capable of verifying typed information and another system with a safe administrative interface, in which only authorized persons where able to manage information of the database and export them to a file in a format compatible with SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for further analysis.

An invitation letter informing about the study was sent to the personal e-mail address of each professional in his or her country's official language. The professional accepting the invitation accessed the site that made the questionnaire available (in English for the Europeans and in Portuguese for the Brazilians). When the answers were completed, the instruments were

automatically sent to the database. We assumed that the participants who answered the questionnaire gave their consent, that is, by sending the answers they accepted the terms of the study. In order to warrant confidentiality, the answers were sent directly to the study site, unattached to the identification data.

The quantitative variables were described by means and standard deviations or medians and the 25-75 percentiles, and the qualitative variables were described as absolute and relative frequencies.

The data were compared through bivariate analyses, using the Chi-square or Fisher tests to evaluate the association between the qualitative variables. To compare the age and the length of time the professionals had been working in reproduction matters, relative to the countries, the Analysis of Variance or the Kruskal-Wallis Test were used. To assess these same variables relative to performing or not the procedure, the Student's t Test or the Mann-Whitney test were used. In the multivariate analysis, the logistic regression technique was used. As a measurement of the effect, the adjusted odds ratio and its confidence interval were calculated. The significance level adopted in the study was 5% and for the statistical analysis, the SPSS version 10.0 package was utilized.

RESULTS

The socio-demographic characteristics of the professionals who participated in the study, according to their country of work are: most professionals are male (71.1%); physicians (84.0%) or biologists (12.7%); living with a partner (83.5%) and already have children (76.0%). These variables were not statistically significant when comparing countries (table I).

The professionals' mean age is 44.2 years (sd=9), being that those answering from Italy had a mean age greater than those answering from Brazil (P=0.036). The median length of time working in reproduction matters is of 12

years, being that the professionals from Italy have been working for a longer time when compared to those from Greece and from Brazil ($P=0.001$).

Over 75% of the professionals, regardless of the country, had graduated in the same country in which they worked ($P<0.001$) and over 50% had post-graduate degrees also from the same country they worked in ($P<0.001$). Considering the post-graduation level, the professionals from Italy were associated with specialization; those from Brazil with Master's Degree; those from Greece with PhD; and those from Germany with Post-Doc ($P<0.001$).

Most of those working in Italy and Germany work in public centers ($P=0.002$) and most of those in Brazil and Greece, in private centers ($P<0.001$).

In the evaluation of the four cases, relative to the socio-demographic characteristics and countries, the only statistically significant association ($p<0.001$) regarding the professionals' decision on performing or not the assisted reproduction procedure occurred in the case of a single woman with no partner (case 1); as such, the statistical analyses of the study were done on the assessment of answers of professionals regarding this case, exclusively.

The comparisons between the variables studied and the professionals' decision on performing or not the procedure in this case have shown that the female professionals, the young, the professionals from Brazil, those having a Master's Degree, those practicing for shorter time in the field of reproduction and those in private clinics have a greater tendency to perform the procedure (table II).

The statistically relevant aspects involving the professionals' consideration of whether to perform the procedure or not in the case presented were: socio-economic level of the patient, the right to choose to gestate, the duty of the professional to help the patient by performing the procedure and the technical aspects. Likewise, the statistically relevant aspects, most considered by the

professional for not performing the procedure were: the patient's marital status and the child's right to a father (table III).

For the professionals in Italy who did not perform the procedure in case 1, the legal aspects were considered significantly relevant ($P=0.037$). For the remaining countries, there was no association between legal aspects and performing the procedure: Brazil ($P=1.000$), Germany ($P=0.299$) and Greece ($P=1.000$).

The logistic regression model done showed that the professional who considered the right to choose to gestate as relevant, had a 3.88-fold greater chance of performing the procedure in the single woman case than those who did not choose this justification ($OR=3.88$; 95% CI =1.11–13.49). The professionals who considered the duty of the professional to help the patient as relevant had a 2.88-fold greater chance of performing it than those who did not think this aspect is relevant ($OR=2.88$; 95%CI=1.06–7.83). In contrast, those professionals indicating the patient's marital status as relevant have a tendency not to perform the procedures, with 87% less chance of doing it ($OR=0.13$; 95%CI=0.04–0.37). Likewise, those professionals considering the child's right to a father as relevant have a 75% ($OR=0.25$; 95%CI=0.09–0.72) reduction in the chance of performing the procedure (table IV).

DISCUSSION

In this study, the variables which interfere cross culturally in decision-making by health professionals in cases of assisted reproduction were identified. It can be observed that most of the professionals participating in the study are physicians (84%). Despite the fact that studies have shown that nurses are important members of the multidisciplinary team and they are increasingly active in this field, giving guidance and support to the couples seeking treatment for

infertility, the number of nurses enrolled in the assisted reproduction societies still seems small, as only one nurse has answered the survey (Benton, 1998; Allan, 2001; Centa, 1997).

It was common belief that some socio-demographic factors of the professionals such as sexual option, having children or not, living with the partner or not, could interfere in the decisions made regarding the assisted reproduction demands. However, there was no statistically significant association involving these aspects in performing or not the procedure in the case of the demand by a single woman reported in the analyzed case.

On the other hand, the age of professionals working with assisted reproduction, as well as the time they had been practicing in this field, were statistically significant. The older age of the professionals in Italy, which corresponds to a longer time in practice in the field, and thus greater experience in assisted reproduction, may explain the value given to legal aspects for not performing the procedures demanded on the case studied. That is, the fact that the European countries precede Brazil in matters of assisted reproduction (ESHRE, 2004), also grants them consolidated legislation, as well as a possible greater commitment of the professionals to such regulations.

Information which, somehow, reflects the shorter life of assisted reproduction in Brazil is that, in this country, most professionals interviewed (85.2%) work in private centers. The incorporation of new reproductive technologies in the public health system in Brazil, as in other Latin American countries, is still incipient (Luna, 2002; Vayena *et al*, 2003).

Performing non-standard assisted reproduction procedures (standard: a heterosexual couple with infertility), here represented by the demand of insemination by a single woman with no partner, is better accepted by the professionals practicing in the field for a shorter period of time and in private centers. The professionals working in Brazil and the women also tend to be more

tolerant of this situation, accepting to perform the procedure more easily. The fact that the case relates to a woman's wish might be the justification for the greater tolerance of women professionals (61.3%) about performing the procedure, by identifying themselves with the presented situation. Likewise, one may assume that younger professionals have different values from the older ones, considering the progress in technology and changes of modern life, especially concerning the novel family compositions (Bozon, 2002). On the other hand, those in Brazil show more tolerance, allowing one to think that the culture in which they live interferes in the decisions made. The widespread occurrence of families "headed by women" in Brazil (Boletim Dieese, 2004) and the strong association that exists in the country between reproduction and women (Correa, 2001) make the situation of a single woman with no partner not perceived as abnormal or deviant, as it could be in European countries.

Legal aspects are not absolute obstacles for performing the procedure even in Germany and Italy, where the insemination of a single woman is not allowed. Almost one fourth of the professionals (24.4%) would perform the procedure, and those who would not, do not always justify the decision by legal aspects.

In Brazil, no law exists on the issue, but a Resolution of the Federal Medicine Council (Conselho Federal de Medicina –CFM, 2005) states that the use of assisted reproduction techniques is conditioned to the presence of infertility. However, the professionals in Brazil who would perform the procedure do not take into account the formal impediment – the fact that the patient is not infertile – when making their decision. The "non-consideration of formal resolutions" may be explained by different factors. One of these factors is the fact that the professionals are not liable of punishment, because the resolution does not have as much power as a law. There is also the issue that, as most Brazilian professionals work in private centers, they may be acting more independently.

There is also the possibility that they are not fully aware of the current resolution, as it determines that it is necessary to diagnose infertility and, in the case in study, it was not mentioned whether the woman had this diagnosis or not, only that she wished to be a mother without commitment to a partner.

Bill number 90, which is currently being examined in the Brazilian senate, argues for the permission of utilizing assisted reproduction techniques when infertility is observed and when the prevention of sex-linked genetic disorders is necessary. For the use of such techniques, medical indication must exist and free and informed consent is mandatory for both beneficiaries when the woman receiving treatment is married or in a stable union (Senado, 2005; Correa, 2001). It is understood thus that even existing a law, these regulations are foreseen, in which the decision of the indication by a physician and the mandatory presence of a partner are important.

After multivariate analysis, two aspects emerged as relevant for the professionals' decision of carrying on with insemination in a single woman without a partner: the right of the patient to gestate and the duty of the professional to help the patient by performing the procedure.

The techniques of assisted reproduction meet the wishes for reproduction of a significant number of couples. However, it has been observed that individual realization is being sought by means of this technology, a phenomenon that is being carefully followed by professionals, in regards to the possibility of performing the procedure in humans. There are different approaches in the debate of the wish of having children with the use of such reproductive technologies. The impossibility of procreating is an obstacle to a woman's projects, and resorting to assisted reproduction may be seen within a cultural context highlighted by individualism and autonomy (Correa, 2001).

The professionals who were favorable to performing the procedure in a single woman valued this individual's right to motherhood. However, one may not

forget that these very professionals are working in private centers, serving a population of higher income. Thus one may wonder if this autonomy and freedom would be valued likewise in the case of a poor woman (Correa, 2001).

Related to the right to gestate is the concept that professionals have the duty to help the patient to accomplish this right. That is, the professionals who admit to perform the insemination requested, fit the role of executors or facilitators of a wish (Strathern, 1995).

This perception of duty of the professional to help seems to be related to two main factors: on the one hand, the relative “easiness” of the requested technique, which within the assisted reproduction procedure may be regarded as the least complex (Passos, 2003); on the other hand, the professional/client relationship, in which the professionals linked to the private sector are often pushed to meet the demands of the patients, especially considering the growing competition in health care.

In opposition to this concept of warranting the reproduction rights of women there is a group of professionals (54.8%) who justify the non-performance of the procedure on individual demand. They are driven by the marital situation of the patient and the child’s right to a father. The new reproductive technologies allow women who wish to gestate not to depend on sexual intercourse for such, as they may have access to sperm banks in order to reach this goal. However, if the technical “problem” may be easily resolved with some advantages, like by lowering the risk of infection to the woman and child (Boivin, 2002), the social and cultural issues remain.

One of such issues refers to the identity of the sperm donor (Scheib *et al*, 2003; Barnes *et al*, 2004). Some authors are concerned that this secret may have negative effects on the family relationship and on the child. A growing number of programs in several countries currently have in their records donors who allow their identities to be released. In the first sperm bank of open identity in the

United States of America -*The Sperm Bank of California* (TSBC), the donors have the option of releasing their data to the interested dependents of or older than 18 years of age. This is a very popular option, with almost 80% of receivers looking for this type of donor (Scheib *et al*, 2003). The option of revealing the identity has also come up in other countries in which there was a formal recognition of the child's rights towards his/her genetic origins. The option of the donor to have his identity revealed was first legislated in Sweden, followed by Austria, Switzerland, Australia and, more recently, The Netherlands. A potential benefit of this disclosure is that it would help to avoid a sense of futility regarding the child's origin and also a possible negative repercussion of the lack of this information. Despite this, it is not yet clear whether, even knowing the donor's identity, these parents would reveal their origin to their children (Scheib *et al*, 2003).

European studies have shown that the decision for revealing varies among families and among countries. Only a few parents have told their pre-adolescent children about their origins, because, up to now, what is known about revelations in families of donor insemination comes from anonymous receivers (Golombok *et al*, 2002a). Additional studies in Europe showed similar trends among families with pre-adolescence: none of the Italian parents did, few (4%) Spanish did; and 23% of Dutch parents did (Scheib *et al*, 2003).

Women not living with partners and thus not facing the problem of male infertility, possibly better accept the idea of revealing the donor's identity. Scheib *et al* (2004) have shown revelation rates close to 100% in these cases and state that little is known about the children's reactions or their late feelings about their origins.

Even in families whose parents have utilized reproductive technology, but are the genetic parents, the concern of revealing to the children that they were generated with the use of reproductive technology remains. In such cases,

genetic fatherhood is not questioned, but the fact of having needed the medical help for generating the children is. A growing number of studies on the development and future repercussions in the life of children born through assisted reproduction is found in the literature (Golombok *et al*, 2002b; Scheib *et al*, 2003; Barnes *et al*, 2004).

The use of assisted reproduction technology may have consequences which surpass the mere use of the technique for the fulfillment of the woman's desire and may have repercussions to her offspring. Those professionals who have decided not to perform the procedure in the single woman considered that the child's right to a father was a relevant argument.

The reluctance of some professionals in offering assisted reproduction technologies to a single woman with no intention of having a partner in the future could also be related to the fact that they believe that the presence of the father is fundamental for the psychological development of the child. Traditionally, in the western culture, the father has been seen as the responsible authority for setting limits, while the mother, for the emotional and an affective care of family life (Brewaeys *et al*, 1997). In this case, the health professionals who opposed to performing insemination may be, besides concerned with the absence of a father figure in the child's life, also concerned with the importance of the social relations group of this woman. According to Boivin (2002), the quality of social support of this child's family is very important for his/her development, and the interaction with other adult models must be assured.

The main limitation of this study is the tool used for data collection: the internet. Many professionals may have "disregarded" the invitation for the study, fearing computer viruses and many may not have valued or not understood the invitation, despite the collaboration of university professors of the European countries involved. However, studies done through the internet show as an advantage, the low cost and fast response. On the other hand, internet based

research allow the people responding to invent realities, with no one knowing for sure the difference between fiction and reality (Denzin and Lincoln, 2002).

The study has shown the undervaluation of Ethics Committees, since the question about the need of evaluating the case by an ethics committee was showed no statistically significant associations with the countries studied. The team of assisted reproduction should be assessed under the ethical point of view, due to its importance, with approaches to matters linked to women's health, public health, research, cultural meaning and social impact, as well as to economical issues. It is necessary to reinforce the universal principles and values of the medical profession (Boden and Williams, 2004; Sox, 2002). The principle of respect for the person is central in bioethics and one of its characteristics is autonomy (Goldim, 2005), which could have been relevant in the professionals' decisions. Considering this, programs to prepare professionals in bioethics should be sponsored in the main assisted reproduction centers.

Another aspect displayed in the study is the importance of the professionals working in assisted reproduction to participate more actively of debates and formulation of laws and regulations on the use of new technology.

REFERENCES

Allan H. (2001) A good enough nurse: supporting patients in a fertility unit. *Nursing Inquiry*, **8**, 51-60.

Barnes J. *et al.* (2004) The influence of assisted reproduction on family functioning and children's socio-emotional development: results from a European study. *Hum. Reprod.*, **19**, 1480-1487.

Boden J. and Williams D.I. (2004) Donor anonymity: Rights and meanings. *Hum. Fertil.*, **7**, 19-21.

Boivin J. (2002) Reproductive services with single women without partners. ESHRE Monographs: Guidelines for counselling in Infertility, UK, 43-44.

Boletim Dieese (2005) In www.sei.ba.gov.br/conjuntura/ped/ped_estudos_especiais/mulher_chefe.pdf.

Bozon M. (2002) Sociologie de la sexualité. Nathan Université, Paris.

Brewaeyns A. *et al.* (1997) Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. *Hum. Reprod.*, **12**, 1349-1359.

Centa M.L. (1997) Vislumbrando uma aproximação entre o processo de trabalho em enfermagem e o cuidado ao casal estéril. *Cogitare Enfermagem*, **2**, 91-94.

Conselho Federal de Medicina (2005) Resolução n.1358/ 1992. In www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358_1992.htm.

Correa M.C.D.V. (2001) Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. *Bioética*, **9**, 71-82.

Denton J. (1998) The nurse's role in treating fertility problems. *Nursing Times*, **94**, 60-61.

Denzin N.K. and Lincoln Y. (2000) The handbook of qualitative research. Sage Publications Ltd, UK.

European Society Human Reproduction (ESHRE) (2004) The Pioneers. In ESHRE. The first 21 years. ESHRE, Europe.

Goldim J. R. (2005) Princípio do respeito à pessoa ou autonomia. In <http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>.

Golombok S. *et al.* (2002a) Families with Children conceived by Donor Insemination: A Follow-Up at age Twelve. *Child Develop*, **73**, 952-968.

Golombok S. *et al.* (2002b) The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Hum. Reprod.*, **17**, 830-840.

Luna F. (2002) Assisted Reproductive Technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues. In Vayena E. *et al.* *Current practices and controversies in assisted reproduction: report of of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*. World Health Organization (WHO), Geneva, 31-40.

Passos E.P. *et al.* (2003) *Rotinas em infertilidade e contracepção*. Artmed, Porto Alegre, 368.

Passos E.P. *et al.* (2006) Infertilidade: investigação e tratamento. In Freitas F. *et al.* *Rotinas em ginecologia*. Artmed, Porto Alegre, 529-541.

Scheib J.E. *et al.* (2003) Choosing identify-release sperm donors: the parent's perspective 13-18 years later. *Hum. Reprod.*, **18**, 1115-1127.

Senado (2005) Projeto de Lei n.90 / 1999. In genetika.extreme.com.br/midia/senado.htm.

Silva A.L.B. *et al.* (2003) Sintomatologia psicológica e psiquiátrica em casais inférteis: fator etiológico ou consequência clínica da infertilidade? *Revista Ginecologia Obstetrícia*, **14**, 85-88.

Sox H.C. (2002) Medical Professionalism in the New Millenium: a Physician Charter. *Annals of Intern. Med.*, **136**, 243-246.

Strathern M. (1995) Necessidades de pais, necessidades de mães. *Estudos Feministas*, **3**, 303-329.

Thonneau P. *et al.* (1991) Incidence and main causes of infertility in a resident population of three French regions. *Hum. Reprod.*, **6**, 811-816.

Vayena E. *et al.* (2003) Assisted reproduction in developing countries-facing up to the issues. *Progress: in reproductive health research - WHO*, **63**, 1-8.

TABLE I – CHARACTERISTICS OF THE SAMPLE ACCORDING TO COUNTRY OF WORK

Variables	According to the Country of Work				P
	Brazil	Germany	Italy	Greece	
Sex-n (%)					
Male	77 (67.0)	38 (76.0)	30 (75.0)	15 (78.9)	0.491***
Female	38 (33.0)	12 (24.0)	10 (25.0)	04 (21.1)	
Age* - mean±sd	43.0 ^b ± 9.3	45.0 ^{ab} ± 7.4	47.5 ^a ± 9.8	42.4 ^{ab} ± 7.8	0.036****
Children-n (%)					
Yes	86 (74.8)	40 (80.0)	31 (77.5)	13 (68.4)	0.759***
No	29 (25.2)	10 (20.0)	09 (22.5)	06 (31.6)	
Living with partner-n (%)					
Yes	92 (80.0)	43 (86.0)	37 (92.5)	15 (78.9)	0.274***
No	23 (20.0)	07 (14.0)	03 (7.5)	04 (21.1)	
Profession-n (%)					
Medicine	93 (86.9)	39 (84.8)	34 (85.0)	12 (66.7)	0.708***
Nursing	01 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Psychology	02 (1.)	01 (2.2)	01 (2.5)	01 (5.6)	
Biology	11 (10.3)	06 (13.0)	05 (12.5)	05 (27.8)	
Time working in the field**	10,0 ^b (5.0–15.0)	13.0 ^{ab} (7.8–19.0)	15.0 ^a (10.0–20.0)	10.0 ^b (5.0–14.0)	0.001*****
median (P 25-P 75)					
Public Center-n (%)	35 (30.4)	27 (54.0)	24 (60.0)	07 (36.8)	0.002***
Private Center-n (%)	98 (85.2)	26 (52.0)	27 (67.5)	13 (68.4)	<0.001***

* Equal characters do not differ on the Tukey test

** Equal characters do not differ on the Dunn test

*** Value obtained in the Chi-square test

**** Value obtained by the analysis of variance

***** Value obtained by the Kruskal-Wallis test

TABLE II – COMPARISON BETWEEN THE STUDIED VARIABLES AND THE DECISION OF PERFORMING OR NOT THE PROCEDURE IN CASE 1

Variable	To perform or not the procedure in case 1		P
	Yes	No	
Sex-n (%)			
Male	61 (38.9)	96 (61.1)	0.004*
Female	38 (61.3)	24 (38.7)	
Age - mean±sd	42.2 ± 8.6	45.7 ± 9.2	0.005**
Country of Work – n (%)			
Brazil	66 (59.5)	45 (40.5)	< 0.001*
Germany	14 (28.6)	35 (71.4)	
Italy	08 (20.5)	31 (79.5)	
Greece	10 (52.6)	09 (47.4)	
Children-n (%)			
Yes	75 (45.5)	90 (54.5)	1.000*
No	24 (44.4)	30 (55.6)	
Living with Partner -n (%)			
Yes	80 (43.5)	104 (56.5)	0.321*
No	19 (54,.3)	16 (45.7)	
Profession-n (%)			
Medicine	73 (42.0)	101 (58.0)	0.228*
Nursing	02 (100.0)	0 (0.0)	
Psychology	02 (40.0)	3 (60.0)	
Biology	14 (56.0)	11 (44.0)	
Graduate Studies Level -n (%)			
Specialization	39 (44.3)	49 (55.7)	0.040*
Master's Degree	18 (69.2)	08 (30.8)	
PhD	19 (42.2)	26 (57.8)	
Post-Doc	12 (33.3)	24 (66.7)	
Time working in the field - median (P25-P75)	10.0 (5.0 – 15.0)	13.0 (7.0 – 20.0)	0.010***
Public Center – n (%)	27 (29.7)	64 (70.3)	< 0.001*
Private Center – n (%)	82 (51.6)	77 (48.4)	0.003*

* Value obtained by the Chi-square test

** Value obtained by the Student-t Test

*** Value obtained by the Mann-Whitney Test

TABLE III – EVALUATION OF ASPECTS RELEVANT TO THE DECISION OF PERFORMING OR NOT THE PROCEDURE IN CASE 1

Aspects	Perform or not the procedure in case 1		P*
	Yes n (%)	No n (%)	
- Marital Status of the Patient	19 (21.1)	71 (78.9)	< 0.001
- Socio-economical Level	54 (58.1)	39 (41.9)	0.002
- Right to choose to gestate	89 (59.7)	60 (40.3)	< 0.001
- Child's right to a father	42 (29.8)	99 (70.2)	< 0.001
- Duty of the professional to help the patient to have the procedure done	75 (64.1)	42 (35.9)	< 0.001
- Need for the evaluation of the case by a bioethics committee	43 (38.4)	69 (61.6)	0.762
- Technical Aspects	57 (75.0)	19 (25.0)	< 0.001
- Moral Aspects	60 (43.2)	79 (56.8)	0.607
- Legal Aspects	42 (38.9)	66 (61.1)	0.849

* Value obtained by the Chi-square test with Yates correction

TABLE IV – MULTIVARIATE ANALYSIS OF THE PREDICTING VARIABLES FOR THE DECISION OF PERFORMING OR NOT THE PROCEDURE IN CASE 1

Variables	Ajusted OR	95%CI	P
Sex			
Male	1.00		
Female	2.29	(0.77 – 6.80)	0.135
Age	0.98	(0.93 – 1.04)	0.521
Country of Work			
Brazil	1.00		
Germany	0.41	(0.12 – 1.47)	0.172
Italy	0.40	(0.10 – 1.63)	0.204
Greece	1.68	(0.31 – 9.07)	0.544
Profession			
Medicine	0.40	(0.11 – 1.47)	0.169
Others	1.00		
Graduate Studies Level			
Especialization	1.00		
Others	1.88	(0.66 – 5.27)	0.233
Public Center			
Yes	1.00		
No	1.55	(0.60 – 3,98)	0.362
Marital Status of Patient			
Yes	0.13	(0.04 – 0.37)	< 0.001
No	1.00		
Socio-Economical Level			
Yes	2.66	(0.98 – 7.28)	0.056
No	1.00		
Right to choose to gestate			
Yes	3.88	(1.11 – 13.49)	0.033
No	1.00		
Child's right to a father			
Yes	0.25	(0.09 – 0.72)	0.010
No	1.00		
Duty of the professional to help the patient to have the procedure done			
Yes	2.88	(1.06 – 7.83)	0,039
No	1.00		
Need for evaluation of the case by a bioethics committee			
Yes	0.54	(0.20 – 1.47)	0.224
No	1.00		
Technical Aspects			
Yes	1.97	(0.70 – 5.56)	0.198
No	1.00		
Legal Aspects			
Yes	1.54	(0.59 – 3.99)	0.374
No	1.00		

ANEXO 1 – CARTAS CONVITE**CARTA CONVITE AOS PROFISSIONAIS BRASILEIROS**

Prezado (a) _NOME,

Nós, pesquisadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em colaboração com Prof. Felberbaum da Universidade de Lübeck-Alemanha, Prof. Crosignani da Universidade de Milão-Itália e Prof. Tarlatzis da Universidade de Atenas-Grécia, estamos realizando um estudo para verificar se existem diferenças culturais entre os profissionais europeus e brasileiros, na avaliação de casos que busquem o uso de tecnologia de reprodução assistida.

Para isto, estamos enviando o convite para profissionais da saúde que trabalham com reprodução assistida na Europa e no Brasil, a fim de que participem deste estudo.

Caso você aceite este convite, sua participação consistirá em acessar o site indicado e responder às questões relativas a quatro casos apresentados. Para ter acesso a este site basta clicar em ACEITO. Ao finalizar o questionário, suas respostas serão remetidas para um banco de dados, montado no mesmo site, sem que seja possível identificar o emissor. Sua participação será voluntária e o preenchimento dos dados será considerado como o consentimento em participar da pesquisa.

Três dos casos são reais e foram submetidos à análise de um Comitê de Bioética de um hospital universitário. Suas respostas deverão ser preenchidas no próprio site. Qualquer outro comentário você poderá fazer no campo proposto somente para isto, no final de cada caso. Os dados deste estudo serão divulgados através de publicações e encontros científicos.

Contamos com sua colaboração, pois consideramos de suma importância estudar este tema para a melhor compreensão das questões de reprodução assistida em um contexto transcultural.

Este projeto está de acordo com as diretrizes brasileiras (Resolução CNS 196 / 96) e internacionais de pesquisa (CIOMS e Helsinki).

Caso necessite esclarecimento adicional sobre esta pesquisa, você poderá contatar com os pesquisadores Prof. Dr. Eduardo Pandolfi Passos, fone (51) 99810169, Enf. Suzana Záchia, fone (51) 99851914 e/ou Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, fone (51) 21018304.

DATA**ACEITO****NÃO ACEITO**

CARTA CONVITE AOS PROFISSIONAIS GREGOS

Dear

We, a group of researchers from Porto Alegre Clínicas Hospital, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, in collaboration with Prof. Ricardo Felberbaum from Lübeck University - Germany; Prof. P.G. Crosignani from the University of Milan - Italy and Prof. Basil Tarlatzis from the Aristoteles University of Thessaloniki - Greece, are carrying out a study to find out possible cultural differences between European and Brazilian professionals working in the evaluation of cases that search the use of the Assisted Reproduction Technology.

Thus we are sending this invitation to Health Professionals who work with assisted reproduction in Europe and in Brazil so they may join our research.

If you accept our invitation, your participation will consist in accessing the specified site and answering questions about four short cases presented therein. In order to access the site, simply click on ACCEPT. When you finish answering the questionnaire your answers will be sent to a database within the site, where it will no longer be possible to identify you. Your participation will be voluntary and the provision of information will be regarded as the consent to participate in the research.

Three of the cases are real and were analyzed by a Bioethics Committee of a university hospital. Your answers should be filled out on the site itself and further comments can be made in a specific field at the end of each case. The data gathered from this study will be published in scientific papers and medical meetings.

We are counting on your participation due to the importance of this matter for a better understanding of Assisted Reproduction issues in a trans-cultural context.

This project complies with the Brazilian (Resolução CNS 196/96) and International research Guidelines (CIOMS and Helsinki).

If you need further explanations about this research, you may contact professor Dr. Eduardo Pandolfi Passos at (55) 51-9981 0169 or RN Suzana Zachia at (55) 51- 9985 1914 and/or Clínicas Hospital at (55) 51-21018304 - Research and Post-Graduation Group.

DATE

I ACCEPT

I REJECT

CARTA CONVITE AOS PROFISSIONAIS ALEMÃES

Sehr geehrte Damen und Herren

Eine Forschungsgruppe des Hospital das Clínicas von Porto Alegre der Bundesuniversität von Rio Grande do Sul in Brasilien, zusammen mit der Universität zu Lübeck in Deutschland, unter der Leitung vom Professor Ricardo Felberbaum, mit der Universität Mailand in Italien - Professor P.G. Crosignani - und mit der Aristoteles Universität in Thessaloniki, Griechenland - Professor Basil Tarlatzis - machen eine Studie, um festzustellen, ob kulturelle Unterschiede bestehen, zwischen brasilianischen und europäischen Profis, bei der Beurteilung von Fälle, die von der Technologie der Assistierte Reproduktion abhängig sind.

Hiermit schicken wir den Zentren der Assistierte Reproduktion in Europa und in Brasilien diese Einladung, damit sie an dieser Studie teilnehmen können.

Hätten Sie Interesse an dieser Einladung, dann würden wir Sie darum Bitten uns ein paar Fragen über die entsprechenden vier Fälle zu beantworten. Der Fragebogen ist auf unserer Website zu finden. Falls Sie die Website besuchen möchten, klicken Sie auf, "OK". Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, werden Ihre Antworten zu unserer Datenbank geschickt, die auf unserer Website ist, ohne den Absender bekannt zu geben.

Drei von der vier Fälle sind real und wurden von einem Ethik-Komitee eines Krankenhauses analysiert. Ihre Antworten haben sie bitte direkt auf der Website zu schreiben. Am Ende des Formulars ist immer ein Platz für Ihre eigenen Kommentare, falls Sie es machen möchten. Ihre Teilnahme ist freiwillig und das Ausfüllen Ihrer Daten wird als Erlaubnis für die Teilnahme an dieser Studie angesehen. Die Ergebnisse dieser Studie werden durch Treffen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen bekannt gemacht.

Wir rechnen mit Ihrer Mitarbeit, denn sie ist sehr wichtig, wenn man dieses Thema aus einer kulturellen Perspektive betrachten und verstehen möchte.

Dieses Projekt stimmt mit den brasilianischen und internationalen ethiken Richtlinien der Forschung des Menschenwesens von 1996 überein. (CNS 196 / 96, CIOMS und Helsinki).

Haben Sie weitere Fragen, bitte melden Sie sich bei: Prof. Dr. med. Eduardo Pandolfi Passos, Tel. +55 51 99810169, Krankenschwester Suzana Záchia, Tel. +55 51 99851914, oder bei der Forschungsstelle vom Hospital de Clínicas in Porto Alegre, Tel. +55 51 21018304.

Datum

Ja, ich bin damit einverstanden

Nein, ich bin damit nicht einverstanden

CARTA CONVITE AOS PROFISSIONAIS ITALIANOS

Gentile Sig. (Sig.ra)

Noi, ricercatori dello "Ospedale di Clínicas" di Porto Alegre, Università Federale dello Stato del Rio Grande do Sul, in collaborazione con il Professor Ricardo Felberbaum dell'Università di Lubeca - Germania; il Professor Crosignani dell'Università di Milano, Italia - ed il Professor Basil Tarlatzis dell'Università Aristoteles Thessaloniki, Grecia - , stiamo realizzando uno studio per verificare se esistono differenze culturali tra i professionisti europei e brasiliani, nella valutazione dei casi che utilizzano la tecnologia di riproduzione assistita.

Per questo, stiamo mandando l'invito a professionisti della sanità che lavorano con la riproduzione assistita in Europa ed in Brasile, affinché partecipino a questo studio.

Nel caso accettiate questo invito, la vostra partecipazione consisterà nell'accedere il sito indicato e rispondere alle domande relative a quattro casi presentati. Per poter accedere a questo sito basta cliccare su ACCETTO. Una volta completato il questionario, le vostre risposte saranno inviate ad un banco di dati, montato nello stesso sito, senza che sia possibile identificare il mittente. La vostra partecipazione volontaria e la compilazione dei dati sarà considerata come un consentimento a partecipare alla ricerca. Tre dei casi sono reali e furono sottoposti all'analisi di un Comitato di Bioetica di un ospedale universitario. Le vostre risposte dovranno essere compilate direttamente nel sito medesimo. Qualsiasi altro commento potrà essere fatto nell'apposito campo alla fine di ogni caso.

I dati di questo studio saranno divulgati attraverso pubblicazioni ed incontri scientifici.

Contiamo con la vostra partecipazione, perché consideriamo di somma importanza studiare questo tema per una miglior comprensione delle questioni sulla riproduzione assistita inserite in un contesto trans culturale.

Questo progetto è in conformità con le direttrici brasiliane (Risoluzione del Ministero della Sanità 196/96) ed internazionali di ricerca (CIOMS e Helsinki).

In caso di chiarimenti aggiuntivi su questa ricerca, potrete entrare in contatto con i ricercatori Prof. Dott. Eduardo Pandolfi Passos, telefono (0055-51) 99810169, Infermiera Suzana Záchia, telefono (0055-51) 99851914 e/o Gruppo di Ricerca e Specializzazione dello "Hospital de Clínicas" di Porto Alegre, telefono (0055-51) 21018304.

Data

Accetto

Rifiuto

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

País de nascimento:

Idade:

Sexo: Masculino () Feminino ()

Formação Profissional:

() medicina () enfermagem () psicologia () biologia

() outra - especifique

País de sua formação acadêmica:

Possui pós-graduação: () sim () não

Nível da pós-graduação:

() Pós-doutorado

() Doutorado

() Mestrado

() Especialização

País da formação em nível de pós-graduação:

Área da pós-graduação:

() Reprodução Assistida

() Gineco-Obstetrícia

() Clínica Médica

() Epidemiologia

() Bioética

() Outros - Cite quais:

País onde desenvolve suas atividades profissionais:

Há quanto tempo você está trabalhando na área de reprodução assistida?

Atividade como profissional em centro de reprodução humana:

() privado () público

Vive com companheiro (a) no momento? () sim () não

Considera sua orientação sexual:

() heterossexual

() homossexual

() bissexual

Possui filhos? () sim () não

ANEXO 3 – CASOS EM ESTUDO

Caso I

Uma mulher solteira sem nenhuma intenção de ter um parceiro no futuro, com bom nível sócio-econômico, adquiriu 5 amostras de sêmen em um banco (comercial) de esperma.

Ela fez 3 inseminações sem sucesso. Veio a um Centro de Reprodução Assistida solicitando que fosse realizado o processo de inseminação.

1. Baseado nestas informações, você realizaria este procedimento?
() sim () não
2. É relevante ou não para sua tomada de decisão os seguintes aspectos:
 - situação conjugal da paciente () sim () não
 - nível sócio-econômico () sim () não
 - direito de escolher em gestar ou não () sim () não
 - direito da criança quanto à paternidade () sim () não
 - dever do profissional em ajudar a paciente realizando o processo () sim () não
 - necessidade de avaliação do caso por um comitê de ética () sim () não
 - outros
3. Você acha que sua decisão foi baseada em: (assinale uma ou mais alternativas)
 - A) aspectos técnicos
 - B) aspectos morais
 - C) aspectos legais
4. Você gostaria de fazer algum comentário sobre este caso? () sim () não
Comentário:

Caso II

Uma dupla de mulheres homossexuais querendo ter um filho solicita a um médico de um serviço de reprodução assistida para obter um oócito de uma delas para ser fertilizado com sêmen de um banco de esperma. O embrião deveria ser transferido para a outra parceira que atuaria como mãe substituta no objetivo de ambas participarem do processo ativamente, uma geneticamente, e a outra, gestando o bebê.

1. Baseado nestas informações, você faria este procedimento?
() sim () não
2. É relevante ou não para sua tomada de decisão os seguintes aspectos:
 - orientação sexual da dupla () sim () não
 - gestação de substituição () sim () não
 - desejo de participação biológica de ambas () sim () não
 - conflito na criança quanto à identidade dos pais () sim () não
 - conflito na criança quanto ao preconceito no futuro () sim () não
 - necessidade de avaliação do caso por um comitê de ética () sim () não
 - viabilidade técnica () sim () não
 - outros

3. Você acha que sua decisão foi baseada em: (assinale uma ou mais alternativas)

- A) aspectos técnicos
- B) aspectos morais
- C) aspectos legais

4. Você gostaria de fazer algum comentário sobre este caso? () sim () não

Comentário:

Caso III

Um casal desejando ter uma criança solicita que seja feita uma inseminação homóloga, pois embora eles não sejam inférteis, a mulher é portadora do vírus HIV. A proposta da solicitação é para proteger o marido que não seria exposto a ter relações sexuais com ela sem proteção - sem uso de condom. Na entrevista com os profissionais da equipe de reprodução assistida o casal informou que em caso de resposta negativa por parte do centro de reprodução humana em realizar a inseminação, eles tentariam de qualquer maneira tendo relações sem proteção, em prol de ter um bebê.

1. Baseado nestas informações, você faria este procedimento?

() sim () não

2. É relevante ou não para sua tomada de decisão os seguintes aspectos:

- desejo de gestar () sim () não
- direito do casal ao melhor tratamento () sim () não
- benefício-risco () sim () não
- preocupação com o futuro do bebê () sim () não
- risco de transmissão vertical () sim () não
- risco para o marido () sim () não
- necessidade de avaliação do caso por um comitê de ética () sim () não
- viabilidade técnica () sim () não
- outros

3. Você acha que sua decisão foi baseada em: (assinale uma ou mais alternativas)

- A) aspectos técnicos
- B) aspectos morais
- C) aspectos legais

4. Você gostaria de fazer algum comentário sobre este caso? () sim () não

Comentário:

Caso IV

Um casal heterossexual, que tem grande desejo de ter mais filhos, recorre a um Centro de Reprodução Humana, pois a mulher teve uma intercorrência clínica que impossibilita a fecundação de seus óvulos por problema tubário. Procuram o Centro de Reprodução solicitando fertilização in vitro.

Já que eles necessitam de um procedimento técnico e possuem dois filhos homens, gostariam que fossem implantados apenas embriões do sexo feminino.

1. Baseado nestas informações, você realizaria este procedimento?
() sim () não

2. É relevante ou não para a sua tomada de decisão os seguintes aspectos:

- Desejo de ter mais filhos
- Impedimento legal
- Escolha intencional do sexo da criança
- Dever do profissional em ajudar o casal realizando o procedimento
- Direito do casal em poder balancear a sua prole
- Oportunidade única de realização do desejo do casal
- Necessidade de avaliação do caso por um comitê de ética

3. Você acha que sua decisão foi baseada em: (assinale uma ou mais alternativas)

- a) aspectos técnicos
- b) aspectos morais
- c) aspectos legais

4. Você gostaria de fazer algum comentário sobre este caso? () sim () não
Comentário: