



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

SAMARA BARRETO DE OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**CAMPINA GRANDE - PB
2019**

SAMARA BARRETO DE OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Graduada em Enfermagem.

Orientador(a): Prof. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa.

**CAMPINA GRANDE - PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48a Oliveira, Samara Barreto de.

Assistência à concepção na Estratégia de Saúde da Família [manuscrito] / Samara Barreto de Oliveira. - 2019.

29 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.

"Orientação : Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa ,
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Planejamento familiar. 2. Saúde reprodutiva. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Fertilização. I. Título

21. ed. CDD 610.73

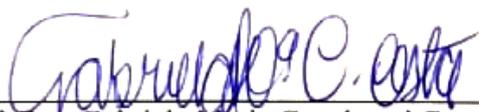
SAMARA BARRETO DE OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Graduada em Enfermagem.

Aprovada em: 10/04/2019.

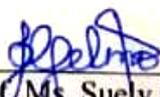
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Ardicleusa Alves Coelho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. M^s. Suelly Deysny de Matos Celino
Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA)

Este trabalho é resultado do desdobramento do projeto de PIBIC intitulado: “Saúde Reprodutiva na atenção primária: o papel dos profissionais das unidades de saúde da família no auxílio à concepção” financiado pelo CNPq.

“Graças sejam dadas a Deus, que nos dá a vitória por meio de nosso Senhor Jesus Cristo. Assim, queridos irmãos, sejam firmes, inabaláveis; façam continuamente progressos na obra do Senhor, sabendo que a fadiga de vocês não é inútil no Senhor.”

(1 Cor 15, 57-58)

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu a sua benção e proteção durante todo o curso. O meu coração é só gratidão ao recordar o quanto eu senti a presença forte d'Ele em todos os momentos dessa caminhada.

À minha mãe, Francicleude (Queidinha), por nunca ter medido esforços para que eu realizasse este sonho. Serei eternamente grata por todo seu amor e dedicação. Essa conquista é por/para você.

À minha família (Vovó Da paz, Miguel, Lucas, Gustavo, Tia Fabricia, Charles, Hugo, José Lucas, Maria Júlia, Tia Fran, Toim, Yara, Ysabela, Nivam), que sempre me incentivaram, ajudando, rezando, torcendo, vibrando e acima de tudo, sendo a minha base no alçar de todos os meus vôos, A vocês minha gratidão.

Ao meu pai, Samuel Júnior (in memória) por ter me dado grandes exemplos e ter sido o meu espelho de perseverança na vida acadêmica, independente das dificuldades e obstáculos que a árdua caminhada nos traz. Minha gratidão pelo tempo de convivência e de amor. Ficam as boas lembranças, a saudade e os pensamentos do que poderíamos ter vivido.

Aos demais familiares que torceram por esta conquista, gratidão!

Aos muitos amigos e pessoas especiais, que Deus em sua infinita bondade me deu o privilégio de cativar ao longo da vida, que de alguma forma me ajudaram a seguir nessa caminhada, à minha gratidão e oração pelo sucesso em todos os aspectos da vida de vocês.

Ao meu bronca, (Júlia, Carol, Itálo, Jairo, Judite, Cris, Mary, Lidiane, Ingrid, Iohanna, Jéssica), que tornaram a caminhada mais leve, compartilhando todas as alegrias, tristezas, estresses e demais momentos que vivemos juntos. Cada um, com seu jeito e personalidade, agregaram inúmeros valores à minha vida, não só acadêmica, me demonstraram o real valor do companheirismo nesse mundo tão competitivo. À vocês, além da minha gratidão, a minha torcida sincera por um futuro repleto de realizações, Vocês são brilhantes e merecem o mundo!

Aos demais colegas de classe pelos momentos compartilhados.

À minha orientadora Gabriela, minha ETERNA gratidão por ter me dado a oportunidade de conhecer o mundo da pesquisa, por todo conhecimento repassado, pelos puxões de orelha, pelos inúmeros momentos de aprendizagem e pelas muitas vezes que foi muito mais do que uma orientadora (mesmo insistindo em dizer que não era mãe da gente,

por muitas vezes fez esse papel como ninguém). Saiba que és a minha inspiração para trilhar o meu futuro profissional.

Aos demais professores da UEPB, em especial, os que contribuíram com seu conhecimento ao longo desses 5 anos, por meio dos componentes, para minha formação profissional.

Aos funcionários da UEPB, pelo suporte para minha formação, de qualidade, até mesmo diante das dificuldades.

Às demais pessoas que contribuíram direto ou indiretamente durante esses anos, que Deus abençoe cada um conforme os planos d'Ele.

ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMARA BARRETO DE OLIVEIRA

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar as ações de assistência à concepção, realizadas por médicos e enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família e caracterizar os usuários que buscam assistência à concepção. Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, realizado com 30 médicos e 50 enfermeiros do município de Campina Grande, no período de junho de 2016 à abril de 2017, através de entrevistas semiestruturadas. Emergiram duas categorias: caracterização dos usuários com indicação para assistência para auxílio à concepção e, práticas de assistência do planejamento familiar para auxiliar à concepção. Os resultados evidenciaram o reconhecimento de profissionais no que se refere à demanda pela assistência à concepção. Na descrição das práticas de auxílio à concepção executadas, os mesmos referem: orientações sobre a identificação do período fértil, observância para frequência de relações sexuais, prescrição de ácido fólico, anamnese com foco na vida sexual da mulher e, prioritariamente realizam encaminhando para serviços de média e alta complexidade do município, mesmo sem o conhecimento da pactuação na rede de atenção à saúde. Conclui-se que as ações realizadas pelos profissionais da estratégia de saúde da família, não contemplam a recomendação do Ministério da Saúde, pois no tocante a aspectos clínicos, preventivos e educacionais não garantem efetivamente auxílio a regulação da fecundidade.

Descritores: planejamento familiar; saúde reprodutiva; concepção; fertilização; Atenção Primária à Saúde.

DESIGN ASSISTANCE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the design assistance actions performed by doctors and nurses in the Family Health Units. This is an exploratory, qualitative study was carried out with 30 physicians and 50 nurses from the city of Campina Grande, from June 2016 to April 2017, through semi-structured interviews. Two categories emerged: characterization of users with indication for design assistance and family planning assistance practices to aid design. The results evidenced the recognition of professionals regarding the demand for design assistance. In the description of the practices of conceptualization aided, they refer to: guidelines on the identification of the fertile period, compliance with the frequency of sexual intercourse, prescription of folic acid, anamnesis with a focus on the sexual life of the woman and, mainly, medium and high complexity of the municipality, even without the knowledge of the agreement in the healthcare network. It is concluded that the actions carried out by the professionals of the family health strategy, do not contemplate the recommendation of the Ministry of Health, since in regard to clinical, preventive and educational aspects do not effectively guarantee the regulation of fertility.

Descriptors: family planning; reproductive health; conception; fertilization; Primary Health Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
MÉTODOS.....	11
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS COM INDICAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PARA AUXÍLIO À CONCEPÇÃO	12
PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA AUXILIAR A CONCEPÇÃO	16
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS	26
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba	

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 70, o movimento feminista no Brasil, fez história na luta pela garantia dos direitos considerados básicos à vida digna, amparado na Declaração dos Direitos Humanos, pleiteando uma saúde universal e de qualidade que abrangesse todo o ciclo vital da mulher e não apenas o biológico e reprodutor. (BRASIL, 2004), (SILVA, 2011)

Nesse sentido, destaca-se a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, em 1983, (BRASIL, 2004), que impulsionou a conquista do Sistema Único de Saúde - SUS e, a promulgação em 1996, da Lei nº 9.263, que trata sobre o Planejamento Familiar, reconhecendo este como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, incluindo, portanto, assistência à concepção e contracepção. (BRASIL, 1996) Esta garantia considerou as recomendações da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD, realizada no Cairo, (BRASIL, 2013) que desmistificou o controle da natalidade como fator preponderante na redução da desigualdade social. (BRASIL, 2004)

Com vistas a garantir assistência integral às mulheres e, por conseguinte ao planejamento familiar, em 2004, foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PNAISM. (BRASIL, 2013) Em 2005, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos indicou entre os eixos principais de ação a introdução de reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2005b)

A saúde sexual e a saúde reprodutiva estavam, portanto, na pauta governamental definitivamente e, ao longo dos últimos anos vem sendo reforçada com as publicações em 2005 da Portaria nº 426/GM que instituiu, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida; (BRASIL, 2005a) em 2011, com a Portaria nº 1.459 que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha e fez previsão explícita de garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes e, de acesso às ações do planejamento reprodutivo nos artigos 2º e 4º, respectivamente (BRASIL, 2011a) e, em 2012 com a Portaria nº 3.149, que fixou a destinação de recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS. (BRASIL, 2012a).

Ainda em 2011 foram publicados os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, os quais têm como objetivos promover a melhoria das

condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011)

Por fim em 2016, o Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa publicam os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, e reafirmam que as ações de planejamento reprodutivo serão voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. (BRASIL, 2016) Tem-se, pois, no cenário nacional um instrumento potente para a implementação de boas práticas, capaz de ampliar a resolutividade das equipes de saúde a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais.

Diante das reflexões, considerando o relevante e estratégico papel da atenção primária na rede de atenção à saúde, o presente estudo objetivou identificar as ações de assistência à concepção, realizadas por médicos e enfermeiros em Unidades de Saúde da Família e caracterizar os usuários que buscam assistência à concepção.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, realizado em unidades de saúde da família, localizadas em oito distritos sanitários, da zona urbana e rural, do município de Campina Grande – PB, no período de setembro de 2016 a dezembro de 2017.

Realizou-se 80 entrevistas, com 30 médicos e 50 enfermeiros, individualmente, mantendo a privacidade, explorando-as em um processo contínuo, iniciado na fase da coleta, para garantir cessação quando da saturação teórica. (NAVARRETE et al. 2009) Os profissionais foram selecionados de maneira aleatória, atendendo aos critérios de trabalhar na estratégia de saúde da família há pelo menos seis meses e, realizar atendimento de planejamento familiar no processo de trabalho.

As entrevistas foram transcritas textualmente mantendo a fidedignidade das informações. A análise de conteúdo de Bardin foi à técnica empregada para análise dos dados realizando-se a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses/objetivos, a elaboração de indicadores e, sistematização das ideias iniciais. Na fase de exploração do material foram definidas as categorias (sistema de codificação), as unidades

de registro/contexto para possibilitar as interpretações e inferências. Na última fase empreendeu-se o tratamento dos resultados, com condensação e destaque das informações para análise, culminando nas interpretações a partir da análise reflexiva e crítica. (BARDIN, 2011)

No que se refere às questões éticas, o estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012, (BRASIL, 2012), foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e, aprovado sob CAEE: 69239717.4.0000.5187. Para salvaguardar a identificação das unidades e profissionais, as entrevistas foram codificadas, primeiro por letras do alfabeto para sinalizar o distrito sanitário; depois números que indicam a equipe de saúde; em seguida as letras M e E, para identificar a categoria profissional de médicos e enfermeiros, respectivamente e, por fim, os numerais indicam a existência de uma ou mais equipes funcionando na mesma unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados emergiram as categorias: caracterização dos usuários com indicação de assistência para auxílio à concepção e práticas de assistência de planejamento familiar para auxiliar à concepção.

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS COM INDICAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PARA AUXÍLIO À CONCEPÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmam que cerca de 30% dos casais em idade reprodutiva enfrentam o problema da infertilidade, que causa relativo impacto sobre a qualidade de vida. (GRADVOHL et al. 2013) Segundo a OMS as estimativas apontam que dois milhões de novos casos, são identificados, por ano. (GRANER et al. 2009)

No Brasil, em 2013 das 51 milhões de mulheres em idade reprodutiva, estimou-se que entre quatro e sete milhões destas sejam inférteis. (GRADVOHL et al. 2013) Em Campina Grande, a taxa de fecundidade em 1991 era de 3,1 filhos por mulher, ao decorrer do tempo foi diminuindo e em 2010 essa taxa era de 1,7 filhos por mulher. (ATLAS, 2010) Este decréscimo pode ser reflexo do espaço que a mulher conquista dia após dia na sociedade,

tendo a liberdade de escolha na quantidade de filhos, como também pode revelar aumento no número de casos de infertilidade, acompanhando estatísticas nacionais e internacionais.

Os profissionais do estudo alegam que, na execução diária de seus processos de trabalho, a busca pelo auxílio a concepção existe sim, embora se comparada com a busca pela anticoncepção seja infinitamente superior.

Tenho verificado ultimamente uma demanda significativa de casais de segunda união que buscam a unidade com esta dificuldade. Sendo casais de mulheres mais novas sem gravidez, com homens mais velhos que já tiveram filhos. Tem também homens que fizeram vasectomia e mulheres que ligaram as trompas. O retrato ainda inclui casais novos com dificuldades de engravidar. (A2M1)

Temos sim nas unidades, usuários que relatam desejo de constituir família com dificuldades de engravidar. Isso é fato. Embora a atenção primária finja não ver e só se prepare para atender prontamente a grande demanda pela anti concepção. Se as dificuldades sinalizam problemas com as mulheres arrisco dizer que é mais fácil encaminhar. Mas esbarramos em questões como: para onde, conseguiu resolver, se precisar de fertilização ou inseminação é fadado a não conseguir. Aí encaminhamos para psicólogo. (E9E)

Constata-se a demanda existente, embora “reprimida” em busca de assistência à concepção, se comparada à anticoncepção. As razões parecem estar determinadas por aspectos culturais, como iniciação sexual precoce e troca de parceiros ao longo da vida, que favorecem a concepção. Pode também estar determinado, neste contexto, por questões de gênero que impedem que o reconhecimento da dificuldade seja partilhada pelo casal, pois de um lado a mulher sente sua identidade comprometida por não engravidar e, do outro o homem pode ter sua masculinidade questionada, como revela as falas que seguem.

“para todas e quaisquer necessidades a busca pela assistência à saúde sempre recaí sobre a mulher. Portanto quando o assunto é planejamento familiar, concepção ou coisas do gênero, de 10 atendimentos que faço, 10 são mulheres. Na verdade, nunca atendi um homem.” (F4M2).

A mulher parece receber procuração do marido para assistência à saúde reprodutiva, como se isso fosse possível (F17E).

Estas razões somam-se e, podem tornar a dificuldade de conceber e as necessidades decorrentes, invisíveis na atenção primária.

Há de se registrar que a inexistência de um sistema de informação, a falta de registro com destaque devido nos prontuários dos usuários e, a dificuldade dos usuários e agentes comunitários de saúde abordarem um assunto da esfera privada podem ser elementos que comprometem a avaliação epidemiológica e, por conseguinte, torna-se difícil identificar e

quantificar aqueles que enfrentam dificuldades ou não conseguem engravidar. Mas é um fenômeno que atinge à todos, em todas as idades e realidades sociais.

Destarte, na realidade das unidades, estima-se que cerca de dez casais de cada área de abrangência foram identificados como sujeitos que buscam o auxílio à concepção. Todavia uma unidade da zona urbana, em especial, fez referência a existência de um registro local, realizado por iniciativa da enfermeira, de cerca de 30 mulheres no último ano, que buscaram atendimento com relato de dificuldade de engravidar, necessitando da assistência/encaminhamento.

Nesse último ano, registrei porque me chamou atenção quando muitas mulheres começaram a me procurar no planejamento, pedindo ajuda pois não conseguiam engravidar. Esse número chegou a 30 mulheres. Tinham algumas características em comum: nunca tinham tido filho ou as gestações já passavam de 15/20 anos, haviam feito uso de anticoncepcional oral ou injetável por décadas seguidas sem interrupção, tinham mais de 35/40 anos. Muitas com ensino fundamental incompleto o que dificulta ações educativas. Algumas em função da idade já com problemas tipo hipertensão e diabetes e, em casamentos de segunda/terceira união. Todas com dificuldade de falar com companheiros sobre a situação e, de vir a unidade de saúde porque trabalham e, com sofrimento psíquico em função da cobrança social pelo exercício do papel de mãe. (B5E1)

Esse maior quantitativo reconhecido pode ser explicado em função da disponibilidade/observância do profissional de saúde para o registro dos casos e, o empenho em buscar resolutividade com encaminhamentos para consultas com especialistas, embora se observe que essa demanda é absorvida somente de forma espontânea, a partir da percepção individual ou familiar da necessidade de atendimento pelos serviços de saúde, seguindo o modelo clássico de saúde.

Todavia, reconhecendo que o planejamento familiar, incluindo a atenção em saúde sexual e reprodutiva, é uma das áreas de atuação prioritárias da atenção primária, as equipes de saúde da família devem além de priorizar a organização / planejamento programado, com agendamento prévio, pautada em ações preventivas e encaminhamentos, seguir o modelo de acesso avançado para garantir a resolutividade na Rede de Atenção à Saúde para as situações que incidem e prevalecem no território.

No geral, constata-se que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, certamente por questões culturais, que envolvem o conceito de masculinidade e a diferença dos papéis de gênero construídos pela sociedade, que associa o conceber à mulher. (MOURA, et al. 2007) Em se tratando de planejamento reprodutivo, essa questão torna-se ainda mais visível pelo fato de ser a mulher quem fisiologicamente engravida, levando ao

entendimento equivocado, construído muitas vezes culturalmente, que a responsabilidade é exclusivamente da mulher na busca de respostas para tentativas frustradas de conceber um filho, justificando a falta de envolvimento masculino.

Isso é fruto de uma construção histórico-social da mãe como sendo fundamental para a construção familiar. A história revela que a maternidade, na sociedade ocidental contemporânea, foi fortemente influenciada pela redução do poder patriarcal, pela revolução afetiva sobre a família, pela possibilidade de escolha oferecida pela contracepção moderna, estando em conexão com os processos sociais e com a globalização econômica. (MOZZAQUATRO, C.O; ARPINI, D.M, 2017)

Existe uma, inegável, concepção cultural que associa feminilidade à capacidade de gestar e parir e, quando na vida não se segue este roteiro, momentos de crises, pessoais e familiares, são deflagrados, gerando ansiedade que pode comprometer ainda mais o processo natural de concepção e o tratamento de reprodução humana assistida. (PERELSON, 2013) Esse aspecto pode ser evidenciado, quando os profissionais relatam as causas preliminares da infertilidade:

Das mulheres que atendi aqui com relatos de dificuldades para engravidar todas, simplesmente todas, deveriam ser acompanhadas em psicoterapia. As preocupações e medos em torno da fertilidade e o estresse emocional são aspectos tão preocupantes e deletérios à saúde quanto as causas biológicas que possam existir. Sabe aquela questão de ficar querendo, pressionando, eu quero, eu quero, marido questionando, família perguntando. A ansiedade termina fazendo com que não engravide, mesmo estando atenta ao período que orientamos. Muitos casos acontecem de quando “se desligam”, estresse diminui, a pressão acaba, a gravidez acontece. Por isso pelo perfil das mulheres é possível dizer os serviços necessários para auxiliar à concepção. (A3E)

Muitas chegam aqui com ideia fixa de ter filho. Pergunto até se esse desejo também é compartilhado com o pai. Por isso penso que a ansiedade é responsável em muitas situações, pelos casais enfrentarem dificuldade de engravidar. Claro que tem muitos com razões clínicas. Mas posso afirmar que ainda se destaca, nas mulheres com perfil para assistência para auxílio à concepção aspectos relacionados a idade, uso de medicamentos, problemas com ciclo menstrual, endometriose, ovários policísticos, história anterior de abortamento e gravidez ectópica e laqueadura. Nos homens resumiria que os problemas relacionam-se aos espermatozoides quer seja na formação, no transporte ou na ejaculação. Mas, convencionou-se investigar primeiro a mulher, virar do avesso e, somente depois iniciar a busca masculina para encontrar as causas. (A2MI)

Uma parcela das mulheres que eu falei aqui, por incrível que pareça tinham parceiros que tiveram filhos de relações anteriores. Neste caso, parece que as causas se centravam no emocional da mulher aliada a alguns fatores de risco como idade avançada, obesidade, tabagismo. Às vezes não é por que elas

tivessem algum problema, e eu ou qualquer profissional tivesse que buscar a causa, era mais a ansiedade delas de engravidar. Era a gravidez não pelo desejo de ser mãe, mas para cumprir papel de mulher, para afirmar a feminilidade. (B6E)

Considerando as reflexões teóricas e, o perfil dos usuários, as causas da infertilidade são divididas em quatro grupos: causas anatômicas, hormonais, masculinas e as desconhecidas, tendo essa última especial atenção, considerando que uma parcela significativa dos casos de infertilidade, entre 10% e 30% dos casais, não apresenta nenhuma alteração ao se fazer a avaliação (BRASIL, 2013). Diante de toda tecnologia e manipulações biomédicas existentes na atualidade para auxiliar na concepção e, levando em consideração que dois terços dos casais concebem sem tratamento, não cabe senão classificar esses casos como de etiologia psicológica, a chamada infertilidade psicogênica. (PERELSON, 2013)

Segundo Stengers, assim como um micróbio, em particular, causa uma doença, um bloqueio emocional pode determinar uma infertilidade. E, tal como a eliminação desse micróbio causaria a supressão da doença, o manuseio adequado das emoções favoreceria a infertilidade, pois se por um lado o psiquismo é apontado por exclusão do orgânico, por outro, concebe-se que ambos obedecem, ao mesmo modo de ação e são sensíveis à mesma forma de tratamento. (PERELSON, 2013).

Destarte, a abordagem de mulheres, homens e/ou casais inférteis na atenção primária cumprirá relevante papel se fortalecer os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos, reconhecendo a demanda existente, estruturando a rede de atenção à saúde e garantindo ações clínicas preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios/métodos e técnicas para regulação da fecundidade. (BRASIL, 2005a)

PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA AUXILIAR A CONCEPÇÃO

A assistência à saúde reprodutiva tem, na atenção primária, local privilegiado para identificação das necessidades dos sujeitos, incluindo o auxílio à concepção (BRASIL, 2013), uma vez que favorece o vínculo com os usuários, possibilitando o retorno sistemático e avaliação dos profissionais, como é preconizado pelo Ministério da Saúde. (NASSER, 2015) Baseado nessa responsabilização, os profissionais foram questionados sobre as ações desenvolvidas na UBS, durante planejamento familiar/reprodutivo, relativas à concepção:

As mulheres que não conseguem engravidar, a gente faz as orientações, com relação ao período fértil, frequência sexual e hábitos saudáveis. Mas elas não procuram o planejamento familiar pois entendem que o planejamento é para evitar filhos. Elas buscam atendimento individualizado até pela vergonha de se reconhecer “incapaz”. Vencida a etapa de orientações e, a mulher retornando sem êxito, encaminho para a médica solicitar todos os hormônios, ultrassom, investigar doenças preexistentes. Se nada esclarecer, antes de encaminharmos para serviço de saúde da mulher ou consulta especializada com ginecologia, pedimos o espermograma. (B5E2)

Primeira ação é constatar a dificuldade de engravidar. Depois partimos para a identificação de fatores de risco, identificação de doenças ou condições que impeçam a concepção. De toda forma, recomendamos uso de ácido fólico e orientamos quanto às vacinações necessárias que devem ser feitas antes da concepção. Solicito exames laboratoriais. Mas, objetivamente, não reconheço qualquer ação minha na atenção primária que possa ser mencionada como suficientemente resolutiva para infertilidade (F4M1).

Por aqui fazemos um acolhimento com escuta qualificada, atividades educativas. Se a gravidez não ocorrer passamos a pedir exames, pesquisar a questão hormonal para analisar parte biológica. Mas empacamos na dificuldade de exames e encaminhamentos. Nossas ações são limitadas e sem seguimento. (F14E2)

O Ministério da Saúde orienta que as ações relativas ao planejamento reprodutivo na atenção primária contemplem, principalmente, três tipos de atividades: aconselhamento, atividades educativas e assistência clínica, desenvolvidas de forma integrada, multi e interdisciplinar. (BRASIL, 2010)

As recomendações teóricas consideram o aconselhamento, enquanto atividade a ser desenvolvida na atenção em saúde reprodutiva, como diálogo baseado em confiança que deve, nesta circunstância, estimular a prática do sexo seguro e, favorecer avaliação das vulnerabilidades particulares, dos usuários, da opção por ter ou não filhos. (BRASIL, 2013).

O acolhimento descrito nas falas dos profissionais revela o exercício de atender o usuário na perspectiva do cuidado como ação integral, respeitando a diversidade e singularidade compreendendo as necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias, relacionadas às questões de direitos sexuais e planejamento reprodutivo. Mas, a prática em saúde reprodutiva deve contemplar também: Identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal e suas ideias, desejos ou não desejos em relação a ter ou não ter filhos; Abordagem proativa com questionamentos sobre a atividade sexual; Avaliação de vulnerabilidades individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DST e Compreensão de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com a pessoa ou o casal. (BRASIL, 2013)

As atividades educativas realizadas, em toda e qualquer visita ao serviço se constitui em oportunidade e, são fundamentais para a qualidade da atenção prestada. E, conforme recomenda o MS têm como objetivo oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada e, propiciar a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução.

O trabalho dos profissionais deve considerar a singularidade do usuário e, por esta razão o exame clínico do usuário/casal é essencial para que a assistência seja executada de forma eficiente, efetiva e eficaz. Por esta razão, a anamnese constitui-se em etapa importante, para que o profissional de saúde obtenha informações sobre a vida sexual e reprodutiva, ciclo menstrual, patologias do aparelho reprodutor, história atual e pregressa, exame físico, existência de doenças crônicas e/ou demais fatores que podem interferir no processo de concepção. (BRASIL, 2013)

Neste momento, o profissional de saúde ainda deverá fazer a identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal avaliando aspectos nutricionais, uso de medicamentos, condições de trabalho, controle de condições clínicas preexistentes, ocorrência de interrupções gestacionais, além de solicitar exames laboratoriais, exames hormonais, espermograma, histerosalpingografia, dentre outros, quando o serviço especializado não for de fácil acesso.

Todavia, na realidade estudada as atividades clínicas descritas direcionadas especificamente ao auxílio à concepção, enfatizam a solicitação de exames complementares como ação que inicia e finda a assistência na atenção primária para auxílio à concepção:

Para a concepção, a ação precípua é a solicitação de exames para esclarecer a causa da infertilidade. Somente isso sinalizará o caminho a ser seguido. Mas preciso dizer que solicita os exames com um peso pois sei que não conseguirão fazer e seguirão na espera angustiante. (A5M2)

Aqui na atenção primária do ponto de vista clínico só nos resta solicitar exames e encaminhar. E, tendo consciência que exames básicos são insuficientes para revelar as causas de uma infertilidade. Sabemos que o SUS não cobre tratamento de reprodução e que os serviços particulares não acreditam em exames do SUS. Então às vezes acho que a melhor ação clínica seria encaminhar mesmo, simplesmente. E poupar a mulher de fazer e refazer exames... (B8M2)

Problema de infertilidade exige tecnologia médica para resolver em serviços especializados de média e alta complexidade. Portanto fica implícito que no PSF não existem ações resolutivas a serem realizadas para concepção. (A10E1)

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou um fluxograma auxiliando os profissionais a abordar a mulher ou o casal que planeja a gravidez, que inclui desde o acolhimento com escuta qualificada até a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em infertilidade, para cumprir as demais etapas de avaliação inicial e diagnóstico. (BRASIL, 2016) Constata-se que, além de não cumprir a recomendação ministerial, o município também não dispõe de protocolo com fluxograma organizado para dar seguimento a essas ações, o que finda por comprometer a assistência à concepção, como revelam as falas dos médicos:

Não existe, não existe assistência à concepção no SUS. Ou se existe eu não conheço nenhum protocolo do ministério ou da secretaria estadual ou municipal de saúde. Mas fico pensando que se não tem resolutividade na atenção primária o protocolo seria apenas para recomendar encaminhamento? O que pode ser feito para concepção na atenção primária? Reprodução humana relaciona-se com tecnologia médica que não se fundamenta no SUS. (A2M)

Que eu saiba não existe uma recomendação formal de nenhuma instância no serviço público de saúde. Até porque a gente tem muita dificuldade pra conseguir uma consulta com um ginecologista. Imagine resolver questões de concepção no SUS (A5M1).

A secretaria nunca apresentou ou recomendou adoção de protocolo para abordagem a mulher que quer engravidar. Nada foi passado pros médicos, pras equipes de estratégia de saúde da família como uma coisa a ser trabalhada (F14M3).

No caso específico dos profissionais de enfermagem, as falas revelam ações executadas baseadas nas recomendações de protocolos do Ministério da Saúde e do Conselho Regional de Enfermagem – COREN para atuação no estado da Paraíba, embora os protocolos não descrevam com objetividade as ações previstas para concepção:

Usamos o protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do conselho. Mas não tem ação para concepção não. Tenho 15 anos de profissão, trabalhando na atenção primária e não sei de nada oficial que recomende ação para concepção (F11E1).

Olha só protocolo só temos o da estratégia de saúde da família, que reúne todas as recomendações sobre quase todas as situações clínicas. Fala sobre planejamento familiar, mas não para enfrentamento da infertilidade na atenção primária. Além do que é preciso considerar que tem as disparidades entre gestões que permitem enfermeiros prescrever e solicitar exames. Tem locais que não. Por isso mesmo acredito que não existe protocolo (A4E1).

Para o Ministério da Saúde, tanto o médico quanto o enfermeiro que atuam na AB têm competência técnica para identificar o período fértil da mulher, orientar período favorável à

concepção, bem como a realização de anamnese para que seja afastada patologias e/ou fatores que impeçam ou dificultem a concepção, além de recomendar vacinação contra rubéola e administração preventiva do ácido fólico e, solicitação de exames complementares como: a coleta de citologia e colpocitologia oncótica, sorologias anti-HIV, hepatite B, hepatite C, para sífilis (VDRL), toxoplasmose IgG, glicemia em jejum e espermograma. (BRASIL, 2013).

Quando questionados sobre quais ações são realizadas para esclarecer a dificuldade de engravidar, os depoimentos dos profissionais expressaram que os diagnósticos muitas vezes não são fechados, limitando-se após a realização de exames ao encaminhamento para serviços de maior complexidade.

Solicitamos os exames na tentativa de esclarecer, mas as vezes simplesmente não conseguimos explicar o porquê. Afinal saúde não é ciência exata. Por que também a gente faz só os exames mais básicos. Muitas vezes minha explicação fica focada em dizer a necessidade de ir para especialista ou relaxar, esquecer isso e quem sabe engravidará. Mas isso não é nada clínico nem terapêutico (B4M2 ZR).

Aqui eu não posso classificar uma mulher como infértil. Para você classificar uma mulher como infértil, na atenção primária, só se ela não tiver útero, ovários e não tivesse produção nenhuma dos hormônios sexuais. É desafiador explicar as causas de não engravidar para quem é fisicamente normal e os exames não mostram nada (F15M2).

É tão difícil para a gente explicar como é para as mulheres que buscam entender(A5MI).

Observa-se nas falas dos profissionais que eles não compreendem o auxílio à concepção como sendo uma assistência possível na UBS e, sendo assim, não assumem responsabilidades sobre essas ações.

Os fatores, reconhecidamente, que parecem determinar a (des)assistência, podem ser resumidos na falta de capacitação dos profissionais para atuar no auxílio à concepção enquanto ação básica de planejamento reprodutivo e, na não adoção expressa do protocolo pela coordenação de atenção à saúde da mulher no município. As falas dos profissionais evidenciam esse fato:

Falar em assistência à concepção na atenção primária me parece impossível. Nunca recebi qualquer treinamento ou capacitação. E minha área é clínica geral. (A8MI)

Acredito que assistência à concepção não esteja no rol de prioridades do município, estado e Ministério. Se estivesse já teria tido treinamento. Tudo que é prioridade é precedido de treinamento e depois seguem cobrando metas. Nunca tivemos qualquer ação específica sobre saúde reprodutiva. Fala-se muito em planejamento familiar para reduzir a natalidade entre os mais carentes. E os

mais carentes querem mesmo é ter filhos por causa dos programas sociais. (B8E2)

Falam muito em educação permanente. Mas aqui nunca abordamos esse tema. Nem mesmo em ações de promoção da saúde a reprodução é contemplada. Me parece que isso reflete mesmo a pouca intimidade com o tema desde a universidade. (D6M1)

Tanto médicos quanto enfermeiros que atuam na AB devem estar aptos a realizar avaliação e orientação preconcepcional no âmbito desse nível de assistência e, somente em casos específicos deve encaminhar para serviço especializado, quais sejam: mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção; mulher com 30 a 39 anos e mais de um ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção; mulher com 40 a 49 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção; cônjuges em vida sexual ativa, sem uso de anticonceptivos, e que possuem fator impeditivo de concepção, independentemente do tempo de união. (BRASIL, 2010)

Apesar de serem ações recomendadas no protocolo do Ministério da Saúde, os profissionais no contexto estudado atestam em suas falas que não receberam nenhuma capacitação para atuação nessa área de assistência. No período entre 2004 e 2006 realizou-se uma capacitação, em todo território nacional, para médicos e enfermeiros que atuavam na atenção básica, com foco prioritário a atenção integral à saúde da mulher e, no planejamento familiar. A capacitação, no entanto, restrita às capitais dos estados, foi resultante da parceria de organizações federais e secretarias municipais de saúde. (BRASIL, 2005a)

Apesar dessa realidade encontrada, as ações clínicas que objetivam atestar que os casais com dificuldade de engravidar, são inférteis, só se concretizam com assistência distintas e articuladas da rede. Por esta razão, os profissionais, aguardam a resposta do serviço de referência ou profissionais especializados da rede:

Faço toda a investigação. Às vezes a gente acaba parando em determinado exame, por exemplo, a histerossalpingografia que é um exame mais complicado da gente conseguir pela rede, aí você acaba não recebendo, mas que eu me lembre aqui na área tem dois casos de oligoespermia ou asoespermia, a ausência de espermatozoide na coleta do esperma e duas pacientes que tinham alterações hormonais. Fiquei meses acompanhando a paciente, somente fazendo escuta até que ela recebeu o resultado da histerossalpingo e atestou que as tropas estavam obstruídas. Mas é uma espera terrível, nossa pelo resultado e, das usuárias, por uma explicação. (F4M2)

se nem o ginecologista do serviço referência em saúde da mulher, classificou ela como infértil, e é especialista, como eu vou classificar? Melhor aguardar exames e pareceres de serviços de maior complexidade e acesso a tecnologia. (F14E2)

A responsabilidade por classificar não é nossa da atenção básica. Por isso que referenciamos. Eu envio essa mulher lá e eu peço sempre notícia a ela informalmente digo venha aqui para ver se deu certo, mas geralmente nenhuma delas voltaram grávidas ou dizendo que deu certo não. Acredito que nem o serviço especializado sabe explicar sempre, portanto não batem o martelo nesse ou naquele diagnóstico. E a mulher siga com interrogação na cabeça. (E9E)

Os depoimentos acima ainda revelam entraves no sistema de referência e contra referência existente no município, aspecto hoje superado, do ponto de vista técnico, com a implantação do sistema de regulação em janeiro de 2018. Todavia, na prática, ainda é um transtorno vivenciado por muitos, a busca por explicações.

Para contornar tal situação torna-se evidente a necessidade de um fluxograma municipal visto que, os depoimentos dos profissionais justificam que muitos não sabem exatamente qual o serviço de referência no município e citam instituições de saúde pública federal e municipal, além de clínica escola de uma faculdade particular como estabelecimentos especializados no auxílio à concepção, mas não necessariamente articulados em uma rede de atenção específica e/ou pactuados para garantirem assistência devida. (NOGUEIRA et al. 2014)

Encaminho para o serviço federal que era aonde eu sabia que tinha a reprodução assistida, certo. Ou melhor uma médica que entende do assunto. Mas que eu não sei nem como é que está isso está acontecendo na verdade. Eu estava encaminhado pra lá e elas também não retornavam pra dizer se não conseguiam atendimento. Não existe um quantitativo de usuários que desejam. Nem quantitativo de entre as que desejaram quantas engravidaram e foi custeado pelo SUS (A5E2)

Que eu saiba somente o HU tem algo próximo de ser um serviço para reprodução humana, lá tem uma equipe de obstetrícia, mas eu não tenho certeza, por isso eu não posso afirmar [...](F12E1)

[...] a gente encaminha pra o nosso serviço de referência para saúde da mulher, partindo do princípio que o problema está na mulher, logo enviamos para a maternidade. Nunca fui lá, não conheço a equipe mas já sei que lá existe uma equipe de planejamento familiar, onde as pessoas que querem ou não ter filhos possa planejar. Para eles isso significa gente para os alunos treinarem [...](F12E1)

Atestando a falta de pactuação ou, o desconhecimento dos profissionais sobre a programação, convém registrar que a Portaria nº 388 de 2005, anexo II, dispõe que a assistência ao auxílio à concepção deve ser garantida nos três níveis de complexidade e

explícita que é responsabilidade da atenção básica a realização de três consultas médicas e duas consultas individuais com o enfermeiro. (BRASIL, 2005)

O que é visto na prática foge do preconizado, visto que as consultas são realizadas apenas mediante demanda espontânea quando, na maioria das vezes, a mulher desconfia da sua condição fértil e busca o serviço a procura de respostas. O enfermeiro inicia a investigação e encaminha o usuário para o médico que mediante as dificuldades do que pode ser feito referencia o usuário para um ginecologista/obstetra da rede de serviço.

Fica evidenciado que além do desconhecimento dos profissionais sobre a revisão legal que atribui responsabilidade à rede de serviço do SUS no que se refere à assistência à concepção para casais que desejam engravidar, enfermeiros, embora sejam nas UBS responsáveis prioritários pelo planejamento reprodutivo, não descrevem corretamente as técnicas para o Tratamento de Reprodução Humana Assistida – TRHA.

Ajuda para engravidar no SUS, só os casos simples como, por exemplo, uma mulher que precise fazer uma indução hormonal tomando clomide, porém aquelas que precisam de um tratamento mais específico para reprodução humana o SUS não oferece aqui no município. Nem a inseminação artificial e inseminação in vitro. Embora sejam diferentes, na artificial a qualidade do esperma é melhor e consegue chegar sozinho no óvulo, na inseminação in vitro qualidade é comprometida. Mas as duas técnicas necessitam de aparelhos e tecnologias, por isso é ação inviável para realização no SUS. Aqui falta anticoncepcional, imagina se terá essas medicações, serviço, profissionais, geneticista. (E6E1)

Não sei bem explicar o tratamento de reprodução humana. Sei que tem custos elevados, sei que o SUS não cobre, sei que não é fácil. Mas, não sei explicar técnicas não. (F14E2)

Técnicas para tratamento de reprodução humana assistida? Nunca ouvi falar. Aqui na atenção primária para ajudar ensinamos dias de engravidar, e às vezes medicamento para estimular ovulação. Mas como não são realizados acompanhamentos nas UBS sobre tratamento não domino a técnica. (A8E1)

Embora sejam posicionamentos enfáticos, desde 22 de março de 2005, através da Portaria de nº 426/GM, foi instituído no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (BRASIL, 2005a) que em conjunto com a Portaria nº 388/SAS (BRASIL, 2005) garantem o auxílio à concepção nos diferentes níveis de complexidade. Posteriormente, em 2012, o Ministério da Saúde passa a destinar recursos para realização de Tratamento de Reprodução Humana Assistida (TRHA), no âmbito do SUS, embora no Nordeste apenas os estados Pernambuco (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP) e Rio Grande do Norte (Maternidade Escola Januário Cicco)

dispõem desse serviço. (BRASIL, 2012a). Destarte constatamos que na inexistência de serviços no município / estado, os profissionais desconhecem também a possibilidade de tratamento fora de domicílio (TFD).

Embora seja previsto TFD não foi possível, durante o período do estudo, o acesso a pactuações interestaduais que garantissem o acesso de usuários do estado da Paraíba, mais especificamente de Campina Grande, a esses serviços. Fina por transferir as responsabilidades das instâncias federativas para os sujeitos individualizados.

A atenção primária deve se constituir na porta de entrada para a identificação do casal infértil. Durante a avaliação clínica, devem ser realizados anamnese, exame clínico-ginecológico, exame clínico-urológico, além da solicitação de exames complementares de diagnóstico básicos e orientações adequadas a cada caso, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira em futura gestação, tais como diabetes, hipertensão e cardiopatias descompensadas, insuficiência renal crônica, obesidade mórbida e doenças infectocontagiosas e genéticas, entre outras, que ponham em risco a vida da mulher ou do feto.

As unidades de saúde da família constituem-se em espaço adequado para o aconselhamento reprodutivo, o início da investigação de infertilidade e tratamento de algumas doenças que possam interferir negativamente no processo de reprodução. (BRASIL, 2013)

CONCLUSÃO

As ações de assistência ao planejamento familiar realizadas pelos profissionais na atenção básica com o objetivo de auxiliar à concepção são limitadas. Referem-se, na grande maioria das vezes à identificação do período fértil, frequência de relações sexuais, vacinação e administração do ácido fólico e anamnese. Quando muito, realizam solicitação de exames básicos e complementares, encaminhando prioritariamente para serviços de média e alta complexidade do município, com conseqüente responsabilização pela investigação das causas da infertilidade.

É importante esclarecer que essas ações são realizadas para usuários, em sua maioria mulheres, que buscam o serviço por demanda espontânea, não contabilizada formalmente com respectiva caracterização das necessidades de uma assistência mais efetiva.

Fica evidente que os profissionais não se sentem capacitados para reconhecerem usuários inférteis, apesar de existir protocolo do Ministério da Saúde que orienta o seguimento desses casos. Por esta baixa resolutividade da atenção primária, ocorre sobrecarga

nos serviços de média complexidade com o encaminhamento precoce e, conseqüente peregrinação dos usuários.

Constatou-se ainda que não existe organização da Rede de Atenção à Saúde para prestar assistência adequada para auxílio à concepção, comprovada pelo desconhecimento dos sujeitos acerca dos serviços de referência especializados. Além disso, os profissionais não têm conhecimento de que o SUS disponibiliza Tratamento de Reprodução Humana Assistida, o que os faz desacreditar das potencialidades do serviço público para auxiliar a concepção.

Urge, portanto, a necessidade de capacitar os profissionais da atenção primária para que possam adquirir habilidades e competências no auxílio à concepção, além da utilização de protocolo de atendimento para esses casos, garantindo assistência de qualidade aos usuários, além da estruturação da RAS, que permita resolutividade dos casos mais complexos.

É preciso sensibilizar a gestão sobre a necessidade de realizar ações de educação permanente sobre a assistência à concepção, como também as Instituições de Ensino Superior, para que formem futuros médicos e enfermeiros habilitados e competentes tanto para auxiliar a contracepção como a concepção.

O tema do estudo mostra-se pertinente na atualidade, pois reforça a necessidade de conscientizar a sociedade a discutir mais abertamente sobre as dificuldades de reprodução humana, rompendo os rótulos criados de aspectos de gênero e sociais, fortalecendo a urgência da melhoria do cuidado aos casais que buscam o auxílio à concepção, assim servindo como ponto de partida para outros estudos.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, **taxa de fecundidade do município de Campina Grande-PB**, 2010. Disponível em:

http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/campina-grande_pb#demografia#idh.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 70. Ed. São Paulo; 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível

em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n^o 388, de 06 de julho de 2005. **Determina que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de atenção em reprodução humana assistida. Diário Oficial da União; 2005**. Disponível em:

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=192801>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N^o 426/GM, de 22 de março de 2005. **Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2005a. Seção I, p. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n^o 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União; 2010. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

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**. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Cadernos da Atenção Básica – n^o 26: “Saúde sexual e reprodutiva”**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012: Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides.** Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html

BRASIL. Presidência da República. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996: Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata de planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, DF; 1996.

GRADVOHL S.M.O. et al. **Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2013; 35 (6): 255-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000600004>.

GRANER V.R; BARROS S.M.O. **Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida.** Rev. esc. enferm. USP. 2009, 43 (1): 103-09. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100013&lng=en&nrm=iso.

MOURA E.R.F; SILVA R.M; GALVÃO M.T.G. **Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil.** Cad. Saude Publica 2007; 23 (4): 961 – 70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/22.pdf>.

MOZZAQUATRO C.O.; ARPINI D.M. **Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e os novos desafios.** Psicologia: Ciência e Profissão. 2017; 37 (4): 923-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0923.pdf>.

NAVARRETE M.L.V; SILVA M.R.F; GALLEGO M.E.D; LORENZO I.V(org). **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa qualitativa em saúde.** Recife: IMIP; 2009.

NASSER M.A. **Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo.** [Doutorado]. São Paulo: Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-110316/publico/MarianaArantesNasser.pdf>.

NOGUEIRA RR. et al. **Construção de um fluxograma para o atendimento na rede de atenção à pessoa com deficiência do município de João Pessoa. 2014.** Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/index.php/3272-construcao-de-um-fluxograma-para-o-atendimento-na-rede-de-atencao-a-pessoa-com-deficiencia-do-municipio-de-joao-pessoa>.

PERELSON S. **Psicanálise e medicina reprodutiva: possíveis colaborações e indesejáveis armadilhas.** *Psicol. USP.* 2013; 24 (2): 241-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642013000200004>.

SILVA R.M. et al. **Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva.** *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 5 (16): 2415-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a10v16n5.pdf>.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

**PARECER DO RELATOR.**

Pesquisador Responsável: Gabriela Maria Cavalcanti Costa.

Orientanda: Julia Gabriela M Rodrigues.

Número do parecer: 0017/4/2016

Data da relatoria: 29 de abril de 2016

Situação do parecer: Projeto APROVADO.

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado "Saúde reprodutiva na atenção primária: o papel dos profissionais das Unidades de Saúde da família no auxílio a concepção." Será utilizado para fins de elaboração do Trabalho de Extensão do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa: A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a compreensão dos profissionais das Unidades de saúde da família, médicos e enfermeiros, sobre o planejamento familiar x auxílio a concepção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A pesquisa é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos necessários encontram-se presentes.

