



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GISELY SANTANA FARIAS RIOS

**INFERTILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: O CONHECIMENTO E MANEJO DE
ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOÃO PESSOA

2023

GISELY SANTANA FARIAS RIOS

**INFERTILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: O CONHECIMENTO E O MANEJO DE
ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado para defesa do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – Nucleadora UFPB para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Gabriella Barreto Soares

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

JOÃO PESSOA

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R586i Rios, Gisely Santana Farias.

Infertilidade na atenção básica : o conhecimento e
manejo de enfermeiros das unidades de saúde da família
/ Gisely Santana Farias Rios. - João Pessoa, 2023.
77 f. : il.

Orientação: Gabriella Barreto Soares.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Infertilidade - Homem e mulher. 2. Enfermagem -
Atenção primária a saúde. 3. Política de planejamento
familiar. I. Soares, Gabriella Barreto. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616.697+618.177(043)



ATA DE SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO	
Programa de Pós-Graduação PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	Nucleadora UFPB
Ata da Sessão de Defesa do(a) Discente GISELY SANTANA FARIAS RIOS	
Realizada no Dia 31/03/2023	

Às **13:30** horas, do dia **31** do mês de **Março** do ano de **2023**, realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão do discente **GISELY SANTANA FARIAS RIOS**, intitulado **INFERTILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: O CONHECIMENTO E O MANEJO DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**.

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores **GABRIELLA BARRETO SOARES**, orientador(a), **ANA SUERDA LEONOR GOMES LEAL** e **DANIELLE BORDIN**.

A sessão foi aberta pelo(a) Orientador(a) do Programa de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) candidato(a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do(a) discente. O primeiro examinador foi o(a) professor(a) doutor(a) **DANIELLE BORDIN**. Logo após, procederam a arguição os professores doutores **ANA SUERDA LEONOR GOMES LEAL** e **GABRIELLA BARRETO SOARES**.



Em seguida, a banca examinadora reuniu-se reservadamente, a fim de avaliar o desempenho. A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho do(a) discente. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada às **15:49** horas, e eu,

GABRIELLA BARRETO SOARES

, orientador(a) do Programa Pós-Graduação do MPSF, Nucleadora , lavrei a presente ata, que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

Orientador(a)

1º Examinador(a)

2º Examinador(a)

, de , de .

Dedico o fruto dessa intensa jornada a Deus, pois ele tem realizado maravilhas em minha vida, sem ele eu nada seria ou alcançaria! Dedico à minha família, por sempre me incentivar e apoiar em todos os meus objetivos, em especial a minha mãe que sempre se dedicou a me guiar pelo melhor caminho e meu marido que muitas vezes acreditou mais em mim do que eu mesma para realizar meus sonhos e metas de vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por permitir a finalizar mais essa etapa na minha vida acadêmica, mesmo diante de todas as dificuldades e percalços no caminho, me manteve forte e persistente.

Agradeço à minha família por todo incentivo e compreensão durante essa jornada, em especial agradeço aos meus pais, marido e irmã.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Gabriella Barreto, por tanta dedicação, comprometimento, paciência e ensinamentos, por toda a parceria.

Agradeço às chefias na Prefeitura da cidade de Maceió e as enfermeiras que aceitaram participar das entrevistas, pois em esses atores a construção desse estudo não seria possível.

Agradeço aos amigos que a turma “Asas do SUS” me trouxe pelo companheirismo, apoio, suporte nessa jornada, em especial agradeço à querida amiga Risia Raphaely por me ajudar em tantos momentos que precisei.

Agradeço a todos os professores que de forma tão competente e dedicada nos transmitiram conhecimentos e nos fizeram enxergar nossa capacidade, mesmo enfrentando um mestrado em formato remoto durante uma pandemia.

Hoje posso dizer que não foi fácil, mas consegui graças a todos esse atores envolvidos! Enfim, agradeço a todos que fizeram parte, direta ou indiretamente, dessa etapa cumprida.

RESUMO

A infertilidade é considerada uma doença do sistema reprodutivo que pode estar presente no indivíduo ou até mesmo no casal, definida pela falha em alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas. Esta, alcança uma população significativa da humanidade a nível mundial e pode ser causada por múltiplos fatores. Estima-se que 70% dos casos de infertilidade podem ser identificados na Atenção Básica (AB) devido a sua capilaridade e facilidade de acesso, com a implantação de ações e procedimentos de baixo custo, por meio da identificação de necessidades de intervenções e a realização do cuidado integral à saúde da população. Nesse contexto, o objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento e prática dos enfermeiros no cuidado de casais com problemas de infertilidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Maceió, em Alagoas (AL). Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, envolvendo 20 enfermeiras ESF de Maceió. Foram realizadas entrevistas por meio de um questionário semiestruturado com informações referentes ao perfil sociodemográfico, além de um roteiro com questões relacionadas ao conhecimento e manejo no cuidado de casais com infertilidade na AB. Para análise dos dados foi utilizada a Análise Temática de Conteúdo de Bardin. A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos, tendo sido apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética. Os resultados foram organizados e sistematizados em três categorias: concepção da enfermagem sobre planejamento familiar e cuidado de casais inférteis; conhecimento limitado sobre o cuidado de casais inférteis; e prática restrita ou ausente das enfermeiras no cuidado dos casos de infertilidade na AB. Observou-se que embora a totalidade de profissionais entrevistados tenham afirmado realizar ações de planejamento familiar, estas ficaram em sua grande maioria concentradas em ações de contracepção e, quando questionados com relação ao auxílio à concepção, poucos profissionais apresentaram uma prática desse tipo de cuidado. Enfermeiras apontam como motivos para prática restrita no cuidado à infertilidade na ESF a limitação enquanto categoria ou mesmo por falta de conhecimento profissional, facilidade de encaminhamento ao especialista, reforçando a ideia de um modelo médico centrado, além da falta de direcionamento e formação sobre a temática para os trabalhadores por parte da gestão, e ainda limitação de conhecimentos acerca da temática ainda durante o período de graduação. As enfermeiras sinalizaram como caminhos para implementação de

atendimento ao indivíduo ou casal com infertilidade um maior conhecimento relacionado à Políticas de Saúde, desenvolvimento de ações de educação em saúde, bem como apoio e direcionamento da gestão municipal.

Palavras-chave: Esterilidade; Atenção Primária de Saúde; Política de Planejamento Familiar; Enfermagem.

ABSTRACT

Infertility is considered a disease of the reproductive system that can be present in the individual or even in the couple, defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse. This affects a significant population of humanity worldwide and can be caused by multiple factors. It is estimated that 70% of infertility cases can be identified in Primary Health Care (PHC) due to its capillarity and ease of access, with the implementation of low-cost actions and procedures, by identifying intervention needs and carrying out comprehensive health care for the population. Given this context, the objective of this research is to evaluate the knowledge and practice of nurses in the care of couples with infertility problems in the Family Health Strategy (FHS) in the city of Maceió, in Alagoas (AL). This is a cross-sectional, qualitative study involving 20 FHS nurses from Maceió. Interviews were carried out using a semi-structured questionnaire with information regarding the sociodemographic profile, in addition to a script with questions related to knowledge and management in the care of couples with infertility in PHC. Bardin's Thematic Content Analysis was used for data analysis. The research followed all ethical precepts, having been appreciated and received approval by the Ethics Committee. The results were organized and systematized into three categories: limited knowledge about the care of infertile couples; restricted or absent practice of nurses in the care of infertility cases in PHC and nursing conception of family planning and care for infertile couples. It was observed that although all of the professionals interviewed claimed to carry out family planning actions, these were mostly concentrated in contraceptive actions and, when asked about assistance with conception, few professionals presented a practice of this type of care. Workers refer to limitations as a category or even lack of professional knowledge, ease of referral to specialist medical professionals, reinforcing the idea of a centered medical model, in addition to lack of direction and training, as reasons for the restricted practice of infertility care in the FHS. on the subject for workers by the management, and still limited knowledge about the subject even during the graduation period. The nurses point out as ways to implement care for the individual or couple with infertility, greater knowledge related to Health Policies, development of health education actions, as well as support and guidance from municipal management.

Keywords: Sterility; Primary Health Care; Family Planning Policy; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distribuição dos bairros, por Distritos Sanitários, no Município de Maceió	30
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas dos profissionais entrevistados, ESF	34
Tabela 2. Distribuição das características de trabalho dos profissionais entrevistados, ESF	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS AB

AB - Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AL – Alagoas

CaSAPS – Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CIAP – Classificação Internacional da Atenção Primária

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

DIU – Dispositivo Intrauterino

DS – Distrito Sanitário

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSB – Equipe de Saúde Bucal

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FIV – Fertilização in Vitro

FSH – Hormônio Folículo-Estimulante

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMART – Comitê Internacional da Tecnologia Reprodutiva Assistida

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MBPF – Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivo do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PE – Pernambuco

PF – Planejamento Familiar

PR – Planejamento Reprodutivo

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RENASF – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

RH – Reprodução Humana

RHA – Reprodução Humana Assistida

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCB – Temperatura Corporal Basal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSH – Hormônio Tireoestimulante

TRA – Tratamento de Reprodução Assistida

T4 – Tiroxina (hormônio)

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

USF – Unidade de Saúde da Família

USG - Ultrassonografia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Apresentação.....	15
1.2 Contextualização.....	16
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo Geral.....	21
2.2. Objetivos Específicos	21
3. REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1. Estratégias governamentais para planejamento familiar	22
3.2. A infertilidade como um problema de saúde pública	23
3.3. O manejo da infertilidade no SUS	25
4. CAMINHO METODOLÓGICO.....	30
4.1. Tipo de Estudo	30
4.2. Local de Estudo.....	30
4.3. População de Estudo.....	31
4.4. Coleta de Dados.....	32
4.5. Análise de Dados.....	33
4.6. Aspectos Éticos	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1. Caracterização dos Sujeitos.....	35
5.2. Análise das unidades temáticas evidenciadas	37
5.2.1. Concepção da enfermagem sobre o planejamento familiar e cuidado de casais inférteis.....	37
5.2.2. Conhecimento limitado sobre o cuidado de casais inférteis.....	41

5.2.3. Prática restrita ou ausente das enfermeiras no cuidado aos casos de infertilidade na Atenção Básica.....	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE A – Questionário de caracterização dos sujeitos.....	63
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista em profundidade.....	64
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
ANEXOS.....	67
ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética.....	67
ANEXO B – Centros de Reprodução Assistida.....	73
ANEXO C - Fluxograma de abordagem a mulher ou casal que planeja gravidez.....	78

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

Sou Enfermeira graduada em 2011 pelo Centro Universitário CESMAC, especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família e mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família nucleada na Universidade Federal da Paraíba (RENASF/ FIOCRUZ/ UFPB). Atualmente exerço atividades profissionais na área hospitalar em Maceió e de gestão na Atenção Básica no município de Rio Largo - AL. Atuei na Estratégia Saúde da Família (ESF) de 2012 a 2021 por grande identificação pessoal com essa área, pelas relações que se estabelecem tanto profissional/paciente, quanto como profissional e equipe multiprofissional.

Me inscrevi no mestrado enquanto atuava na ESF no Município de Jaboatão dos Guararapes – PE e o projeto de pesquisa apresentado durante a seleção relacionava-se ao Pré-Natal masculino, devido a percepções na Unidade de Saúde da Família (USF) em que atuava. Porém, antes do início das aulas do mestrado fui convocada por outro concurso público e assumi o cargo em Rio Largo também na AB. Diante dessa nova realidade e da equipe da ESF a qual fui lotada, trabalhar no pré-natal do parceiro não fazia mais sentido.

Analisando e percebendo as necessidades da área de trabalho em que fui inserida, uma situação me chamou bastante atenção: uma mulher em idade fértil compareceu ao serviço e durante a consulta relatou que havia tido várias perdas gestacionais e procurado entender através de ajuda profissional o motivo pelo qual não conseguia avançar na gestação, porém até aquele momento sem sucesso. Naquele momento me questionei: O que posso fazer para ajudar a mudar essa realidade? Como ajudar essa mulher a ter seu bebê?

A partir dessa inquietude pessoal comecei a buscar com outros colegas e percebi que estes também estavam na mesma situação, que eu acredito que isso se deva historicamente a maior ênfase dada a atuação na contracepção do que na concepção propriamente dita, tanto na prática profissional quanto durante a graduação.

Concomitantemente a este momento, uma questão pessoal potencializou ainda mais a minha vontade de aprofundar nessa temática, eu passei a ser uma dessas mulheres com problema de fertilidade, não por perdas sucessivas como a mulher que atendi no serviço, mas por não alcançar uma gestação. Isso me fez sentir profundamente a necessidade de entender tanto sobre a temática da infertilidade, ainda muito incipiente na minha formação de enfermagem, como o que uma enfermeira como eu e tantas outras colegas poderiam fazer quando receber uma mulher, um homem ou um casal com o desejo de gerar um filho, mas que não conseguem realizar esse sonho sendo cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por isso acredito na potência desse estudo e que esse tema precisa ser debatido e lembrado, pois existem pessoas que precisam de ajuda profissional.

1.2 Contextualização

A infertilidade é uma luta muitas vezes silenciosa e afeta uma população significativa da humanidade a nível mundial. De acordo com o novo relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em de abril de 2023, cerca de 17,5% da população adulta - 1 em cada 6 em todo o mundo - sofre de infertilidade, ou seja, muitas pessoas são afetadas pela infertilidade ao longo de suas vidas, mostrando a necessidade urgente de aumentar o acesso aos cuidados para as pessoas que necessitam (OMS, 2023).

Dados de 2019 apontam que mais de 10% das mulheres foram afetadas por essa condição, evidenciando um crescente problema de saúde pública a nível mundial. Em sua definição clínica, a infertilidade é apontada como uma doença do sistema reprodutivo que se define pela falha em alcançar uma gestação após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas (OMS, 2019).

Em um estudo realizado com 8.500 casais inférteis em países desenvolvidos, foram observados resultados de infertilidade do fator feminino, em 37% dos casais; infertilidade do fator masculino, em 8%; e infertilidade de fatores femininos e masculinos, em 35% (CUNNINGHAM, 2017), apontando a infertilidade como um componente crítico da saúde reprodutiva (MASCARENHAS, 2012).

Conforme a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), no Brasil, cerca de 8 milhões de indivíduos podem ser inférteis (SBRA, 2019). Dados do relatório do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais (DESA), e da Organização das Nações Unidas (ONU), publicado em 2019, advertem sobre a baixa da taxa global de fertilidade nos últimos anos (ONU, 2019).

A Tecnologia de Reprodução Assistida (TRA) para o tratamento de casais (ou pessoas) inférteis é considerada uma importante intervenção em todo o mundo (INHORN E PATRIZIO, 2015 ; SHARMA ET AL. , 2018). Tais tratamentos têm permitido às mulheres a liberdade da maternidade e o Brasil não é exceção a essa tendência, com mais de 56.000 bebês nascidos após o uso dessa tecnologia de 1990 a 2012 (DORNELLES et al, 2016).

No entanto, existem disparidades marcantes na disponibilidade, qualidade e prestação de serviços de tratamento de infertilidade entre países de alta renda em relação a países de baixa e média renda (NACHTIGALL, 2006), e quando alcançado,

acontece após longos tratamentos que exigem investimento considerável de tempo, emoção, energia e principalmente financeiro (DORNELLES et al, 2016).

Embora a TRA exista há mais de quatro décadas, ela permanece indisponível ou inacessível para a maioria das pessoas em ambientes com poucos recursos (OMBELET E ONOFRE, 2019).

No ano de 2015, os países que fazem parte da ONU, lançaram uma agenda com metas globais para serem alcançadas até o ano de 2030, onde uma das metas, a de número 5, trata sobre a necessidade de alcançar a igualdade de gênero e empoderamento de meninas e mulheres, através da garantia de acesso universal a direitos reprodutivos e saúde sexual (IPEA, 2019), sendo assim, é possível perceber que o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos é atualmente uma grande preocupação mundial (RAMOS et al, 2022).

No Brasil, o planejamento reprodutivo é de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, sendo desenvolvido, prioritariamente, na Atenção Básica, por meio da ESF (PIERRE; CLAPIS, 2010). A forma como essa política é organizada, muitas vezes subordinam a autonomia reprodutiva das mulheres, principalmente as que vivem em situação de vulnerabilidade social (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Estudos apontam que a maioria dos esforços realizados pelo Brasil para atingir suas metas de Reprodução Humana (RH) têm se concentrado no aumento dos atendimentos de planejamento familiar enfatizando o acesso a métodos contraceptivos e na redução da morbidade e mortalidade materna e, com esse cenário, atenção insuficiente têm sido dada aos serviços de infertilidade. Tal fato, contribui para a existência de barreiras no setor público que dificultam o acesso de casais inférteis ao cuidado, como a falta de serviços e de decisão política para a implantação dos serviços de RHA (MAKUCH; BAHAMONDES, 2012).

A atuação dos profissionais de saúde no planejamento familiar e reprodutivo precisa ser pautada e realizada implementando atividades educativas, de aconselhamento e atividades assistenciais integradas, as quais precisam oferecer ao indivíduo os conhecimentos pertinentes para a livre escolha do método anticoncepcional mais adequado, propiciando a reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção e a sexualidade. A oferta dos métodos contraceptivos é um elemento imprescindível para o desenvolvimento de ações na ESF, porém, precisam contemplar todas as necessidades relacionadas a sexualidade do indivíduo ou casal, e descontinuar as ações relacionadas ao planejamento reprodutivo que seguem um fluxo unidirecional à contracepção (BEZERRA et al, 2018).

Estima-se que 70% dos casos de infertilidade podem ser identificados na Atenção Básica (AB), em decorrência da sua capilaridade e facilidade de acesso, com a implantação de ações e procedimentos de baixo custo, e apenas 30% necessitam de encaminhamento para serviços de atenção especializada (MOURA, et al 2013).

Nesse contexto, é papel da AB a realização de orientações ao casal com relação a identificação do período fértil, concentrando as relações sexuais, eliminando qualquer situação que interfira locomoção espermática através do trato genital feminino, dentre outras orientações importantes que devem ser realizadas (BRASIL, 2005).

A equipe de AB pode realizar a identificação do indivíduo ou casal com problemas de fertilidade, promovendo acolhimento e direcionamento quanto à queixa apresentada. Embora as taxas de infertilidade estejam aumentando constantemente, o atendimento oportuno, o gerenciamento das questões de fertilidade e a educação em saúde, pode evidenciar a grande importância que a AB tem nesse contexto (THABLE, DUFF, E DIKA, 2020).

As maiores barreiras à educação em saúde sobre a fertilidade na prática clínica têm sido as consultas curtas, com restrições de tempo enfrentadas pelos profissionais, juntamente com a falta de materiais educativos necessários para um adequado manejo (HAMPTON ET AL, 2016). O desconhecimento dos conceitos, causas de infertilidade e atribuições do enfermeiro levam a um elevado número de encaminhamentos aos serviços especializados (MOURA, 2013).

Com o intuito de promover acesso ao atendimento do casal com queixa de infertilidade na AB, um estudo realizado em Fortaleza em 2015 elaborou um protocolo clínico para atendimento à infertilidade na AB, com o objetivo de instrumentar de forma técnica profissionais de saúde da AB para o atendimento de pessoas com infertilidade, padronizar as condutas frente às queixas mais comuns que acometem as pessoas com problemas de fertilidade e assim poder subsidiar a tomada de decisões durante o atendimento (DIAS, 2015).

Mesmo com políticas públicas que orientam e fundamentam o cuidado e a atuação profissional no manejo a casais com infertilidade, é possível constatar a ineficiência do atendimento no território de AB e altos índices de encaminhamentos a serviços especializados, sem ao menos realização das atribuições do nível primário à saúde (THABLE, DUFF, E DIKA, 2020).

Diante do exposto, a infertilidade ficou demonstrada como problema que acomete parcela significativa dos indivíduos em idade reprodutiva, e que as ações ofertadas nas Unidades de Saúde da Família (USF) podem resultar em sucesso na concepção. Portanto nos cabe questionar: Os (as) enfermeiros (as) que atuam na ESF têm conhecimento e prática para o manejo no cuidado de casais e/ou indivíduos com queixas de infertilidade?

2 OBJETIVOS

Geral

Analisar o conhecimento e manejo dos enfermeiros da ESF no cuidado de casais e/ou indivíduos com queixas de infertilidade.

Específicos:

- Descrever o perfil dos enfermeiros (as) participantes da pesquisa que atuam na ESF do município de Maceió – Alagoas.
- Saber acerca do conhecimento dos enfermeiros sobre a temática infertilidade;
- Compreender o manejo dos enfermeiros (as) no atendimento assistencial ao indivíduo ou casal com queixa de infertilidade na ESF.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estratégias governamentais para planejamento familiar

A assistência ao planejamento familiar é direito de todo cidadão, regulamentado pela Lei nº 9.263 de 1996, sendo responsabilidade das instâncias gestoras do SUS em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1996).

A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) instituída em 2004, enfatiza a assistência integral e as ações de promoção da saúde como princípios norteadores para garantir direitos sexuais e reprodutivos. Determina ainda a realização de ações de clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), prevenção do câncer de colo uterino e da mama, além de ações educativas (BRASIL, 2016).

Tal política, incentiva a implantação e implementação da assistência em Planejamento Familiar (PF), para qualquer indivíduo, em qualquer etapa de sua idade fértil, no âmbito da atenção integral à saúde, compreendendo a ampliação e qualificação da atenção ao PF, abrangendo a assistência à pessoas com infertilidade, consolidando os avanços do PAISM (BRASIL, 2004; COSTA et al, 2013).

As ações relacionadas à fertilidade descritas no PF, sendo este, o conjunto de ações de regulação da fecundidade e garantia de direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, de livre decisão dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 1996), sendo responsabilidade do Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (BRASIL, 1988).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída em 2009 com o intuito de ampliar e qualificar o acesso da população

masculina às ações e serviços de saúde, tal política aponta a importância da inclusão do componente masculino nas ações de pré-natal, por meio do Pré-Natal do Parceiro, objetivando a inclusão de ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2018).

Outro elemento nesse contexto histórico que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo é a Rede Cegonha, instituída no ano de 2011, que dentre seus quatro componentes, aponta a necessidade de implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011).

O planejamento reprodutivo discute a implementação das práticas de anticoncepção na maioria das situações (BEZERRA et al, 2018), dessa maneira esse planejamento, no contexto do SUS, é uma das mais importantes atividades de prevenção, tendo como objetivo principal propiciar aos casais, e em particular as mulheres, o conhecimento e meios pelos quais tenham o poder de decidir sobre o quantos filhos desejam ter, o intervalo de tempo entre gestações, de forma autônoma e voluntária, possibilitando a livre escolha de método contraceptivo mais adequado, sem qualquer tipo de incentivo ou coação (MOURA; GOMES, 2013).

3.2 A infertilidade como um problema de saúde pública

A fertilidade é um elemento-chave da saúde reprodutiva e a infertilidade vem sendo reconhecida como um problema global e crescente de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nas suas estatísticas, apontam que 50 a 80 milhões de pessoas em todo mundo podem ser inférteis (BOIVIN *et al.*, 2007; MACALUSO *et al.*, 2010).

Definida pelo Comitê Internacional de Monitoramento da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) como a "falha em alcançar uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas" (ZEGERS-HOCHSCHILD *et al.*, 2009), no Brasil, esse número chega a cerca de 8 milhões de pessoas (SBRA, 2019).

As causas da infertilidade podem ser diversas, femininas, masculinas ou devido associações de dificuldades apresentadas pelos dois componentes, tendo ainda causas desconhecidas, sendo, no entanto, a maior parte passível de tratamento (SBRA, 2019).

Tal condição pode ser subdividida em infertilidade primária, que se caracteriza pela ausência de gestação prévia; infertilidade secundária, onde a falha na reprodução se desenvolve após a ocorrência de uma ou mais gestações anteriores; abortamento habitual ou de repetição, quando ocorre três ou mais interrupções naturais sucessivas da gestação de até 20 semanas; e esterilidade, a qual é definida pela incapacidade permanente de gerar filhos (BRASIL, 2010).

Entre as causas ou fatores de risco para infertilidade identificados mais frequentemente são encontrados no caso de mulheres, história de doença inflamatória pélvica, como consequência do aumento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), comprometendo assim, a permeabilidade das trompas de falópio, distúrbios ovulatórios ligados à obesidade e hábitos de baixo peso extremo, tóxicos como os cigarros, endometriose (GUYTON, HALL, 2017) e um aspecto não menos importante, como adiar a maternidade para idade mais avançada devido a interesses profissionais (ALVARENGA, *et al.*, 2016). Já a infertilidade masculina está frequentemente associada a varicocele e alterações seminais como o declínio na contagem de espermatozóide.

3.3 O manejo da infertilidade no SUS

Analizando o percurso da questão do tratamento da infertilidade no Brasil, em março de 2005 foi instituída no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida, com o objetivo de organizar linhas de cuidado, identificar determinantes de condicionantes dos principais problemas relacionados a fertilidade, qualificando a assistência e promovendo a educação permanente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005a).

Esta política definiu ainda como componentes fundamentais, AB e a atenção de média e alta complexidade, apontando a AB como componente de cuidado inicial para identificação do casal com problemas de fertilidade e na qual devem ser realizadas condutas assistenciais como anamnese, exames clínico-ginecológicos e solicitação de exames complementares que possam afastar patologias ou fatores concomitantes que interfiram na gestação ou ponham em situação de risco a vida da mulher ou do futuro filho (BRASIL, 2005).

Já em julho do mesmo ano, a Portaria nº388 determina que as secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios adotem em conjunto as providências para implantar as Redes de Atenção em Reprodução Humana Assistida, apontando normas para credenciamento e habilitação dos RHA, relação de procedimentos para Reprodução Humana nos três níveis de atenção, diretrizes gerais para a atenção integral em RHA, além de instituir que as secretarias estaduais têm a responsabilidade pela coordenação da rede (BRASIL, 2005).

Essa política aponta que os serviços de RHA deveriam ser organizados no âmbito do SUS, garantindo a assistência nos três níveis de atenção: Básica, Média e Alta complexidade, priorizando a AB como porta de entrada para a identificação do casal infértil, devido a sua grande capilaridade, territorialização e acessibilidade aos

usuários, devendo ser realizado acolhimento com escuta qualificada, identificando as necessidades de atendimento em tempo oportuno (BRASIL, 2005a).

Durante o atendimento profissional deve ser realizado anamnese do indivíduo ou do casal, o exame clínico, ginecológico nas mulheres e solicitação de exames complementares de diagnósticos básicos que incluem desde hemograma, glicemia de jejum, triagem para infecções sexualmente transmissíveis, distúrbios hormonais, citologia oncológica em mulheres e espermograma e ultrassonografia de testículos para homens, excluindo-se assim doenças, fatores concomitantes e qualquer condição que interfira em uma futura gestação ou que coloque em risco a vida da mulher ou do futuro conceito (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2010).

A não realização desse tipo de atendimento pode gerar aumento constante nas taxas de infertilidade, devido falta de gerenciamento oportuno das questões de fertilidade nos ambientes da AB, uma vez que estão em posição ideal para identificar usuários em risco e iniciar investigações precoces com o objetivo de otimizar os desfechos de fertilidade e qualidade de vida dos pacientes (THABLE; DUFF; DIKA, 2020).

Outra barreira que dificulta a implantação do cuidado da infertilidade é o fato de que, de acordo com as normas do SUS, o cuidado com a infertilidade deve ser iniciado na AB, e esses por diversas vezes enfrentam problemas como a falta de capacidade técnica e profissionais treinados, além do longo tempo de espera para a consulta inicial relacionado a essa queixa (MAKUCH; BAHAMONDES, 2012).

Os Tratamentos de Reprodução Assistida (TRA) foram implementados a partir dos anos 80, permitindo aos casais o alcance do desejo de reprodução, no entanto, a principal exclusão do acesso a esse tipo de tratamento é a base econômica. As pessoas já frustradas em seus projetos reprodutivos, devido a indisponibilidade de

técnicas de alta complexidade no (SUS) - têm sua situação de vulnerabilidade moral e social agravadas (COSTA et al, 2009).

Estudos sugerem que mulheres de populações desfavorecidas economicamente enfrentam desafios consideráveis ao buscar opções para o tratamento da infertilidade, em comparação com outras que possuem mais recursos. Da mesma forma, dados mostram que mulheres negras procuram tratamento de fertilidade com menos frequência do que as brancas, apesar de serem cerca de duas vezes mais propensas a experimentar infertilidade (EKECHI, 2021).

Passados sete anos da divulgação das redes e política de reprodução assistida, em dezembro de 2012, a Portaria nº 3.149 vêm regulamentar a alocação de recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que incluem a realização de procedimentos de atenção à RHA no âmbito do SUS, atualmente a rede conta com apenas 12 instituições conveniadas ao SUS em sete capitais (HESPANHOL, 2022), ou seja, apenas cerca de 5% da demanda de atendimento é feito no setor público, sendo poucos hospitais públicos ou universitários.

As sete capitais do Brasil que disponibilizam o atendimento são Belo Horizonte, Brasília, Goiânia, Natal, Porto Alegre, Recife e São Paulo (BRASIL, 2012). Oferecem os serviços e duramente conseguem custear todas as fases desse tratamento, tendo que contar com a participação financeira dos próprios pacientes para a compra de medicamentos, reforçando ainda que a regra atual é a existência de grandes filas para início do tratamento (SOUSA, 2014). Atualmente, os serviços de reprodução assistida no SUS possuem 13 instituições conveniadas e 12 com serviço em funcionamento (HESPANHOL, 2022) (ANEXO B).

Passados 31 anos da primeira fertilização *in vitro* realizada com sucesso no país, a aplicação de TRA segue disponível quase que exclusivamente ao setor privado

nos serviços de saúde. Em contraponto a uma aparente universalidade na elegibilidade de acesso, a não priorização das TRA no âmbito do SUS favorece e mantém um obstáculo ao acesso a esses serviços de ordem financeira.

São mantidos de forma exclusiva aqueles que não possuem condições para pagar por medicamentos que devem ser utilizados, procedimentos e serviços de assistência à reprodução. Tendo em vista o valor social e emocional da reprodução humana, esta concentração das tecnologias reprodutivas no setor privado de saúde aquece as desigualdades e agudiza vulnerabilidades de pessoas impedidas ao acesso a esses serviços (CORRÊA; LOYOLA, 2015).

É necessário o olhar político à essa temática, tendo em vista que se trata de uma questão de saúde que acomete uma parcela significativa da população em idade fértil, sendo assim, proporcionar o diagnóstico oportuno e manejo adequado pelos profissionais no ambiente da AB pode proporcionar um desfecho favorável, principalmente a população financeiramente menos favorecida.

O Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres, publicado em 2016, apresenta dados e fluxogramas que orientam todas as ações que devem ser realizadas, responsabilidades de cada profissional e dos níveis de atendimento, incluindo a atenção às ações de planejamento reprodutivo para mulheres lésbicas e bissexuais. É necessário garantir condições para que o desejo e/ou o direito à maternidade seja respeitado, para qualquer indivíduo, levando em consideração as técnicas de reprodução assistida existentes, além incentivar a valorização da participação masculina, uma vez que a responsabilidade e riscos tanto para concepção e contracepção são predominantemente assumidos pelas mulheres e não pelo casal (BRASIL, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2017, traz como atribuição de todos os profissionais de saúde o acolhimento, identificação de necessidades de intervenções de cuidado e a realização do cuidado integral à saúde da população, porém nada descreve sobre planejamento familiar (BRASIL, 2017).

O programa Previne Brasil tem como princípio a reestruturação do modelo de financiamento instituído para um modelo de financiamento que objetiva aumentar o acesso das pessoas aos serviços da AB, proporcionando maior vínculo entre população e equipe. Os componentes do financiamento para os municípios credenciados perpassam por pagamento por captação ponderada, pagamento por desempenho das equipes e incentivos para ações estratégicas realizadas por essas equipes (BRASIL, 2019).

No que tange ao pagamento por desempenho, os indicadores de pagamento iniciais contemplam ações relacionadas a gestantes, cobertura de exame citopatológico, cobertura vacinal, hipertensos e diabéticos. Existe ainda a previsão de inclusão de novos indicadores a partir da disponibilidade de recursos que contemplem ações multiprofissionais no âmbito da AB, cuidado puerperal, puericultura, relacionadas ao HIV, cuidados odontológicos, tuberculose, saúde mental, câncer de mama (BRASIL, 2021).

No atendimento aos usuários no SUS, os profissionais utilizam na AB a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) e a Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) que apresentam códigos para registro de consultas e orientações de atendimento a esses usuários. Em se tratando de CIAP-2, a questão da fertilidade é abordada no capítulo “W” que trata das questões relacionadas a gravidez, parto e planejamento familiar, contendo em sua abrangência os códigos “W13, W15 e W28” que dizem respeito respectivamente a atendimentos

relacionados à esterilização, infertilidade/ subfertilidade e limitação funcional/ incapacidade (SBMFC, 2010). Já a CaSAPS aponta a necessidade de realizar uma investigação para infertilidade do indivíduo ou casal com suporte psicossocial, procurando fazer abordagem para a integralidade (BRASIL, 2020).

Dadas as realidades atuais, estudos direcionam alguns elementos importantes para melhoria do cuidado aos casais inférteis, sendo que o primeiro caminho deve ser a prevenção da infertilidade, ou seja, atuar nas formas evitáveis de infertilidade antes que possam acometer homens e mulheres, envolvendo educadores de saúde pública, necessários para explicar os fatores genéticos e de estilo de vida que estão ligados a essa crescente causa global da infertilidade primária principalmente em mulheres (INHORN, PATRIZIO, 2015).

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa, intencionando avaliar o manejo dos enfermeiros (as) a partir das falas sobre o objeto investigado, neste caso, conhecimento e prática relacionados à queixas de infertilidade.

4.2. Local de Estudo

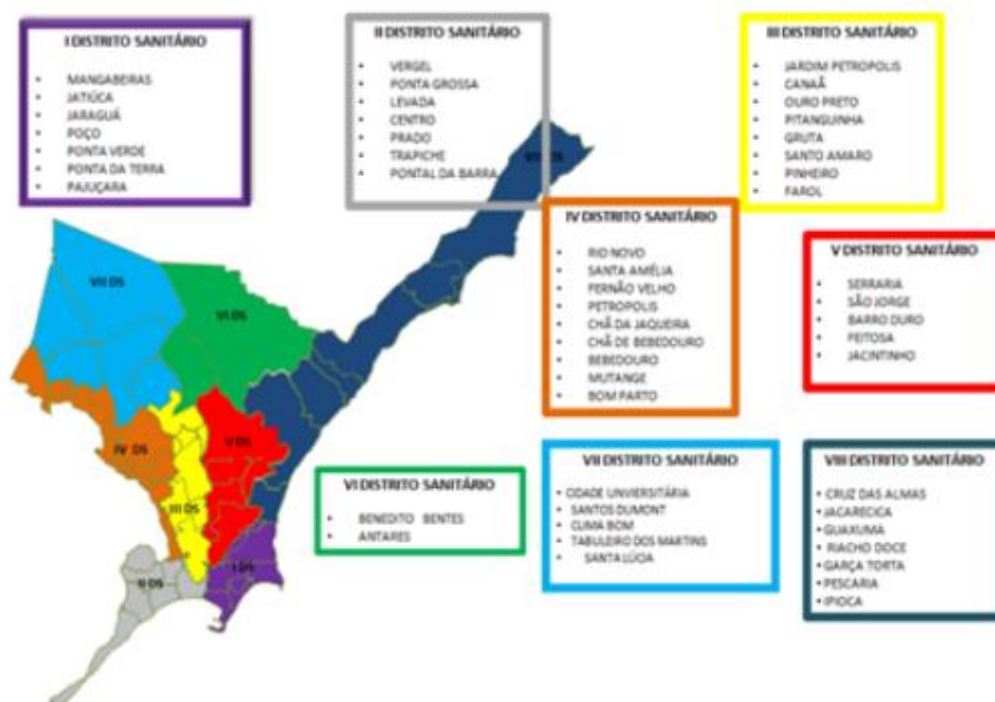
Esta pesquisa foi realizada em Maceió, capital do estado de Alagoas, que apresenta uma área territorial de 509.320km² (2020) e uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 1.031.597 habitantes (2021), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,721 (IBGE, 2010).

O município faz parte da 1ª macrorregião de saúde estadual, possui 8 Distritos Sanitários (DS) de saúde para organização da oferta de serviços e atualmente conta com 79 equipes de Saúde da Família (eSF), sendo responsáveis por 30% de cobertura

assistencial da população do município, tanto em áreas urbanas quanto rurais, em regime de unidade única e também unidades integradas, dessas 12 unidades fizeram parte deste estudo e todas fazendo parte da região urbana.

As ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão de acordo com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), dentre elas encontram-se incluídas: atenção familiar, atenção à saúde da mulher e atenção à saúde do homem que apresentam maior proximidade com o objetivo da pesquisa.

Figura 01. Distribuição dos bairros, por Distritos Sanitários, no Município de Maceió.



Fonte: GGPS/GATC.SMS de Maceió/ AL, 2017.

4.3. População do Estudo

A população considerada sujeitos desta pesquisa foi constituída por 20 enfermeiras, todas do sexo feminino, atuantes em 12 Unidades de Saúde da Família do sistema municipal de saúde que desenvolvem atendimento de planejamento familiar em sua rotina de trabalho, com foco nas ações de fertilidade e que aceitaram participar da pesquisa pois demonstraram interesse pela discussão do tema proposto pela pesquisa. O número de participantes foi definido, ao atingir nível de saturação, ou seja, quando os dados coletados não apresentaram mais condições divergentes das que foram apresentadas pelas demais entrevistadas, havendo repetição de condutas e conhecimentos, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Como critérios de inclusão no presente estudo, a entrevistada precisou estar atuando na USF por pelo menos um ano e desenvolver atividades de planejamento familiar. Já como critérios de exclusão foram considerados enfermeiros de licença, férias, com tempo inferior a um ano de atuação na ESF ou que não desenvolveu ações de planejamento familiar na unidade de atuação em que trabalha.

4.4. Coleta de Dados

A coleta dos dados foi constituída através de entrevista semiestruturada utilizando um roteiro, inicialmente com dados para caracterização dos sujeitos e posteriormente com questões sobre o conhecimento e manejo assistencial desses profissionais com usuários com queixas de infertilidade. As entrevistas foram realizadas no período de maio de 2022 até setembro do mesmo ano nas Unidades de Saúde da Família localizadas em Maceió – Alagoas, em que estão inseridos os profissionais entrevistados e foram previamente marcadas por contato telefônico entre pesquisadora e profissionais.

Inicialmente foram realizadas apresentações e esclarecimentos sobre o objetivo e a condução da entrevista, iniciada e guiada pelo roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A), conduzido pela pesquisadora após o aceite de participação pela entrevistada e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Esse instrumento objetivou coletar dados sociodemográficos e de trabalho para caracterizar o perfil dos entrevistados.

Em um segundo momento foram realizadas as entrevistas seguindo um roteiro com perguntas incluindo incluindo experiências, conhecimentos acerca da temática, sentimentos e opiniões dos entrevistados sobre o manejo profissional em situações de casais ou indivíduos com queixa de infertilidade (APÊNDICE B).

As entrevistas foram finalizadas ao atingir nível de saturação, ou seja, quando os dados coletados não apresentaram mais condições divergentes das que foram apresentadas pelos demais entrevistados, havendo repetição de condutas e conhecimentos, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

4.5. Análise de Dados

A análise temática de conteúdo de Bardin orientou a análise dos dados deste estudo. A pré-análise, primeira etapa, foi realizada através da leitura flutuante e interpretativa dos dados, seguindo-se de leitura exaustiva para a definição das unidades temáticas de acordo com o objetivo do estudo. A segunda etapa, de exploração dos dados, foi realizada operação de codificação por meio de recortes do texto em unidades de temáticas ou de significados. Nesta etapa, também foram realizadas a classificação e a agregação das informações das unidades de registro, que conduziram a formação das categorias temáticas. Já na terceira etapa, foi

realizado o tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação dos dados das categorias temáticas.

A técnica de análise temática de conteúdo consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2009).

Diante das entrevistas realizadas, foram elaboradas as seguintes categorias de análise: Concepção das enfermeiras que atuam em ESF sobre planejamento familiar e cuidado de indivíduos e/ou casais inférteis na AB de Maceió; Conhecimento limitado sobre o cuidado de casais inférteis; Prática restrita ou ausentes das enfermeiras no cuidado dos casos de infertilidade na Atenção Básica

4.6. Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), levando em consideração os princípios da autonomia, riscos e benefícios, não maleficência e proteção ao sujeito da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Maceió, com uma carta de anuência. A proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba envolvido nesta proposta, de acordo com todas as exigências legais, tendo sido aprovada com o número CAAE: 57064722.4.0000.8069 (ANEXO A). O consentimento informado foi obtido por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Caracterização dos Sujeitos do Estudo

Das 20 enfermeiras entrevistadas, observa-se a totalidade do sexo feminino (100%), com idade que varia entre 29 e 66 anos, com pós-graduação, sendo a maioria em nível de especialização em áreas como saúde pública, urgência e emergência, nefrologia e obstetrícia, tendo duas profissionais com mestrado em educação em saúde, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das características socioeconômicas dos profissionais entrevistados, ESF – Maceió, 2022 (N=20).

Variáveis	Resultados	n	%
Sexo	Feminino – 20	20	100
Idade	Variou entre 29 e 66 anos	_____	_____
Estado Civil	Solteira	02	10
	Casada	15	75
	Divorciada	03	15
Filhos	Sim	19	95
	Não	01	05
Graduação além da enfermagem	Sim	00	00
	Não	20	100
Nível de Graduação	Especialização	19	95
	Mestrado	03	15
Tempo de formação em anos	Variou entre 4 e 27 anos.	_____	_____

Fonte: A autora (2022).

Quanto às características de trabalho das profissionais, observou-se que 19 são servidoras públicas estatutárias, apenas uma com contrato por tempo

determinado. O tempo de serviço na ESF varia entre 2 e 26 anos e entre 1 e 24 anos na atual equipe de SF (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características de trabalho dos profissionais entrevistados, ESF – Maceió-AL, 2022 (N=20)

Variáveis	Resultado	N	%
Tipo de vínculo com a prefeitura	Contrato temporário	01	05
	Servidor estatutário	19	95
Tempo de atuação em ESF	Variou entre 2 e 26 anos.	_____	_____
Tempo de atuação na atual ESF	1ano	01	05
	6 a 10 anos	04	20
	11 a 15 anos	01	05
	>15 anos	14	70
Equipe de Saúde onde atua é completa?	Sim	14	70
	Não	06	30
Atua como preceptor de residência?	Sim	01	05
	Não	19	95
Possui vínculo de trabalho além da ESF?	Sim	06	30
	Não	14	70
Realiza ações de planejamento Familiar na ESF de atuação?	Sim	20	100
Possui alguma formação em Planejamento Familiar ofertada pela prefeitura?	Sim	05	25
	Não	15	75
Já realizou atendimento a	Sim	17	85

indivíduo ou casal com queixa de infertilidade?	Não	03	15
--	-----	----	----

Fonte: A autora (2022).

Quando questionados sobre a realização de planejamento familiar na ESF de atuação, a totalidade das entrevistadas respondeu realizar, na maior parte por demanda e necessidade da população, não sendo realizada agenda programática para essa ação, sendo desenvolvidas atividades voltadas à contracepção. Conforme foi possível perceber, nenhuma possui especialização em área específica como saúde da mulher, fator que poderia transformar a abordagem e o olhar à temática abordada neste estudo.

Outro fator que se deve considerar é que de acordo com as enfermeiras entrevistadas, os cursos e capacitações desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) são voltados para temáticas como: citologia oncológica, métodos contraceptivos, tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão, e as que afirmaram treinamento em planejamento familiar foram voltados à práticas contraceptivas apenas, conforme explorado nas discussões que se seguem.

Após leitura, releitura e agrupamento de falas em unidades temáticas, foi possível elencar três categorias de análise para este estudo, que serão descritas e discutidas a seguir.

5.2. Análise das unidades temáticas evidenciadas

5.2.1. Concepção das enfermeiras sobre o planejamento familiar e cuidado de casais inférteis

O Planejamento Familiar é uma ação da agenda programática da Atenção Básica de fundamental importância para o indivíduo, família ou casal. O fato de ser

realizado na ESF garante a implementação de direito assegurado por legislações e políticas de saúde vigentes (MOURA, 2010). Porém, quando se trata de auxílio à concepção, um dos eixos do PF, percebe-se no decorrer das falas obtidas durante as entrevistas, não ser ofertada à população uma atenção voltada sobre esse cuidado.

De acordo com protocolo ministerial, é papel do enfermeiro e médico da equipe de saúde da família realizar a administração preventiva de ácido fólico, investigação para toxoplasmose, sífilis, rubéola, hepatite B e C, testagem anti HIV e tratamento sintomático de outras ISTs para o casal, colpocitologia oncótica para mulheres, suspender o uso de anticoncepcionais e fazer adequado controle das condições clínicas preexistentes (hipertensão, diabetes, eclâmpsia e HIV), quando se trata do atendimento relacionado a auxílio a concepção (BRASIL, 2010) (ANEXO C).

Quando disponíveis na Atenção Básica, deve ser solicitado para mulheres dosagens hormonais (FSH, TSH, T4 livres e prolactina) e para homens espermograma (se exame normal, solicitar histerossalpingografia para a parceira), além de acolhimento com escuta qualificada por parte da equipe multiprofissional (BRASIL, 2005a).

Mesmo com referências ministeriais e o conhecimento advindo da graduação profissional, pôde-se observar durante as entrevistas que as enfermeiras participantes apresentam um olhar restrito em relação ao planejamento familiar, concentrando suas ações na contracepção, conforme fala abaixo.

“Eu abro a agenda e atendo planejamento familiar dia de quarta feira a tarde.... Realizo consulta para prescrição de contraceptivo, implante do DIU que hoje a gente não tem na unidade mas a gente encaminha, no mesmo bairro tem um posto de demanda espontânea que tem ginecologista e aí a gente já encaminha quando a paciente diz que quer fazer o implante do DIU. Então com a gente fica mais na parte de contraceptivo.”

Enfermeira I

Também foi possível perceber nas falas que as ações de PF ocorrem por demanda espontânea das mulheres, ou seja, quando a paciente solicita esse tipo de atendimento, ou aproveita o momento de consulta relacionada à outras necessidades como puericultura, citologia. Dessa forma, não há uma agenda planejada e programada para o PF nas USF do município, como pode ser observado nas seguintes falas:

“... já começo a oferecer planejamento familiar, a partir do puerpério né, quando as mães vem, se não for assim a gente não tem demanda. Eu que ofereço a partir do puerpério, mostro os métodos que agente tem e elas geralmente escolhem ou anticoncepcional injetável ou oral, mais assim. Os outros como preservativo são muito resistentes ao uso e a gente até fica preocupado com as DST's....”

Enfermeira F

“O agente de saúde marca e elas vem, passo o comprimido ou a injeção, ou mesmo ela vem sozinha e marca lá na frente pra o que quer e eu atendo.”

Enfermeira G

Cabe ressaltar ainda a importância do entendimento, compreensão e respeito por parte dos profissionais acerca dos direitos reprodutivos. Um estudo realizado com enfermeiros avaliando o discurso e prática relacionado ao planejamento familiar evidenciou que para os profissionais, direito reprodutivo é explanado apenas como teorias relacionadas à contracepção, não associando a temas como, esterilização, ocorrência de aborto, concepção e cuidado em saúde de maneira integral (LINDNER et al, 2006).

A ausência de ações de planejamento familiar na AB foi apontada ainda em outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul (RS), onde as enfermeiras descrevem sobre a realização de ações de PF relacionadas às políticas ministeriais, não se restringindo à práticas de contraceptivas (FLORES; LANDERDAHL; CORTES, 2017).

Além da oferta de diferentes métodos contraceptivos, como anticoncepcional injetável ou oral, preservativos e até mesmo o Dispositivo Intrauterino, as ações de planejamento familiar são consideradas restritas na visão de algumas entrevistadas, por motivos envolvendo inclusive falta de insumos, sendo apontado o não reconhecimento do desenvolvimento dessa prática na USF:

“Na verdade, o nosso planejamento não seria nem um planejamento familiar mesmo, porque a gente só tem um anticoncepcional oral e um injetável que é o que a gente oferece a população. Pronto planejamento seria só por aí mesmo, a utilização de um desses métodos, e uma coisa que a gente faz é controlar.”

Enfermeira H

Em relação ao planejamento familiar voltado para o cuidado dos casais com problemas de infertilidade, a maioria dos discursos trazem uma visão centrada na mulher, citando apenas questões do corpo feminino nas causas da infertilidade, sugerindo a possibilidade de um olhar que acaba responsabilizando a mulher pela procriação. Poucos foram as entrevistadas que incluíram o homem nessa temática.

“A mulher não conseguir engravidar né, assim após alguns anos de tentativas e não conseguir por algum motivo. Acredito que é assim. Tem a questão de ovário policístico, da endometriose, mioma né, ou até mesmo hormonal.”

Enfermeira B

“Bom...poderia ser alguma questão hormonal, ou seja, uma coisa menos grave, ela está com os hormônios muito desorganizados, estrógeno muito baixo ou muito alto, os hormônios delas de alguma forma está desorganizado fazendo com que ela não ovule, o óvulo não amadureça, algum problema no útero, né a nível de ovário ou de útero...é, acho que só.”

Enfermeira H

Historicamente a mulher foi apontada pela sociedade como responsável pela concepção, cuidados e manutenção do lar e talvez por essa questão cultural, ainda hoje seja depositada nas mulheres a responsabilidade da infertilidade. Porém, a prevalência da infertilidade está aumentando constantemente, tanto devido a

componentes femininos, quanto às taxas crescentes de infertilidade masculina (OMS, 2019). Diante disso, é de extrema importância que se entenda a complexidade do que pode ser a infertilidade e que se adote a postura de avaliar ambos os parceiros, de preferência em conjunto (THABLE, DUFF E DIKA, 2020).

A ESF tem um papel fundamental na identificação dos casos de infertilidade, por estar mais próxima à população, inserida no território e ser componente do ordenador do cuidado na Rede de Atenção (MOURA, 2010). Os enfermeiros da ESF precisam de formações e treinamentos voltados à infertilidade e auxílio à concepção, pois muitos dos casos podem ser solucionados a partir desse atendimento inicial, se ofertado de forma adequada.

O MS reforça que o atendimento inicial aos casos de infertilidade deve ser realizado na AB, incluindo diversas orientações, dentre elas a fisiologia da reprodução, visto que muitos casais desconhecem o conceito de período fértil e as práticas que favorecem a concepção (BRASIL, 2010).

Essas atividades de orientações reforçam a necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde na AB, como um instrumento para articulação de saberes, superando o modelo biomédico ainda tão presente. Assim, o cuidado à saúde da mulher deve ser realizada de forma abrangente, levando em consideração suas necessidades e perspectivas relacionadas ao direito sexual e reprodutivo, anseios e desejos de vida (FLORES; LANDERDAHL; CORTES, 2017).

5.2.2. Conhecimento limitado sobre o cuidado de casais inférteis

Percebe-se no decorrer das falas das enfermeiras entrevistadas um conhecimento limitado em relação aos conceitos, níveis de intervenção e papel da

Atenção Básica e dos profissionais no atendimento à população com queixa de infertilidade.

Em relação ao conceito de infertilidade houve presença de respostas pouco precisas, limitando-se ao fato de não conseguir alcançar a gestação por algum motivo físico ou fisiológico, mas também foi percebido respostas mais aproximadas ao conceito da OMS e Ministério da saúde, fazendo relação com a questão temporal e o não uso de métodos contraceptivos.

“A mulher né que vem, tem mais de um ano de relação sexual sem usar nenhum método contraceptivo e ela não consegue engravidar. Antigamente dava um espaço de dois anos ou três, mas hoje já reduziu né, com o mesmo parceiro né. E aí é necessário fazer uma investigação tanto ela quanto o parceiro né.”

Enfermeira D

“Infertilidade? Agora você me pegou. Infertilidade, é a incapacidade de fecundação, de procriação. Tem o ato sexual, o desejo de ter filho, tem tudo mas infelizmente não tem a fecundação e conseqüentemente o tão desejado filho né.”

Enfermeira L

“Eita deixa eu pensar...infertilidade é quando não se consegue alcançar uma gravidez desejada. É uma coisa ruim, gera muita frustração principalmente na mulher”.

Enfermeira O

A falta de conhecimento apresentada pela maioria das entrevistadas pode estar relacionada a três grandes causas: a falta de abordagem da temática infertilidade durante a graduação; a falta de atualização profissional por parte da gestão em oferecer formação sobre infertilidade e a falta de tempo das enfermeiras para promover aperfeiçoamento profissional acerca de protocolos e portarias já instituídos.

Nos currículos dos cursos de enfermagem, não é comum a inclusão dos temas de infertilidade e reprodução assistida. No entanto, há um aumento no número de casais buscando tratamento para essa situação e a enfermagem apresenta um papel

fundamental em acolher essas pessoas. Nesse sentido, é importante fortalecer essa temática na graduação e pós-graduação, a educação permanente e inclusão de treinamento sobre o tema infertilidade nos serviços de saúde.

Durante as entrevistas, maioria das enfermeiras referiu não lembrar e/ou não haver discutido sobre infertilidade durante a graduação conforme demonstrado nas falas abaixo:

“Não. A faculdade é mais técnica, isso tem que se envolver, trabalhar nisso, se envolver, o cuidado e procurar estágio na área”.

Enfermeira G

“Eu nem me lembro. Nem lembro disso já faz tanto tempo”.

Enfermeira J

“Não viu. Essa é uma área com pouca demanda, acho que por isso não tem um direcionamento pra ela”.

Enfermeira Q.

O ensino da enfermagem no Brasil vem sendo construído perpassando por diversas transformações decorrentes das demandas de diferentes cenários de problematização em saúde, esse fator têm repercutido em diversos desafios, dentre eles, a manutenção da qualidade no ensino e formação, tensionando fragilidades assistenciais no cuidado profissional (MOURÃO et al, 2022).

No tocante às atualizações para profissionais fornecidas por meio da SMS, as respostas obtidas revelaram que as capacitações acontecem periodicamente e são organizadas de acordo com as grandes demandas da AB. Exemplos de treinamentos e capacitações apontados como frequentes estão relacionados à coleta de citologia oncológica, atendimento e tratamento de pacientes com tuberculose e hanseníase, atendimento pré-natal, imunização, feridas, entre outros. Porém nem por parte da gestão municipal, nem das enfermeiras foi relatado haver algum tipo de formação relacionada a atendimento à infertilidade na AB.

“Não tive aula com foco nesse tema na faculdade não. E curso específico em infertilidade não. Então não”.

Enfermeira E

“Não lembro de professores falando sobre infertilidade na graduação. Até estranhei seu tema, é tão difícil vermos alguém interessado nessa parte. Cursos já fiz vários, mas em infertilidade não. Já fiz sobre vacinas, citologia, feridas...esses que são mais comuns”.

Enfermeira S

Outra dificuldade percebida durante as entrevistas foi a ausência de conhecimento do fluxograma para atendimento e encaminhamento profissional no desenvolvimento de assistência à infertilidade por todas as entrevistadas. Esse fato favoreceu o surgimento de respostas de descrença no SUS conforme podemos perceber no seguinte discurso que segue:

“Mulher tu quer que eu seja sincera? Nosso SUS é tão lascado! Tô sendo sincera com você. SUS é o que? Saúde é direito de todos e tanta coisa fica a desejar, é difícil viu, muito difícil.”

Enfermeira R

“Nunca fui informada sobre isso”.

Enfermeira M.

“Não, infelizmente, não conheço”.

Enfermeira N.

Já quanto às causas que podem causar a infertilidade, é observado que além de uma visão muito voltada às questões relacionadas ao corpo da mulher, como descrito anteriormente, observa-se ainda uma restrição na maioria das falas voltada à questão hormonal, sendo a desregulação hormonal como causadora da infertilidade na população.

“Bom...poderia ser alguma questão hormonal, ou seja, uma coisa menos grave, ela está com os hormônios muito desorganizados, estrógeno muito baixo ou muito alto, os hormônios delas de alguma forma está desorganizado fazendo com que ela não ovule, o óvulo não amadureça, algum problema no útero, né a nível de ovário ou de útero...”

Enfermeira H

“Endometriose né, tenho amigas que tem essa condição, algum outro problema uterino como posicionamento, já tive amigas também com esse caso, ovário policístico, e a parte hormonal também, acho que só.”

Enfermeira I

Foram observadas duas respostas bem mais completas entre as entrevistas realizadas, sendo que em ambos os casos foram relatadas ao final pelas enfermeiras que vivenciaram uma experiência pessoal ou familiar de infertilidade.

“Muitas! Tanto pode ser em relação a mulher, como pode ser em relação ao homem né. Então existem síndromes, que a mulher pode ter e que isso pode dificultar a liberação e pra ela ter uma ovulação adequada, problemas no útero também que pode levar isso então existe uma série de patologias que pode dificultar. O lado psicológico também, que isso é realmente é um fato muito importante nesse processo e também a questão do homem precisa-se investigar a questão da produção de espermatozóide, a mobilidade do espermatozóide, a quantidade de espermatozóide, então é uma série de coisas.”

Enfermeira D

“Uma das causas seria a produção do espermatozóide, um número pequeno né, pode ter também uma estenose nas trompas que pode causar infertilidade, pode ser uma mulher que não ovula, ovário policístico, pode ser ansiedade também, problema psicológico.”

Enfermeira F

Mesmo existindo uma política nacional que orienta ações para identificação e responsabilidades em problemas relacionados a fertilidade nos três níveis de atenção do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, instituída pela portaria nº 426/2005, o olhar para o planejamento reprodutivo na AB segue um padrão voltado a práticas de contracepção.

No tocante a esta portaria, a responsabilidade pela identificação do casal infértil é da AB, local onde devem ser realizados todos os atendimentos iniciais incluindo anamnese, exame físico, clínico e ginecológico e alguns exames complementares de

diagnósticos básicos, afastando-se doenças, fatores concomitantes e quaisquer situações que interfiram em uma futura gestação e que ponha em risco a vida da mulher e/ou do futuro conceito (BRASIL, 2005b).

Ainda em se tratando do papel da AB, cabe ressaltar a necessidade de realização de práticas educativas com foco relacionado a orientações sexuais e reprodutivas, favorecendo a autonomia dos indivíduos com relação à decisão relacionada à concepção ou contracepção. Estudo realizado no Rio de Janeiro apontou a não ocorrência desse tipo de ação em saúde, fator que prejudica o conhecimento e exercício dos direitos reprodutivos instituído por políticas e portarias vigentes (BATISTA, 2022).

O município não oferece nenhum tipo de fluxograma de atendimento ou referência de encaminhamento para casais inférteis, sendo orientações e fluxogramas de atendimento elaborados para outras grandes áreas de atendimento avaliadas como de mais impacto à saúde da população em geral.

Algumas das entrevistadas apontaram de forma adequada a orientação para esses casos, incluindo a investigação como papel da AB, porém reforçou a necessidade de um fluxo de referência para os usuários nos casos que necessitam de encaminhamento.

“A gente veria primeiro, a gente enquanto enfermeira, teria que entender mais essa parte, para saber conversar com elas, ofertar a elas, conversar sobre como iniciar um tratamento pra poder encaminhar, pra poder passar para o médico ver se era alguma parte de patologia, alguma parte psicológica.”

Enfermeira H

“Acredito que acolher, o médico pode pedir algum exame que achar necessário e encaminhar ao especialista para saber o porquê disso e tratar.”

Enfermeira I

“A atenção básica teria o papel de orientação, investigação e encaminhamento, eu acho que seria o básico nosso mesmo.”

Investigar, detectar um possível problema até mesmo e encaminhar. E que a gente tivesse uma referência né, pra que esse casal ficasse mais seguro, porque é o grande problema, a referência pra muita coisa, a gente fica sem norte de como conduzir”.

Enfermeira K

“Eu acredito que esclarecimento a respeito do tema e encaminhar para serviço especializado para investigação”.

Enfermeira P

O desconhecimento do seu papel enquanto profissional enfermeiro, atuante na AB, têm gerado um problema crônico aqui identificado e apontado em outros estudos: o encaminhamento ao profissional médico ou para serviço de atenção especializada.

É importante desenvolver formações para enfermeiras que já estão atuando nos serviços de saúde, voltados para o acolhimento, orientação, diagnóstico e tratamento da infertilidade.

A educação dos trabalhadores é essencial para o desenvolvimento da sociedade que vive em constantes transformações. Na AB, a educação permanente contempla a incorporação de novas tecnologias orientada pela aprendizagem significativa baseada nas necessidades e conhecimentos prévios das equipes de saúde, com vistas a mudanças significativas no processo de trabalho desencadeando processos que assegurem a cidadania (RICALDONI, 2006; WEBER, 2019).

Uma grande dificuldade para desenvolvimento de Educação Permanente com as equipes de saúde, está relacionada ao desmonte de políticas nos últimos anos. Junto com essas mudanças, em 2019 foi instituído um novo modelo de financiamento das ações da AB, o Previne Brasil, promovendo uma readequação dos trabalhos nas equipes de ESF, voltados para cadastramento dos usuários e busca de atingir os indicadores de saúde materno infantil (BRASIL, 2019). Esse modelo e o enfrentamento da pandemia de Covid-19 redirecionou o processo de trabalho das equipes, sendo que ações voltadas para PF não foram priorizadas.

Nesses últimos anos, foi observado sobrecarga de trabalho de enfermeiros na ESF, pois esse profissional acumula atribuições assistenciais e funções administrativas, o que acaba prejudicando outras dimensões de cuidado que deveriam ser desenvolvidas, causando sofrimento e frustração nos trabalhadores (SANTOS et al, 2022).

5.2.3. Prática restrita ou ausente das enfermeiras no cuidado aos casos de infertilidade na Atenção Básica

Ao analisar as falas obtidas em relação à atuação profissional frente ao atendimento a indivíduos ou casais com queixa de infertilidade, foi possível perceber que esse tipo de queixa não é frequente, mas é presente, apenas três entrevistadas afirmaram não ter vivenciado na ESF atendimento relacionado à infertilidade.

Esse fato faz refletir, por mais que não seja um atendimento frequente, é um problema comum vivenciado, não apenas na localidade de estudo, como a nível nacional e mundial. Na realidade do Brasil, a população usuária do SUS geralmente é menos favorecida financeiramente, não podendo arcar com os custos de TRA, e o fato do SUS não prover esse tipo de atendimento e os profissionais da AB não desenvolverem ações mínimas previstas na política, isso afeta emocionalmente esses indivíduos/casais que necessitam de atendimento.

Estudos sobre o desenvolvimento de TRA no SUS apontam o baixo acesso tanto relacionado a técnicas disponíveis, quanto às longas filas de espera (ALFANO, 2014; SOUZA, 2014). Analisando o acesso às TRA nos SUS, em um estudo que cobriu dados para todo o país, os resultados demonstrados apontam que apenas em torno de 5% da necessidade de atendimento é feita através do setor público de saúde. Os hospitais públicos que oferecem tais serviços em sua maioria não conseguem arcar com os custos financeiros de todas as fases de tratamento de alta complexidade

da Fertilização in Vitro, precisando recorrer em alguns casos, com a participação financeira dos próprios usuários do SUS em atendimento, para a compra de medicamentos, nos casos dos hospitais universitários que realizam esse tipo de atendimento, recorrem por vezes ao uso de verba de pesquisas para manter os serviços. Como regra geral, o que se tem posto é a existência de enormes filas para início do tratamento (SOUZA, 2014).

Além da dificuldade na oferta do TRA, é possível perceber ainda a ausência de envolvimento de algumas enfermeiras no atendimento a usuários com queixas de infertilidade, por meio do frequente discurso do encaminhamento ao atendimento médico/especializado. Justificam essa ação devido a limitação enquanto categoria ou mesmo por falta de conhecimento profissional, reforçando a ideia de um modelo médico centrado, como observado nas falas abaixo:

Infertilidade?...Eu trabalho em uma equipe que no caso eu me acomodo um pouco porque a médica daqui é ginecologista e obstetra, então no meu caso, encaminharia pra ela e ela daria o direcionamento certo?

Enfermeira A

“A gente é muito limitado para fazer esse atendimento, aí a gente coloca pra ginecologista, que nem sempre atende por dificuldade na regulação”.

Enfermeira C

Os serviços de saúde, ainda desenvolvem um modelo de atenção pautado no paradigma tradicional, desencadeando a baixa participação da equipe multiprofissional nos diagnósticos de saúde, solução dos problemas identificados e tomada de decisões necessárias. Ainda se observa uma tímida comunicação entre profissionais e também com seus gestores, baixa articulação entre gerenciamento e situações reais, grande desinteresse e desmotivação profissional, tendo como consequência ações assistenciais fragmentadas e limitadas (MATEUS et al, 2021).

Até as enfermeiras que mostraram um maior entendimento relacionado às questões de infertilidade, referiram acolher esses indivíduos, porém seguem a mesma linha de encaminhamento ao “profissional especializado”, mantendo o padrão de conduta médico-centrada.

“A gente faz o acolhimento né, orienta a tentar ficar mais tranquila e nesse caso até encaminharia para psicóloga, que a gente tem psicóloga e encaminharia para a médica que vai solicitar os exames.”

Enfermeira F

“A gente é muito limitado né, mas dá pra fazer esse atendimento inicial com a médica e depois ela encaminha ao especialista né. Depois da gente conversar e pedir os exames faria o encaminhamento, mas aqui também não sei como seria esse fluxo.”

Enfermeira D

“Exames não, porque assim, a gente encaminha para o médico né. Então não solicito”.

Enfermeira T

A realização de orientações sobre a fisiologia da reprodução pode favorecer a diminuição das taxas de infertilidade, pois na maioria das vezes, pessoas que procuram atendimento não entendem nada sobre período fértil, métodos de identificação de período fértil, sendo esse um importante papel a ser desempenhado pelo enfermeiro na AB.

Ademais, uma das características do processo de trabalho na ESF é a realização do acolhimento, instituído como um dos eixos da Política Nacional de Humanização (PNH), momento em que deve ocorrer uma escuta qualificada, identificação e avaliação das necessidades de saúde, tendo em vista a prestação de assistência resolutiva à demanda espontânea (BRASIL, 2016). Nesse sentido, as equipes de saúde devem acolher, orientar e solicitar exames antes do encaminhamento.

Outro ponto a ser destacado, é a realização de ações de orientação para identificação do período de fertilidade, recorrendo aos Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF), que são estratégias para obter ou evitar a gravidez por meio da auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no corpo feminino durante ciclo menstrual (BRASIL, 2010). Utilizando esses métodos, a usuária tem a possibilidade de identificar seu período fértil, ou seja, aquele período que está mais propensa a conceber e, com isso pode tentar concentrar as relações sexuais nesse período, fator que pode favorecer a concepção.

A educação em saúde é um tipo de atendimento de baixa densidade, tanto tecnológica quanto financeira, porém, de alto impacto na vida da população assistida. Além das ações de orientação, conhecer o seu papel enquanto profissional enfermeiro é de extrema importância para a promoção da prática assistencial e encaminhar os casos que são de real necessidade de encaminhamento.

No contexto da ESF, sugere-se que ações de PF sejam relacionadas cada vez menos com o simples ato de entrega de anticoncepcionais e que, de forma rotineira, promovam espaços para conversas e trocas de experiências sobre as condições de vida, estimulando a participação comunitária e de todos os membros da equipe e favorecendo as relações familiares, comunitárias e sociais mais saudáveis (MOURA, 2007).

As atividades educativas necessitam ser de fato implementadas e ampliadas, fornecendo a compreensão do período fértil e assim aumentando as chances de se alcançar uma gestação. Estudo realizado no Ceará com 195 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), constatou a baixa divulgação e orientação com relação aos MBPF, ao verificar que 55,1% desses profissionais orientavam os usuários acerca da

utilização da tabela, 18,5% orientavam sobre o muco cervical, 7,2% sobre a Temperatura Corporal Basal (MOURA et al., 2010).

O encaminhamento ao médico especialista em ginecologia acontece com mais agilidade quando há disponibilidade desse profissional na mesma USF de atuação, pelo fato de algumas unidades apresentarem conformação mais complexa e com médicos especialistas na mesma estrutura física onde funciona ESF, ou mesmo quando há um processo de regulação mais facilitado, seja pela central de regulação ou por conhecimento pessoal do profissional.

“Um caso ou outro que diz que tem dificuldade de engravidar, um caso ou outro né. Já veio, mas assim, tem muitos anos, no cotidiano, no dia a dia não vêm mulheres relatando essa dificuldade. Eu encaminhei para ginecologista que a gente tem aqui né, temos duas ginecologistas. Encaminhei pra ela solicitar os possíveis exames para ela e para o marido para se investigar o porquê dela não tá conseguindo engravidar.”

Enfermeira D

Algumas ainda relatam iniciar um atendimento de enfermagem, solicitar exames como citologia e colposcopia, ultrassonografia e exames laboratoriais como hemograma e dosagem hormonal, porém isso acontece de forma empírica, por conhecimento geral e não por entendimento de ser uma prática voltada ao atendimento a infertilidade. Quando questionadas, referiram desconhecimento das portarias e protocolos que direcionam o atendimento à infertilidade e auxílio à concepção.

“Eu atendo. Aí ela não entende o que tem, só sabe que não engravida. Muitas vezes são mulheres jovens que até eu brinco “mulher vai aproveitar a vida, esquece um pouquinho!” e se elas querem realmente a gente encaminha à referência que é o PAM bebedouro, mas eu adianto esses exames laboratoriais como hemograma, ureia, creatinina e também T3, T4 livre né e as USG’s porque pode ser ovário policístico, pode ser endometriose né.”

Enfermeira B

“Para mulher solicito exames laboratoriais como: T3, T4, TSH pra ver né. Para o homem peço a todos mais gerais,

hemograma, glicemia...essas coisas...Não sei dizer se existe um fluxograma específico para esse atendimento.”

Enfermeira G

Esse fator impacta diretamente nas taxas de incidência e prevalência de infertilidade, uma vez que, as ações que podem e devem ser desempenhadas na AB não são feitas por desconhecimento profissional, mesmo existindo, não à nível municipal e estadual, mas à nível federal, publicações que orientam esse tipo de atendimento.

Se levarmos em consideração o Manual Técnico do MS (BRASIL, 2010) sobre saúde sexual e reprodutiva, em capítulo direcionado ao atendimento a infertilidade e as respostas obtidas durante as entrevistas, é perceptível que os profissionais da AB não estão preparados a implementar ações de PF, pois não é reconhecido como uma ação da AB, acarretando constantes encaminhamentos.

Dentre essas falas é possível perceber a necessidade de atualização profissional quanto às portarias e resoluções vigentes, além da organização da gestão deste fluxo de atendimento e orientação dos seus profissionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das entrevistas realizadas, foi possível perceber que o manejo dos casos de infertilidade por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acontece de forma empírica e passa por grandes desafios como a não valorização da queixa por parte de alguns profissionais, quando orientam as usuárias a “aproveitar a vida”, “relaxar”, deixando essa grande angústia silenciada, suprimida devido a não fazer parte de grandes demandas da AB ou não possuir grande visibilidade perante as políticas de saúde.

Outro desafio é o desconhecimento de portarias e fluxogramas ministeriais que direcionam o atendimento de profissionais da AB, inclusive enfermeiros, a usuários que buscam auxílio à concepção. Esse fator favorece a perpetuação dessa queixa como um problema em saúde pública crescente, pois parte dos casos poderiam ser solucionados nesse primeiro nível de atenção à saúde, através de avaliação adequada, orientações quanto a métodos de percepção de ovulação, investigação de possíveis causas preditivas de infertilidade.

As enfermeiras que conseguiram apontar um melhor manejo referiram ter vivenciado essa questão na vida particular, seja por experiência pessoal ou mesmo de um parente próximo que fundamentou o conhecimento apresentado.

Notou-se ainda presença de um modelo de atenção médico centrado em consequência do desconhecimento do papel da enfermagem nessa linha de cuidado, da ausência de um fluxograma ou capacitações por parte da gestão relacionado a essa temática e ainda devido a facilidade que algumas profissionais encontram por ter especialistas na unidade de saúde em que trabalham ou até no mesmo bairro, favorecendo o encaminhamento.

Diante do exposto, também torna-se importante avaliar medidas para uma maior inclusão de ações de TRA na rede do SUS e fortalecer os serviços, proporcionando uma maior atenção à população que necessita, aumentando o acesso e reduzindo o tempo de espera.

As enfermeiras sinalizam como caminhos para implementação de atendimento ao indivíduo ou casal com infertilidade um maior conhecimento relacionado à Políticas de Saúde, desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde por parte da gestão possibilitando melhorias e adequações no atendimento à infertilidade.

Outro ponto que merece destaque é o fato de haver um relevante arcabouço legal acerca da temática de planejamento reprodutivo, tanto voltado às mulheres, aos homens e casais, porém, políticas e legislações que existem no papel, mas não são efetivadas na prática, contribuindo a manutenção do grande problema apontado neste estudo. Nesse sentido, é importante que a gestão federal, estadual e municipal retome a discussão dessas políticas implementadas, mas que ainda não se encontram efetivadas no SUS, avaliando a possibilidade de ampliar o acesso da TRA aos usuários.

Além da necessidade de implementação de políticas, para que elas realmente funcionem, é necessário a efetivação de mecanismos para que as mesmas não fiquem apenas no planejamento estratégico instituído.

O manejo atual apresentado neste estudo minimiza uma situação importante na vida de diversas pessoas, espera-se que os profissionais e a gestão reflitam sobre seus papéis, assumidos perante a sociedade, para efetiva implantação de medidas pertinentes ao atendimento da população que vivencia a infertilidade.

Como limitações deste estudo pode-se incluir um número limitado de discursos e convergência dos profissionais de saúde entrevistados acerca da temática, além da dificuldade da coleta dos dados pela pesquisadora devido às dificuldades de agenda com as enfermeiras. Por fim, percebeu-se um número limitado de publicações nacionais com informações atualizadas versando sobre o assunto em questão.

REFERÊNCIAS

ALFANO, B. **Reprodução assistida: a organização da atenção às infertilidades e o acesso às técnicas reprodutivas em dois serviços público-universitários no Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ALVARENGA, CYL. et al. **Fertilidade e Infertilidade para casais e não especialistas**. 1º ed. Rio de Janeiro: DOC, 2016. 45p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, D. D. **Autonomia reprodutiva e acesso à informação sobre contracepção de usuárias da atenção básica no contexto da COVID-19**. Tese (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

BEZERRA, E. de J.; ALMEIDA, T. S. C.; PASSOS, N. C. R.; PAZ, C. T.; BORGES-PALUCH, L. R. Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 2, p. 99-108, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6349/3570>

BOIVIN, J. et al. Estimativas internacionais de prevalência de infertilidade e busca de tratamento: necessidade potencial e demanda por cuidados médicos de infertilidade, **Reprodução Humana**, Volume 22, Edição 6, Junho de 2007, Páginas 1506– 1512, <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 388, de 06 de julho de 2005**. Determina providências necessárias para organizar e implantar as redes de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Diário Oficial da União, julho 2005a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_388.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 426, de 22 de março de 2005**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Diário Oficial da União. Nº 56 ,Seção I, p.22, março de 2005b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Média e alta complexidade: média complexidade reprodução humana assistida**. Brasília (DF), 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede

Cegonha.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 26**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Nº 220 ,Seção I, p.97, novembro de 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) : versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. –Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 83 p. : il. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família, 2021.57 p.: il. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_financiamento_ap_s.pdf.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, 2004. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?lang=pt>.

CORRÊA, M.C.D.V.; LOYOLA, M.A. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 753-777, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kBK3nzhbSQHF9Zp6H9RVnRD/?lang=pt>.

COSTA, T. et al. América Latina e busca por reprodução assistida: perfil da paciente em um serviço público de referência no Rio de Janeiro Brasil. **JBRA Assisted Reproduction**, v. 13, n. 4, p. 21-35, 2009.

COSTA A. et al. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 74, (2013). Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/173>.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6 (1), p. 75-84, jan. / mar., 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/K5vt7x9mPyrqHVFGmzvLkMb/abstract/?lang=pt>.

CUNNINGHAM, J. Infertility: A primer for primary care providers. **JAAPA**. V. 30(9), p.19-25, 2017. doi:10.1097/01.JAA.0000522130.01619.b7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28787288/>.

DIAS, A. A. **Desenvolvimento de protocolo clínico para atendimento à infertilidade na Atenção Básica à Saúde**. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

DORNELLES, L.M. et al. The experience of pregnancy resulting from Assisted Reproductive Technology (ART) treatment: A qualitative Brazilian study. **Women and Birth**, v. 29, p.123-12, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921500311X>.

EKECHI, C. Addressing inequality in fertility treatment. **Lancet** ; v. 398, p.645-646, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352200/>.

FERREIRA, I.E.R. et al. O avanço da genética no contexto da reprodução humana: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar Ciência e Saúde**, v. 4, p. 61- 70, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rics/article/view/5967>.

FLORES, G. T.; LANDERDAHL, M. C.; CORTES, L. F. Ações de enfermeiras em planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 643-655, 2017. DOI: 10.5902/2179769225777. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25777>.

FRANK-HERRMANN, P. et al. Taxas de concepção natural em casais subfértis após o treinamento de conscientização sobre fertilidade. **Arch Gynecol Obstet** v. 295, p. 1015-1024, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4294-z>.

CHAMBERS, G.M. et al. Infertilidade em mulheres e homens que frequentam a atenção primária: características do paciente, ações de gestão e encaminhamentos. **Reprodução Humana**, v. 34, p. 2173 - 2183, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/dez172>.

GUYTON, A.; HALL, J. **Tratado de Fisiologia Médica**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HAMPTON, K.D. et al. A qualitative study of the barriers and enablers to fertility-awareness education in general practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, p. 1541-1551, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12931>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**: ALAGOAS, Maceió. 2020. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/maceio.html>. Acesso em: 24/09/2021.

INHORN, M.C; PATRIZIO, P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. **Human Reproduction Update**, v. 21, p. 411-426, 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/humupd/article/21/4/411/683746?login=true>.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Cadernos ODS 5: Alcançar a Igualdade de Gênero e Empoderar todas as Mulheres e Meninas. O que mostra o retrato do Brasil**. Brasília (DF): IPEA; 2019. 62 p. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9378/1/Cadernos_ODS_Objetivo_5_%20Alcan%C3%A7ar%20a%20Igualdade%20de%20G%C3%AAnero%20e%20Empoderar%20Todas%20as%20Mulheres%20e%20Meninas.pdf

LINARD, A.G; CASTRO, M.M; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 543-553, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/vGvS8QRX9MHQdT4kQSpPCgK/?lang=pt>

LINDNER, S.R. et al. Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre planejamento familiar. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, p. 197-205, 2006. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/7304>

MACALUSO M. et al. A public health focus on infertility prevention, detection, and management. **Fertil Steril**, v. 93, p. 16, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18992879/>.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021**. Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf>.

MACHIN, R.; COUTO, M.T. “Fazendo a escolha certa”: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. **Physis**, v. 24, p. 1255-1274, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4vJWHTVVqjX7YTNbN8dDNDB/abstract/?lang=pt>.

MASCARENHAS, M.N. et al. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. **PLoS Medicine**, v.9, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001356>.

MATEUS, L.C. et al. Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2021; 29:e57262 DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.57262>

MOURA, E.R.F; SILVA, R.M; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 961-970, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/x3yS9mmMwpcCp9VNHr9CsHn/?lang=pt>.

MOURA, ERF, VIEIRA RPR, DIAS AA. **Atenção básica a infertilidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. Relatório de pesquisa-Edital PIBIC/CNPq 2009/2010, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFCE; 2010.

MOURA, L. R. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 853-863, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zzXK6X3tyzv6xwBbZbsDLrD/?lang=pt>

MOURÃO, N. J. J. et al. Qualidade da formação em Enfermagem: análise a partir de dados do Sistema Nacional de Avaliação. **Enferm Foco**. 2022;13:e-202223. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202223>.

NACHTIGALL RD. International disparities in access to infertility services. **Fertil Steril** 2006;85:871–875

OMBELET W, ONOFRE J. IVF in Africa: what is it all about? **Facts Views Vis ObGyn** 2019;11:65–76.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde sexual e reprodutiva**. 2019. Disponível em: www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/en.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório PAHO**. 2023. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/04/1812312>

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1161-1168, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yPy8RpvPbTHgGSGFDtNyj9F/?format=pdf&lang=pt>

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa Qualitativa na Atenção a Saúde. **Artmed**. 3ª edição, 2009. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536318578/>.

RAMIREZ, M. et al. Fatores causais de infertilidade. **Revista informacioncientífica**, v. 98, p. 283-293, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1017022/factores-causales-de-infertilidad.pdf>.

RAMOS, D.F. et al. Consulta de enfermagem em planejamento reprodutivo: validação de cenário e checklist para o debriefing. **Acta Paul Enferm**. 2022;35:eAPE0296345.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/FPKT3HTPXnVkcX9YszWt5Rs/abstract/?lang=pt>

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2006;14(6):837-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bYRbWfCJ5NB6bjwDy3ZP83f/?lang=pt>

SANTOS, A. C. et al. A análise da relação de enfermeiras(os) da estratégia saúde da família com a sua profissão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás. Brasil, v. 24, p. 69008, 2022. DOI: 10.5216/ree.v24.69008. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/69008>. Acesso em: 17 mar. 2023.

Sharma RS, Saxena R, Singh R. Infertility & assisted reproduction: a historical & modern scientific perspective. **Indian J Med Res** 2018; 148:S10–S14

SBRA. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. **Infertilidade: Como enfrentar o diagnóstico e buscar o tratamento adequado**. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/infertilidade-como-enfrentar-o-diagnostico-e-buscar-o-tratamento-adequado/>

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **CIAP 2**. [homepage na Internet] Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/ciap-2/>

SOUZA, M. C. B.. Latin America and access to Assisted Reproductive Techniques: a Brazilian perspective **JBRA Assisted Reproduction** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.47-51, 2014. Disponível em: https://www.jbra.com.br/media/trab/arq_236

THABLE, A; DUFF, E; DIKA, C. Infertility management in primary care. **The Nurse Practitioner**, v. 45, p. 48-54, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7187793/>.

VIEIRA, R.P.R. **Intervenção de enfermagem voltada à queixa de infertilidade na atenção básica**. Fortaleza; s.n; maio 2017. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

WEBER, M.L. et al. Best Nursing Practices: potentials and challenges in an assistential context. **RECOM**, 2019 ; 9(e:3504). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3504>.

ZEGERS-HOCHSCHILD. et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. **Fertil Steril** 2009, v. 92, p. 1520 – 1524, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19828144/>.

APÊNDICES

Apêndice A

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS (AS) DA ESF
1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E TRABALHO
Qual sua idade (em anos)?
Sexo: () Masculino () Feminino
Estado civil: () Solteiro () Casado/União Estável () Divorciado () Viúvo
Tem filhos? () Sim () Não Quantos?
Tempo de formação em anos:
Tem outra formação? () Sim () Não Se sim, qual?
Tem pós-graduação? () Sim () Não Se sim: () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado. Em que área?
Tempo de formação em anos:
Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (em anos):
Tipo de vínculo com a Prefeitura de Maceió: () Servidor público estatutário () Contrato temporário () Celetista () Outro Qual?
Tempo de atuação na ESF em Maceió (em anos):
Unidade de Saúde que trabalha:
Tempo de trabalho na atual USF: () <1 ano () 1 ano () 2 à 5 anos () 6 à 10 anos () 11 à 15 anos () >15 anos.
Sua equipe de Saúde da Família é completa? () Sim () Não Se não, tem desfalque de qual profissional? () Médico () Enfermeiro () Cirurgião- dentista () Técnico de enfermagem () Técnico ou auxiliar de saúde bucal () ACS
É preceptor de Residência em Saúde da Família? () Sim () Não
Possui outro emprego além da Estratégia Saúde da Família? () Sim () Não Se sim, é: () Docência () Área hospitalar () Ambulatório () Outros
Carga horária semanal trabalhada somada a outros vínculos empregatícios (em horas):
Em sua unidade de saúde, realiza ações de atendimento a planejamento familiar? () Sim () Não

Tem alguma formação oferecida pela Prefeitura de Maceió sobre planejamento familiar? (☐)Sim (☐)Não
Em sua unidade de saúde, já realizou atendimento a indivíduo ou casal com queixa de infertilidade? (☐) Sim (☐) Não

Apêndice B

ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE SOBRE CONHECIMENTO E MANEJO A QUEIXA DE INFERTILIDADE
O que você entende por infertilidade? Conhece as causas que levam os usuários a apresentarem problemas de fertilidade? Você sabe se o SUS oferece algum serviço voltado para cuidado de casais inférteis? Como funcionam? O que na sua concepção a AB pode ofertar para esses usuários? Sente-se preparado para realização de atendimento à indivíduo ou casal com queixa de infertilidade? Se não, o que você faz? Considera que recebeu instrução suficiente ao atendimento a queixa de infertilidade durante a sua formação? Já realizou cursos? Como acontece seu atendimento a indivíduo/casal com queixa de infertilidade ou dificuldade na fertilidade? Solicita exames laboratoriais no atendimento dos usuários com infertilidade? Se sim, quais? Possui algum conhecimento sobre o fluxo de atendimento a mulher ou casal que planeja gravidez (auxílio à concepção)? Existe algum registro diferenciado deste atendimento no e-SUS?

Apêndice C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada: “INFERTILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CONHECIMENTO E O MANEJO DE ENFERMEIROS DE UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, sob a responsabilidade da mestrande Gisely Santana Farias Rios (giselyrios.09@gmail.com) e orientação da professora doutora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Gabriella Barreto Soares (gabriella190187@gmail.com). O estudo tem como objetivo geral avaliar o conhecimento e prática dos enfermeiros de Estratégia de Saúde da Família no município de Maceió - AL, acerca do tema infertilidade, manejo do casal na atenção básica, através entrevistas com enfermeiros atuantes na eSF. Esclarecemos que manteremos seu nome em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, usando os dados coletados apenas para divulgação no que diz respeito ao seu desenvolvimento. Informamos também que no período de 5 anos após o término da pesquisa serão destruídos todos os questionários e entrevistas (discussões) que possam lhe identificar, não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente. O benefício do estudo refere-se à contribuição com o cenário acadêmico e profissional no que concerne a implementação de ações voltadas para o público com queixa de infertilidade que demandam atendimento na atenção básica à saúde. Com vistas a tentar reduzir as possíveis limitações observadas e potencializar as possibilidades encontradas, espera-se construir uma proposta de qualificação na implementação das práticas relativas ao manejo do indivíduo ou casal com queixa de infertilidade, colaborando assim com o fortalecimento da gestão das políticas de planejamento familiar. Na tentativa de reduzir os riscos no que tange o medo de quebra do anonimato ou tempo de resposta

do questionário, é apresentado este TCLE, onde explanamos os objetivos do estudo. Você terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que em caso haja algum dano à sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável e anonimato durante todo o processo e ainda em possível publicação do artigo gerado. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados, sob a responsabilidade da mestrandia Gisely Santana Farias Rios. O Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que fez parte. No caso de dúvidas e esclarecimentos, você deve procurar a mestrandia Gisely Santana Farias Rios, e-mail giselyrios.09@gmail.com.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas, ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos localizado na sala 14 do 3º andar do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba - CCM/UFPB, Campus I - Cidade Universitária CEP: 58051-900 - João Pessoa - PB - Brasil. Horário do Expediente: 8:00 às 13:00h. Telefone: (83) 3216-7619. E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br. Após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, respeitando o sigilo e anonimato em publicações e eventos de caráter científico.

Maceió – AL , _____ de _____ de 2022.

Entrevistado
Rios

Gisely Santana Farias

ANEXOS

Anexo A - Aprovação no Comitê de Ética

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFERTILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: O CONHECIMENTO E O MANEJO DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: GISELY SANTANA FARIAS RIOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57064722.4.0000.8069

Instituição Proponente: Departamento de Promoção da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.356.350

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, com abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa será realizada em Maceió, capital do estado de Alagoas. O município faz parte da 1ª macrorregião de saúde estadual, possui 8 Distritos Sanitários (DS) de saúde para organização da oferta de serviços e atualmente conta com 79 equipes de Saúde da Família (eSF), sendo responsáveis por 30% de cobertura assistencial da população do município, funcionam tanto em áreas urbanas quanto rurais, em regime de unidade única e também unidades integradas.

A população considerada sujeitos desta pesquisa será constituída pelos enfermeiros (as) atuantes nas 79 Unidades de Saúde da Família do sistema municipal de saúde que desenvolvem atendimento de planejamento familiar em sua rotina de trabalho, com foco nas ações de fertilidade, no período entre 2018 à 2020 e demonstrarem interesse pela discussão do tema proposto pela pesquisa, e estiverem atuando na USF por pelo menos um ano.

A coleta dos dados será constituída pela aplicação de um questionário semiestruturado para caracterização dos participantes e entrevista em profundidade até atingir nível de saturação, utilizando um roteiro semiestruturado com questões sobre o conhecimento e manejo assistencial desses profissionais a pacientes com as queixas de infertilidade. Inicialmente serão realizados apresentações e esclarecimentos sobre o objetivo e a condução da entrevista, esta será iniciada e guiada pelo roteiro previamente elaborado, a ser seguido pela pesquisadora (constante em

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 5.356.350

Apêndice), após o aceite de participação pelo entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente será realizada a aplicação de um instrumento para coleta das informações relacionadas aos dados sociodemográficos e de trabalho com o objetivo de caracterizar o perfil dos entrevistados (APÊNDICE A). E por fim, será realizada a entrevista em profundidade, por proporcionar maior possibilidade de detalhamento e aprofundamento na temática, incluindo experiências, conhecimentos acerca da temática, sentimentos e opiniões dos entrevistados sobre o manejo profissional em situações de casais ou indivíduos com queixa de infertilidade. A coleta dos dados será realizada no período de dois meses, nas Unidade de Saúde da Família que atuam os entrevistados, o momento será pactuado por contato telefônico prévio. Os dados serão coletados em sua totalidade ou até a sua saturação. O material coletado será registrado em áudio, a partir de concordância firmada em consentimento livre e esclarecido e posteriormente, todo o conteúdo será transcrito, analisado e validado. Os dados serão preservados em sua forma textual e tratados de acordo com a análise temática de conteúdo de Bradin. A pesquisa seguirá os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), já foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Maceió, com um carta de anuência. Esse projeto apresenta um risco, como toda pesquisa que envolve seres humanos porém todos os esforços serão realizados pela entrevistadora/pesquisadora para minimizá-los. Espera-se com este estudo entender o manejo profissional do enfermeiro acerca da temática infertilidade, será possível ainda obter a descrição do perfil dos enfermeiros (as) que atuam na eSF no município de Maceió. Diante disso, propor medidas de impacto para melhoria na qualidade de atendimento e a possibilidade de construção futura de um guia de atendimento a essa população, que fundamente e padronize a atuação profissional do enfermeiro na ESF sob a perspectiva da temática infertilidade.

Critério de Inclusão:

Ser enfermeiro e ter atuado na eSF entre 2018 a 2020. Realizar ações de planejamento familiar.

Critério de Exclusão:

Estar afastado do serviço. Não realizar atendimentos de planejamento familiar.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto apresentado, o objetivo Primário da pesquisa é avaliar o conhecimento e prática dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acerca do tema infertilidade, acolhimento e

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 5.356.350

manejo assistencial na Atenção Básica.

Os objetivos secundários são:

- Descrever o perfil dos enfermeiros que atuam na ESF do município de Maceió – Alagoas;
- Avaliar o conhecimento dos enfermeiros acerca da temática infertilidade;
- Compreender o manejo profissional no atendimento assistencial ao indivíduo ou casal com queixa de infertilidade na Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- *constrangimento durante a entrevista;
- *quebra de privacidade;
- *desconforto e cansaço durante a entrevista;

Porém todos os esforços serão realizados pela entrevistadora/pesquisadora para minimizá-los.

Benefícios:

Espera-se propor medidas de impacto para melhoria na qualidade de atendimento e a possibilidade de construção futura de um guia de atendimento a essa população, que fundamente e padronize a atuação profissional do enfermeiro na ESF sob a perspectiva da temática infertilidade.

Conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os riscos devem ser descritos e se justificarem pelos benefícios propostos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Introdução: A infertilidade é considerada uma doença do sistema reprodutivo que pode estar presente no indivíduo ou até mesmo no casal, definida pela falha em alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas. Esta, alcança uma população significativa da humanidade a nível mundial e pode ser causada por múltiplos fatores. Estima-se que 70% dos casos de infertilidade podem ser identificados na Atenção Básica (AB) devido a sua capilaridade e facilidade de acesso, com a implantação de ações e procedimentos de baixo custo, por meio da identificação de necessidades de intervenções e a realização do cuidado integral à saúde da população. **Objetivo:** Diante desse contexto, o objetivo dessa pesquisa é avaliar o conhecimento e prática dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Maceió, em Alagoas (AL), acerca do tema infertilidade e manejo assistencial. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal, com abordagem qualitativa, de caráter descritivo. A

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 5.356.350

população considerada sujeitos desta pesquisa será constituída por enfermeiros (as) atuantes nas 36 Unidades de Saúde da Família (USF) de Maceió- AL. A coleta dos dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros (as), utilizando um roteiro com questões relacionadas ao manejo assistencial a indivíduos com problemas de infertilidade que procuraram atendimento das unidades de saúde da família dos referidos profissionais. As entrevistas ao tempo em que forem sendo realizadas, serão gravadas e transcritas, para posterior análise e fundamento da discussão, será utilizada a análise temática de conteúdo.

Tipo de protocolo: original

Número de participantes: 79

O cronograma previsto para execução da pesquisa de campo será realizado entre 01/04/2022 a 31/05/2022.

E por orçamento a pesquisadora apresentou o valor de R\$ 1.580,00 para custeio da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram anexados:

- Folha de rosto;
- Projeto completo;
- Carta de anuência;
- Instrumento para coleta de dados; (Consta nos apêndices do projeto)
- PB informações básicas (gerado pela própria Plataforma Brasil);
- TCLE.

Recomendações:

- 1- Mencionar, no TCLE, que todas as páginas devem ser assinadas, bem como, no campo destinado para isto.
- 2- As páginas, do TCLE, devem ser enumeradas, exemplo, 1/2, 2/2...
- 3- Acrescentar, no TCLE, a informação de que este será impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse da pesquisadora responsável e a outra via com a/o participante da pesquisa.
- 4- No TCLE, substituir o termo "Entrevistado" por "Participante da pesquisa".
- 5- Rever e ajustar essa informação no Resumo: "A população considerada sujeitos desta pesquisa será constituída por enfermeiros (as) atuantes nas 36 Unidades de Saúde da Família (USF) de Maceió- AL." Sendo considerada conforme consta na Plataforma Brasil, no item Desenho e Metodologia proposta: "A população considerada sujeitos desta pesquisa será constituída pelos enfermeiros (as) atuantes nas 79 Unidades de Saúde da Família do sistema municipal de saúde que desenvolvem atendimento de planejamento familiar em sua rotina de trabalho..."

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 5.356.350

RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS:

- Manter a metodologia aprovada pelo CEP/CCM/UFPB.
- Apresentar os relatórios parcial e final, via Plataforma Brasil, no ícone notificações.
- Informar ao CEP-CCM, por meio de Emenda/Notificação a inclusão de novos membros/equipe de pesquisa, via plataforma Brasil.
- Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, a pesquisadora responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apresenta delineamento metodológico adequado e atende às recomendações éticas da resolução que envolve seres humanos (Resolução N°466/12, CNS/MS). Deste modo, encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/CCM, em reunião ordinária realizada em 31 de março de 2022

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/CCM para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-CCM torna-se co-responsável.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**



Continuação do Parecer: 5.356.350

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1916098.pdf	21/03/2022 20:11:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCM_Gisely_Rios_CEP.pdf	21/03/2022 19:49:21	GISELY SANTANA FARIAS RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gisely_rios.pdf	21/03/2022 19:46:49	GISELY SANTANA FARIAS RIOS	Aceito
Declaração de concordância	Aprovacao_Prefeitura_de_Maceio.pdf	21/03/2022 19:45:54	GISELY SANTANA FARIAS RIOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Projeto_Gisely_Rios.pdf	21/03/2022 19:37:27	GISELY SANTANA FARIAS RIOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 18 de Abril de 2022

Assinado por:

MARCIA ADRIANA DIAS MEIRELLES MOREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Anexo B

- **Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional da Asa Sul – Brasília**

Critérios de seleção: para ser inscrita na fila de espera para o tratamento Fertilização in vitro (FIV) a usuária deve ter até 39 anos, 11 meses e 29 dias e pelo menos 5 folículos ovarianos. Usuárias com 40 anos ou mais não serão inscritas. Com relação ao peso, aquelas que estiverem com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ só realizarão a FIV após perderem de peso e atingirem $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$.

Tentativas oferecidas: até duas vezes.

Custo médio: gratuito.

Tempo estimado de espera: aproximadamente 3 anos.

- **Maternidade Escola Januário Cicco – pertence à UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) – Rio Grande do Norte**

Critérios de seleção: necessidade comprovada do tratamento e limite de idade de 38 anos para mulher.

Como se inscrever: o primeiro passo é procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de casa e agendar uma consulta com a equipe de Saúde da Família.

Custo médio: gratuito

Tempo estimado de espera para ser atendido: de um ano a um ano e meio.

- **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo**

Critérios de seleção: limite de idade de 37 anos para a mulher.

Como se inscrever: agendar uma consulta no posto de saúde e ser encaminhada para o Hospital das Clínicas de São Paulo.

Custo médio: **gratuito.**

Tempo estimado de espera para ser atendido: **aproximadamente dois anos.**

- **Hospital Pérola Byington – São Paulo**

Critérios de seleção: **mulheres com menos de 40 anos, não ter três ou mais cesáreas anteriores, não deve ser portadora de doença crônica grave ou doenças infecciosas que não permita a utilização do laboratório.**

Como se inscrever: **as mulheres devem procurar AMAS ou AMES (Postos de Saúde) mais próximos da residência.**

Custos: **gratuito.**

Tempo estimado de espera para ser atendido: **sem estimativa.**

- **Hospital Pérola Byington – São Paulo**

Critérios de seleção: **mulheres com menos de 40 anos, não ter três ou mais cesáreas anteriores, não deve ser portadora de doença crônica grave ou doenças infecciosas que não permita a utilização do laboratório.**

Como se inscrever: **as mulheres devem procurar AMAS ou AMES (Postos de Saúde) mais próximos da residência.**

Custos: **gratuito.**

Tempo estimado de espera para ser atendido: **sem estimativa.**

- **Hospital das Clínicas da UFG (Universidade Federal de Goiás) - Goiânia**

Critérios de seleção: **mulher com idade limite de 38 anos para a primeira consulta, sendo a idade feminina limite para tratamento de infertilidade no Laboratório de reprodução 39 anos.**

Como se inscrever: procurar a rede básica de saúde que diagnosticado o caso, marcará a primeira consulta na Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Custo: com material de laboratório e medicamentos

Tempo estimado de espera para ser atendido: aproximadamente um ano

- Hospital das Clínicas da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) – Minas Gerais

Critérios de seleção: mulheres com até 40 anos e 11 meses.

Observação: acima de 40 anos e 11 meses até 50 anos a mulher tem a opção de fazer o tratamento com óvulos doados.

Como se inscrever: passar em consulta em um posto de saúde em Belo Horizonte ou interior, para ser encaminhada para o Posto de Atendimento Médico – PAM.

Custo: com medicações

Tempo estimado de espera: aproximadamente 6 anos com óvulos próprios e 7 anos para óvulos doados.

- Hospital Fêmina – Rio Grande do Sul

Critérios de seleção: a idade máxima da mulher para encaminhamento à unidade de reprodução humana do Hospital Fêmina é de 35 anos. Após este encaminhamento, a fertilização In Vitro será realizada mesmo que a paciente já esteja com mais de 35 anos, pois há fila de espera para iniciar o tratamento em nosso hospital.

Como se inscrever: **consultar com o ginecologista da rede básica de saúde com os exames já realizados e solicitar encaminhamento para o Hospital Fêmina.**

Custo: **com medicamentos.**

Tempo estimado de espera: **até aproximadamente três anos.**

- **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP**

Critérios de seleção: **mulheres com até 38 anos.**

Observação: **Paciente que for submetido à Reprodução Assistida fará no máximo três ciclos de estimulação ovariana para Fertilização in vitro.**

Como se inscrever: **são atendidos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), através do encaminhamento pelos postos de saúde de Ribeirão Preto, ou através da Divisão Regional de Saúde (DIR-XVIII)**

Custos: **referente aos medicamentos.**

- Tempo estimado de espera para ser atendido: **aproximadamente 2 anos.**

- **Hospital das Clínicas de Porto Alegre – Rio Grande do Sul**

Critérios de seleção: **A paciente deve ter, no máximo, 35 anos de idade quando for avaliada na primeira consulta.**

Como se inscrever: **para participar, é necessário seguir as regras do Sistema Único de Saúde (SUS). Moradores de Porto Alegre devem dirigir-se à sua unidade de saúde de referência. Moradores do interior do estado e da região metropolitana devem dirigir-se à Secretaria de Saúde de seu município para receberem o encaminhamento.**

Custos: sim, as medicações não são fornecidas nem vendidas pelo hospital. O casal receberá a receita das medicações necessárias e deverá adquiri-las

- Tempo estimado de espera para ser atendido: o tempo de espera é variável.

- **Hospital São Paulo da Unifesp – São Paulo**

Crterios de seleçao: mulheres com até 35 anos e meses de idade no momento de preenchimento do cadastro.

Como se inscrever: através de site informado pelo servio

Custos: com medicamentos, material de consumo e internamento hospitalar

Tempo estimado de espera para ser atendido: sem estimativa.

- **Instituto de Ginecologia da UFRJ – Rio de Janeiro**

Somente procedimentos de baixa complexidade, como inseminação artificial, ou seja, não oferece FIV.

- **Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Salvador - Bahia**

Somente procedimentos de baixa complexidade, ou seja, não oferece FIV.

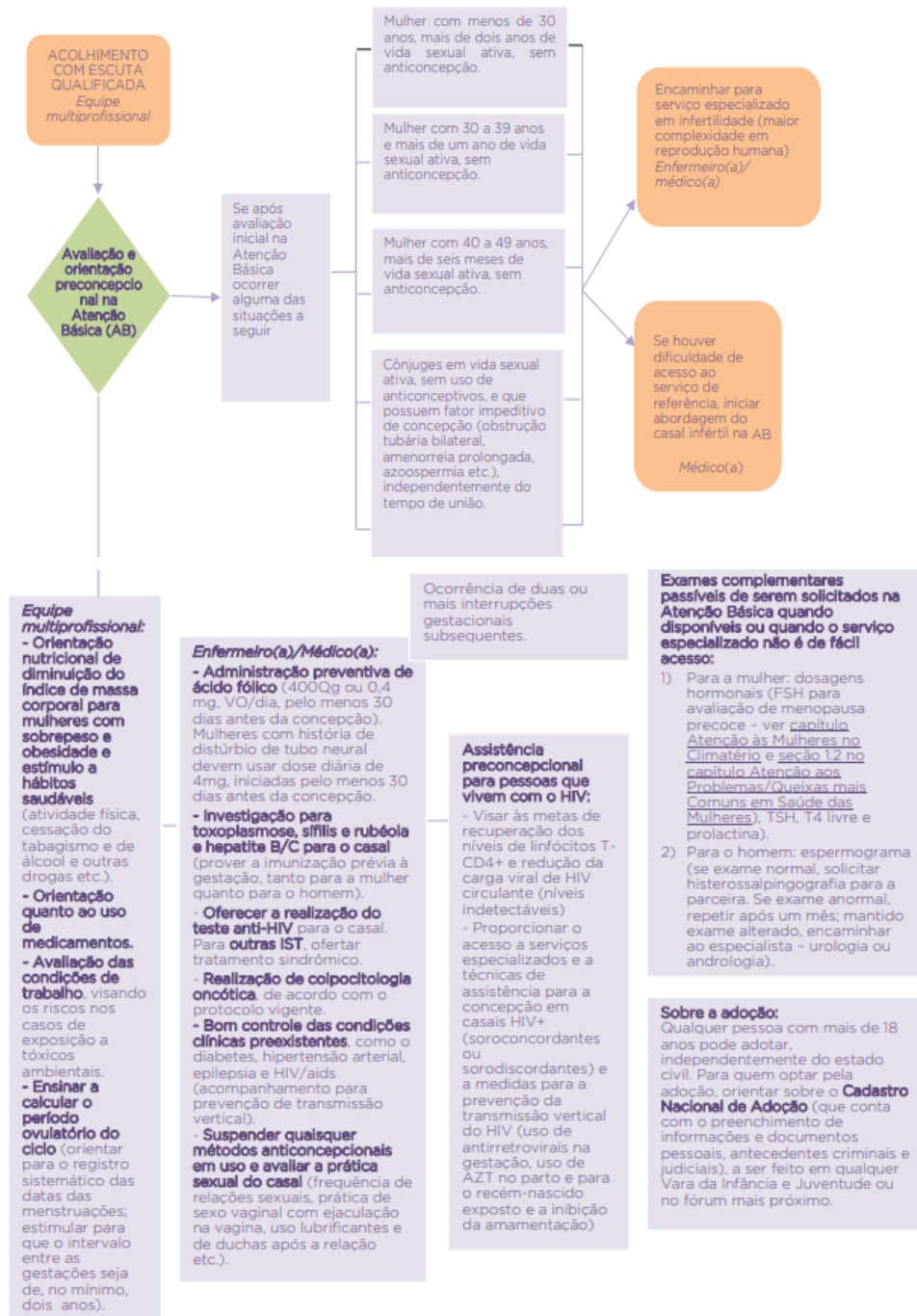
- **Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – Pernambuco**

Servio interrompido.

Anexo C

PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA | Saúde das Mulheres

Fluxograma 3 - Abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez - auxílio à concepção^{1,11,12}



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres