



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

EMILLE MAIANE SANTANA SANTOS LUNA

**O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ATENÇÃO BÁSICA ANTE A
INFERTILIDADE HUMANA: COMPREENSÃO PELOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**Vitória da Conquista
2022**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA



EMILLE MAIANE SANTANA SANTOS LUNA

O Planejamento Reprodutivo na Atenção Básica ante a Infertilidade Humana: Compreensão pelos Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de Concentração: Práticas Clínicas e Saúde Mental.

Orientador: Emanuel Meireles Vieira.

Vitória da Conquista
2022

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

L961

Luna, Emille Maiane Santana Santos.

O Planejamento Reprodutivo na Atenção Básica ante a Infertilidade Humana: Compreensão pelos Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. / Emille Maiane Santana Santos Luna -- Vitória da Conquista, 2022.

159 f.: il.

Orientador: Emanuel Meireles Vieira.

Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2022.

1. Infertilidade. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Vieira, Emanuel Meireles. III. Título.

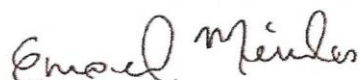
CDU: 612.663 (813.8)

EMILLE MAIANE SANTANA SANTOS

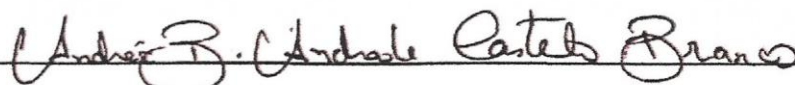
**O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ATENÇÃO BÁSICA
ANTE A INFERTILIDADE HUMANA: COMPREENSÃO
PELOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista — BA, 06/10/2022.



Prof. Dr. Emanuel Meireles Vieira (Orientador)
(Universidade Federal do Ceará)



Prof.^a Dr.^a Andrea Batista de Andrade Castelo Branco (Examinadora)
(Universidade Federal da Ceará)



Prof.^a Dr.^a Daniela Arruda Soares Alves (Examinadora)
(Universidade Federal da Bahia/IMS)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
INFERTILIDADE HUMANA: DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA	24
A INFERTILIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS	28
<i>A Vivência da Infertilidade no Homem e na Mulher e os Impactos do Diagnóstico na Vida</i>	
<i>Conjugal.....</i>	<i>30</i>
<i>A Dimensão Social na Vida dos Pacientes que Vivenciam a Infertilidade</i>	<i>33</i>
DIREITOS REPRODUTIVOS E INFERTILIDADE.....	35
O PAPEL E A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA ANTE À INFERTILIDADE	37
<i>Características e Competências da Atenção Básica</i>	<i>37</i>
<i>Abordagem da Infertilidade na Atenção Básica.....</i>	<i>39</i>
ESTUDO EMPÍRICO	45
PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
NATUREZA DE ESTUDO	46
CENÁRIO DO ESTUDO	47
PARTICIPANTES DA PESQUISA	49
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	52
PROCEDIMENTOS DE COLETA	53
PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	55
ASPECTOS ÉTICOS	56
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	58
SIGNIFICADOS DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	61

<i>O Planejamento Reprodutivo enquanto decisão individual do usuário sobre sua vida reprodutiva</i>	61
<i>Planejamento Reprodutivo: uma eficaz ferramenta que integra a Estratégia Saúde da Família</i>	64
<i>Uma Política de Saúde Pública voltada para a vida reprodutiva dos cidadãos</i>	67
CONCEPÇÕES A RESPEITO DA INFERTILIDADE	69
<i>Conceituações da Infertilidade</i>	70
<i>Causas da Infertilidade</i>	72
IMPACTOS BIOPSISSOCIAIS DA INFERTILIDADE	74
<i>Os Impactos Sociais do Viver sem Filhos</i>	76
<i>Os Impactos Psicológicos da Infertilidade</i>	79
<i>Impactos Biológicos: Espera-se que seja um acontecimento biológico natural</i>	83
COMO OCORRE O CUIDADO DESTINADO À INFERTILIDADE NO CONTEXTO DA	
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS	84
<i>A Consulta de Planejamento Familiar</i>	86
<i>Ações de promoção e prevenção</i>	89
<i>Falhas na Assistência</i>	93
<i>Dificuldades</i>	96
<i>Facilidades</i>	100
<i>Enfermagem como principal responsável</i>	102
PERCEPÇÕES SOBRE O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA À	
INFERTILIDADE	105
<i>Ineficiência da Atenção Básica ante a Infertilidade</i>	106
<i>Atenção Básica: Porta de entrada para os casos de infertilidade</i>	109
PERCEPÇÕES SOBRE O ENVOLVIMENTO DO SEXO MASCULINO E FEMININO NO	
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	110
<i>Planejamento Reprodutivo destinado principalmente à saúde da mulher</i>	111
<i>A vivência do homem e da mulher perante a infertilidade</i>	113

PRODUTO DA PESQUISA: ESTRUTURAÇÃO DE UMA OFICINA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	117
CONCLUSÃO.....	125
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICES	147
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	148
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	152
APÊNDICE C - ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMI-ESTRUTURADA DIRIGIDA AOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	153
ANEXOS.....	154
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	155
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	157

Dedico este trabalho a todos os homens e mulheres que sonham em ter os seus filhos e
que bravamente caminham pelo percurso da infertilidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua bondade, fidelidade e amor constante.

À minha mãe Sônia (in memoriam) pela grande mulher e mãe amorosa que foi. A minha inspiração. Saudades eternas.

À minha filha, Elisa. Minha alegria e meu grande amor. O sorriso que me dá forças e significado à vida.

Ao meu esposo Rafael, por seu amor e companheirismo, pelo incentivo e por sua dedicação incansável a nossa família.

Ao meu pai Milton, pela educação, apoio e amor.

À minha irmã Mari, por sua amizade, orações e cuidado.

Ao meu orientador, Emanuel Meireles. Obrigada por tanto. Pelo acolhimento desde o início desse percurso e paciência em momentos que foram tão delicados para mim. Por seu comprometimento e ensinamentos. Minha admiração e respeito por ser esse grande mestre.

Às queridas colegas que o mestrado me permitiu conhecer, Iara e Karenina, pelas trocas, apoio e vivências ao longo desse trajeto. Vocês o tornaram mais leve.

EPÍGRAFE

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”

(Guimarães Rosa)

LISTA DE TABELAS

Quadro n°1 - Caracterização da Amostra: Dados Sociodemográficos	48
Quadro n°2 - Sistema de Categorias decorrente da Análise de Conteúdo das Entrevistas	56
Quadro n° 3 - Categoria de Análise: Significados do Planejamento Reprodutivo	59
Quadro n° 4 – Categoria de Análise: Concepções a respeito da Infertilidade	67
Quadro n° 5 – Categoria de Análise: Impactos Biopsicossociais da Infertilidade	73
Quadro n° 6 – Categoria de Análise: Como Ocorre o Cuidado Destinado à Infertilidade no Contexto da Estratégia Saúde da Família?	83
Quadro n° 7 – Categoria de Análise: Percepções sobre o Papel da Atenção Básica na Assistência à Infertilidade	103
Quadro n° 8 – Categoria de Análise: Percepções sobre o Envolvimento dos Gêneros no Planejamento Reprodutivo	108
Quadro n° 9 – Estruturação da Oficina de Educação em Saúde	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASRM	American Society for Reproductive Medicine
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMAE	Centro Municipal de Atendimento Especializado
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIPID	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIV	Fertilização in Vitro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
ISCA	Infertilidade sem Causa Aparente
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MBFP	Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade
NASF - AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PMVC	Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PR	Planejamento Reprodutivo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRA	Técnicas de Reprodução Assistida
UBS	Unidade Básica de Saúde
USAID	Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

RESUMO

O desejo pela parentalidade é considerado um dos mais universais, sendo parte do projeto de vida da maioria das pessoas. A impossibilidade de gestar ou possíveis complicações nesse processo é capaz de gerar uma complexa crise envolvendo as dimensões biológica, psíquica e social do indivíduo. Diante dos diversos impactos que a infertilidade pode produzir se faz necessário salientar que o direito à procriação é garantido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar. Ao Estado Brasileiro cabe a disponibilidade de recursos que possibilitem ao cidadão alcançar a concepção por meios seguros. Nesse cenário, a Atenção Básica tem a importante função de realizar o diagnóstico e tratamento iniciais, além de desenvolver ações destinadas à promoção da saúde reprodutiva. A presente dissertação, de caráter exploratório-descritivo, teve a finalidade de analisar a compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Vitória da Conquista – BA a respeito da assistência em Planejamento Reprodutivo destinada à infertilidade, no contexto da Atenção Básica. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com nove participantes atuantes em equipes de saúde da família, referentes às categorias da enfermagem, técnico em enfermagem, medicina e agente comunitário de saúde. O tratamento dos dados ocorreu através da análise de conteúdo temática dos relatos dando origem a seis categorias: significados do planejamento reprodutivo; concepções a respeito da infertilidade; impactos biopsicossociais da infertilidade; como o cuidado destinado à infertilidade é ofertado no contexto da Estratégia Saúde da Família; percepções sobre o papel da Atenção Básica na assistência à infertilidade; o sexo masculino e o feminino nas demandas referentes ao planejamento reprodutivo. Os resultados, de um modo geral, sugerem que o conhecimento a respeito da infertilidade e do papel da atenção primária nesse cuidado é insuficiente para promover a assistência adequada que os pacientes necessitam. São vários elementos que precisam ser considerados, dentre eles:

o entendimento do planejamento reprodutivo enquanto um direito do cidadão, a infertilidade como componente do planejamento, as implicações físicas, psíquicas e sociais do diagnóstico e do tratamento, assim como, a importância que as equipes de saúde têm no acolhimento e na promoção da saúde reprodutiva de seus usuários. Por tratar-se de um estudo que se alinha à proposta de um Mestrado Profissional, foi elaborada uma estrutura de oficina de educação em saúde a ser aplicada com os participantes do estudo, visando a reflexão, a sensibilização e a apropriação do conhecimento acerca do tema.

Palavras-chave: Infertilidade; Planejamento Reprodutivo; Planejamento Familiar; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The desire for parenthood is considered one of the most universal, being part of the life project of most people. The impossibility of pregnancy or possible complications in this process is able of generating a complex crisis involving the biological, psychic and social individual's dimensions. Given the various impacts that infertility can produce, it is necessary to emphasize that the right to procreation is guaranteed by the Federal Constitution of 1988 and by Law 9.263/96 of Family Planning. The Brazilian State is responsible for the availability of resources that enable the citizen to achieve conception by safe means. In this scenario, Primary Care has the important function of performing the initial diagnosis and treatment, in addition to developing actions aimed at promoting reproductive health. This dissertation, exploratory-descriptive, had the purpose of analyzing the understanding of the Family Health Strategy's professionals of Vitória da Conquista - BA about reproductive planning assistance aimed to infertility, in the context of Primary Care. To this end, semi-structured interviews were conducted with nine participants working in family health teams, referring to the nursing professions, nursing technician, medicine and community health agent. Data processing occurred through the thematic content analysis of the reports giving rise to six categories: meanings of reproductive planning; conceptions about infertility; biopsychosocial impacts of infertility; how care for infertility is offered in the context of the Family Health Strategy; perceptions about the role of Primary Health Care in infertility care; males and females in the demands related to reproductive planning. The results, in general, suggest that knowledge about infertility and the role of primary care in this care is insufficient to promote the adequate assistance that patients need. There are several elements that need to be considered, among them: the understanding of reproductive planning as a citizen's right, infertility as a component of planning, the physical, psychic and social implications of diagnosis and treatment, as well

as the importance that health teams have in welcoming and promoting the reproductive health of their users. Because it is a study that aligns with the proposal of a Professional Master's Degree, a structure of health education workshop was elaborated, to be applied with the study participants, aiming at reflection, awareness and appropriate knowledge on the subject.

Key-words: Infertility; Reproductive Family Developmente Planning; Primary Health Care.

Introdução

O desejo pela parentalidade é um dos mais universais, sendo parte do projeto de vida da maioria das pessoas (Amado, 2012). Quando os casais optam pela procriação, a impossibilidade de gestar ou possíveis complicações nesse processo raramente são imaginados, tendo em vista que a concepção é compreendida como um percurso natural e inerente a todos. Segundo a autora, a percepção da ausência da gravidez após várias tentativas pode dar início a uma experiência dolorosa marcada principalmente por sentimentos de frustração, fracasso, medo e perda.

Reconhecida como um problema de saúde pública, a infertilidade é definida como uma doença do sistema reprodutor feminino ou masculino que dificulta a fecundação devendo ser diagnosticada após o prazo de um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas (World Health Organization - WHO, 2020). Segundo a WHO cerca de um em cada dez casais em idade fértil apresentarão impasses associados à fertilidade (WHO, 2002).

De acordo com Cook (1987), o diagnóstico e tratamento da infertilidade são capazes de produzir uma complexa crise biopsicossocial que pode demandar anos para ser elaborada. A crise abrange a dimensão biológica tendo em vista que a infecundidade na maioria das vezes envolve fatores físicos em sua etiologia, e frequentemente requisita diversas intervenções profissionais sobre o corpo infértil; é também social, em virtude das crenças pessoais e culturais sobre a parentalidade e das respostas do meio coletivo quando a capacidade em gerar filhos é afetada; e por fim, ela abrange a perspectiva psicológica uma vez que o processo de elaboração depende de características psicológicas individuais, além de produzir desajustes a nível psíquico.

Diante dos diversos impactos que a respectiva doença produz na vida do indivíduo, cabe salientar que o direito à procriação e à disponibilidade de recursos para esse fim são

garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar (Brasil, 2013). A respectiva Lei assegura o Planejamento Reprodutivo, o que envolve a regulação da fecundidade do homem, mulher ou casal, de acordo o desejo de constituir, aumentar ou limitar a prole (Lei do Planejamento Familiar, 1996).

Um importante marco nessa construção foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH de 1948, que trouxe uma nova compreensão em torno da reprodução ao instituir os direitos reprodutivos como um direito básico de todo cidadão, cabendo ao Estado a sua implementação e efetivação (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

Assim, a saúde reprodutiva implica em fornecer ao cidadão acesso aos serviços de saúde com a disponibilidade de métodos de concepção e contracepção seguros, além de informação de qualidade e aconselhamento conforme o desejo e objetivo do usuário (Lei do Planejamento Familiar, 1996). Nesse sentido, é competência do Estado a assistência em infertilidade a indivíduos e casais que anseiam pela procriação como parte de seu Planejamento Reprodutivo.

A oferta da assistência aos pacientes que vivenciam a infertilidade envolve especificidades que abrangem o nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde (Brasil, 2005b). Ela inclui desde a promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva, mediante atividades de educação em saúde, aconselhamento e investigação clínica, até o nível mais avançado de atenção especializada, por meio de tratamentos e reabilitação, uso de tecnologias avançadas - por vezes invasivas - como a inseminação artificial e a fertilização in vitro – FIV (Delgado, 2007).

Neste estudo será dado maior enfoque ao papel da Atenção Básica – AB na assistência à infertilidade e nas práticas de cuidado em saúde que devem ser operacionalizadas pelos profissionais atuantes nesse nível de atenção.

Ramos e Moser (2015) destacam o dever e a competência da Atenção Básica no trabalho com a infertilidade e no direcionamento adequado dos usuários para os serviços de referência ginecológica e/ou urológica, e os centros especializados em casos necessários. Os autores Thable et al. (2020) também apontam a importância da atenção primária ao afirmarem que a assistência adequada à concepção em muitos casos pode ter como resultado a concretização da gravidez evitando que os pacientes sofram com a longa espera em busca de tratamentos nos serviços de alta complexidade, reduzindo a sobrecarga emocional e os custos financeiros.

Da mesma forma, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de 2005, que organiza linhas de cuidados integrais destinadas aos principais problemas que afetam a fecundidade, delega à atenção primária o início da investigação do diagnóstico dando-lhe autonomia para realizar os exames necessários, rastrear causas evitáveis no desenvolvimento da doença e realizar o tratamento inicial (Brasil, 2005b).

Segundo Oliveira e Pereira (2013), o modelo da Estratégia de Saúde da Família - ESF é a principal ferramenta de organização da Atenção Básica, porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS. Assim, as intervenções destinadas à concepção devem ser implantadas e operacionalizadas nesses serviços visando melhorias na prevenção, na identificação precoce de casos e nos encaminhamentos oportunos (Cunningham, 2017).

Este trabalho sublinha que a infertilidade é um campo novo e fértil a ser explorado por diversas disciplinas, inclusive a Psicologia da Saúde, na qual este projeto se insere, tendo em vista que ela se interessa não somente pelo usuário cuja saúde apresenta impasses, mas também, pelo conjunto de instituições que se propõe a produzir saúde (Marín, 1999).

Ressalta-se que a psicologia da saúde em consonância com a visão integrada e ampla do modelo biopsicossocial defende que a convergência de fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam o processo de saúde e doença em cada indivíduo

(Almeida & Malagris, 2011). Nessa perspectiva, os estudiosos argumentam que conhecer as múltiplas variáveis implicadas no adoecimento é substancial para o desenvolvimento de estratégias que levem à promoção e à manutenção da saúde, além do tratamento de enfermidades (Alves, 2008).

Dessa forma, a compreensão a respeito dos direitos reprodutivos e da complexidade que envolve o fenômeno da infertilidade incluindo os seus impactos biopsicossociais, pelos profissionais da atenção primária, se configura em um importante elemento na qualidade do cuidado a ser ofertado.

Diversos autores abordam o tema sob a ótica médica discorrendo sobre os aspectos causais e as formas de tratamento. Tem sido notório também o crescimento de pesquisas envolvendo a participação de indivíduos que lidam com o diagnóstico de infertilidade, preocupadas com os fatores psicológicos envolvidos nesse processo. Por outro lado, nota-se a necessidade de desenvolver estudos que versam a respeito da assistência a esses pacientes no âmbito do SUS tendo em vista os impasses que a respectiva temática ainda enfrenta na saúde pública a despeito de sua crescente ocorrência. Além disso, os trabalhos frequentemente dirigem-se às vivências dos pacientes que apresentam o diagnóstico, sendo ainda escassa a bibliografia destinada às experiências e percepções dos profissionais de saúde.

Tendo em consideração que essa problemática afeta inúmeros casais em idade reprodutiva gerando múltiplas implicações, o SUS deve estar capacitado para garantir o planejamento familiar de acordo a escolha do usuário quanto a ter ou não filhos, responsabilizando-se pela atenção integral à saúde do homem e da mulher (Lei do Planejamento Familiar, 1996).

Aliado a isso, as práticas de cuidado em saúde sexual e reprodutiva dos serviços de saúde são frequentemente direcionadas apenas à anticoncepção, pouco é abordado sobre o planejamento reprodutivo pautado no direito à procriação (Brasil, 2013).

Dessa forma, essa pesquisa se mostra importante haja vista que a compreensão dos profissionais a respeito da infertilidade e de suas repercussões pode refletir positivamente nas práticas de cuidado ofertadas. O estudo poderá contribuir com um maior conhecimento sobre a realidade da atenção prestada aos pacientes, destacando também as limitações e dificuldades encontradas, além de possibilitar reflexões e possíveis melhorias na qualidade da intervenção junto ao usuário.

Assim, diante do que foi exposto, o presente trabalho teve como finalidade: analisar a compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Vitória da Conquista – BA a respeito da assistência em Planejamento Reprodutivo destinada à infertilidade no contexto da atenção básica.

Para responder a essa questão foram traçados os seguintes objetivos:

- Investigar a compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família a respeito do Planejamento Reprodutivo;
- Identificar como os participantes compreendem a infertilidade e os impactos físicos, psíquicos e sociais que ela pode ocasionar;
- Investigar como os profissionais da Estratégia Saúde da Família percebem e operacionalizam a assistência à infertilidade, no âmbito da Atenção Básica, como parte do planejamento reprodutivo do usuário;
- Estruturar uma Oficina de Educação em Saúde destinada aos participantes como um dos produtos da pesquisa.

Primeira Parte:
Enquadramento Teórico

Ressalta-se que para a realização da revisão de literatura foi efetuado levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online – Scielo; Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia - Pepsic; Pubmed. Na busca foram utilizados os seguintes descritores: “infertilidade”, “infertility”, “planejamento familiar”, “planejamento reprodutivo”, “reproductive planning”; “atenção primária à saúde”, “atenção básica”, “primary health care”, de forma única ou combinada, além do google acadêmico para complementar a fundamentação teórica. Também foram consultados documentos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva e da Organização Mundial da Saúde.

Infertilidade Humana: Definição, Etiologia e Prevalência

A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva - ASRM define a infertilidade como uma doença que se caracteriza pela ausência de gravidez após o período de um ano de relação sexual regular e sem uso de métodos contraceptivos (Practice Committee of The American Society for Reproductive Medicine, 2013).

A infertilidade pode ser classificada como primária, quando o indivíduo nunca conseguiu alcançar a gravidez, ou secundária quando já houve pelo menos uma gestação prévia (WHO, 2020). De acordo com a pesquisa de literatura, as principais causas para a infertilidade são: fator masculino, fator feminino, fatores masculinos e femininos combinados e infertilidade sem causa detectada (Almeida et al., 2018; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, 2011; Geber et al., 2014; Kamel, 2010; Lamaita et al., 2018).

Para a FEBRASGO (2011), na mulher as causas estão relacionadas aos fatores:

- Ovulatório: refere-se à função ovulatória. É importante averiguar possíveis distúrbios como a síndrome do ovário policístico, distúrbios foliculares, disfunção tireoidiana e outros;
- Uterino: pode haver alterações na cavidade uterina como malformações, tumores, aderências, anomalias adquiridas, sequelas de infecções e inflamações e outros;
- Cervical: o canal cervical produz o muco responsável por proteger, migrar e armazenar os espermatozoides no sistema reprodutor feminino. Dessa forma, alterações nesse canal podem prejudicar a fertilidade.

- Tuboperitoneal: em algumas situações é necessário investigar patologias pélvicas, possíveis obstruções, aderências e infecções nas tubas uterinas que são por onde ocorre o transporte do espermatozoide para ser fecundado;
- Infertilidade sem causa aparente – ISCA: em alguns casos não é detectado causa mesmo após uma profunda investigação clínica. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, em que os exames não conseguem apontar resultados conclusivos.

Para Geber et al. (2014), o fator feminino é responsável por 40% dos casos de infertilidade, e as alterações mais importantes são: a anovulação (quando a ovulação não ocorre), obstrução tubárea, fator peritoneal, endometriose (quando há fragmentos do endométrio fora da cavidade uterina), e alterações uterinas.

Para identificar a patologia, são realizados a anamnese e o exame físico. Por meio deles é possível averiguar o tempo de infertilidade, idade da mulher, antecedentes obstétricos, menstruais e sexuais; antecedentes clínicos e cirúrgicos, além de hábitos comportamentais da paciente (FEBRASGO, 2011).

Um dos elementos mais destacados pelos autores no estudo da infertilidade tem sido a idade da mulher. Para Liu e Case (2011), esse é um dos componentes mais crucial que afeta o sistema reprodutor feminino. Os autores afirmam que mulheres com idade de 35 anos ou mais que apresentam vida sexual regular sem uso de métodos contraceptivos e que não conseguem alcançar a gravidez após o período de 6 meses devem buscar ajuda profissional para realizar uma avaliação de infertilidade. Para mulheres com idade inferior a 35 anos esse período pode ser estendido para 12 meses, exceto quando há fatores de risco que justifiquem a investigação precoce como endometriose em estágios mais avançados, dois ou mais episódios de abortos recorrentes, doença tubária ou uterina.

Segundo Geber et al. (2014), a idade da mulher é um importante marcador para o prognóstico, mantendo relação direta com a diminuição das chances de engravidar, além do aumento nas taxas de malformações do feto e de abortamentos.

A esse respeito, Meczekalski et al. (2016) explanam sobre a fertilidade feminina indicando que o seu pico ocorre na faixa dos 20 anos de idade e o seu declínio passa a ser significativo a partir dos 32 anos, com acentuação após os 37 anos. Com o avançar da idade crescem também os riscos de desenvolver doenças uterinas, endometrioses, miomas e problemas na saúde geral. De acordo com os autores, a infertilidade natural ocorre por volta de 8 anos antes da menopausa, quando a mulher passa a não ter mais capacidade reprodutiva.

Em vista disso, Liu e Case (2011) defendem a importância do aconselhamento para as jovens na faixa etária dos 20 e 30 anos a respeito da correlação direta do envelhecimento reprodutivo, caracterizado pela perda quantitativa de células reprodutivas na mulher, com o avançar da idade.

Já no homem, os fatores que levam ao desenvolvimento do quadro estão frequentemente associados às alterações dos parâmetros seminais, como a morfologia, concentração, motilidade e a vitalidade dos espermatozoides (Ferriani & Navarro, 2004). Pode ocorrer também de a fertilidade masculina ser reduzida devido a anormalidades genéticas, distúrbios endócrinos, fatores imunológicos, infecções urogenitais, varicocele e outros (Geber et al., 2014). Semelhantemente, alterações da função sexual, como por exemplo, a disfunção erétil, podem dificultar o acesso do sêmen ao colo do útero interferindo dessa forma, na capacidade reprodutiva do indivíduo (Souza et al., 2000).

Segundo Geber et al. (2014), o fator masculino é responsável de forma isolada por 40% dos casos, e 10% de forma conjugada à fatores femininos. A avaliação é feita por meio da análise da história clínica, avaliação do sêmen, do perfil hormonal e do exame físico (FEBRASGO, 2011).

Dados da WHO (2020) estimam que entre 48 milhões de casais e 186 milhões de pessoas no mundo apresentam dificuldades para engravidar. Esse índice nos casais em idade fértil pode chegar a 20% (Farinati et al., 2006). No Brasil, o número de casais em período reprodutivo que faz parte desse quadro ultrapassa duzentos e setenta e oito mil (Ramos & Moser, 2015).

Conforme afirmam Lamaita et al. (2018), as próximas décadas sofrerão com um aumento entre 5% e 10% de casos de infertilidade. Essas taxas costumam ser menores em países desenvolvidos e maiores em países em desenvolvimento, tendo em vista a restrição de recursos disponíveis para a investigação e o tratamento nessas localidades (Kamel, 2010).

Tannus e Dahan (2019) reforçam que o aumento constante de casos se deve às tentativas de procriação tardia e ao crescimento na prevalência da infertilidade masculina. Para Geber et al. (2014) a redução da fertilidade tem como explicação o fenômeno identificado pelos sociólogos como *A segunda Onda de Transição Demográfica*, caracterizada pelo maior interesse das mulheres na educação e carreira profissional, casamentos tardios e crescimento do número de divórcios. Essas alterações nos contextos demográficos tem como resultados o atraso da idade de concepção e um menor quantitativo de filhos por família.

Além desses elementos, Faria (2001) e Pinto (1998, citado por Amado, 2012) sublinham alguns fatores de aumento de risco no desenvolvimento da doença, dentre eles: obesidade, múltiplos parceiros sexuais, infecções sexualmente transmissíveis, exposição masculina a temperaturas altas, episódios de estresse e histórico de abortos. A esses componentes os autores ainda acrescentam as alterações do índice de massa corpórea (IMC) e o consumo abusivo de álcool, tabaco, maconha e cocaína. Tanto os quadros de obesidade quanto os de baixo peso extremo alteram a capacidade reprodutiva. Em mulheres com baixo peso, por exemplo, as gestações têm alto risco de parto prematuro e de abortamentos (Geber

et al., 2014). Orientações sobre a normalização do peso antes da gravidez devem ser feitas no sentido de evitar complicações obstétricas e fetais. De maneira similar, o consumo abusivo de álcool e outras drogas pode trazer prejuízos ao padrão ovulatório da mulher e interferir no equilíbrio hormonal e na espermatogênese (Geber et al., 2014).

Deste modo, é possível afirmar que a infertilidade envolve causas femininas e masculinas sendo necessário abordar o casal de forma individual e conjunta para uma melhor compreensão do quadro clínico. É importante analisar também os aspectos culturais, sociais, psicológicos e comportamentais que estão implicados nesse processo (Amado, 2012).

A assistência adequada e qualificada pode preservar os pacientes de desgastes emocionais e financeiros desnecessários, além de fornecer informações de maneira clara lhes tornando possível a tomada de decisões de forma consciente durante o percurso do tratamento.

A Infertilidade e Suas Implicações Psicossociais

A concepção e sua impossibilidade são temas retratados com preocupação em quase todas as civilizações nos diferentes tempos da história da vida humana. Percebida como símbolo de benção e meio de perpetuação da espécie, a fecundidade está atrelada a um forte valor social e pessoal (Amado, 2012).

Para muitos, a concretização da parentalidade é parte fundamental do seu processo de desenvolvimento e se esbarrar com obstáculos nesse percurso pode gerar desestabilizações na esfera pessoal, conjugal e social (Farinati et al., 2006).

Segundo Delgado (2007), nas últimas décadas o aumento do número de problemas associados a fecundidade tem sido uma realidade e concentra fatores físicos, psíquicos, sociológicos e ambientais na sua compreensão. A autora acrescenta que para os casais que

anseiam pela parentalidade, se defrontar com a impossibilidade de gerar filhos reflete em diferentes dimensões da vida exigindo uma reestruturação da identidade tanto na esfera individual quanto na conjugal. Assim, intrínseco a esse processo podem ser suscitadas diversas emoções como: medo, vergonha, desvalia, frustração, tristeza e até quadros de ansiedade e estresse importantes (Farinati et al., 2006). Os autores destacam que a infertilidade pode levar à revivescência de traumas do passado e a sentimentos de inadequação e desvalor, sendo difícil identificar o que torna a doença mais difícil, se a falta do filho esperado ou se os sentimentos de fracasso e perda.

Klonoff et al. (2001) apontam que a dificuldade para gerar filhos é considerada para muitos casais que enfrentam o diagnóstico o evento mais estressante de suas vidas. A incerteza vivenciada por eles quanto ao futuro – se conseguirão ter filhos ou não – se apresenta como uma fonte duradoura de estresse, além dos procedimentos diagnósticos e médicos, gastos financeiros, exposição da vida íntima aos profissionais, dentre outros (Delgado, 2007).

Rich e Domar (2016) descrevem que o impacto a nível social e emocional na vida do paciente que vivencia esse quadro pode ser opressor sendo capaz de dificultar a busca e a permanência no tratamento. No estudo de Domar et al. (2012), por exemplo, realizado com mulheres da França, Itália, Espanha e Alemanha, 72% das participantes relataram que uma das maiores barreiras emocionais nesse percurso é o medo de não conseguir a concepção após o tratamento. A pesquisa também apontou que 81% das entrevistadas que haviam buscado atendimento especializado desejaram ter procurado o tratamento previamente.

Ferreira (2014) ainda acrescenta a difícil tarefa que esses pacientes enfrentam de tomar decisões importantes que poderão afetar toda a vida deles, como: se continuarão a tentar a concepção pelos meios naturais, se renunciarão ao desejo da paternidade e

maternidade, se irão buscar ajuda especializada e começar os tratamentos ou se darão início ao processo de adoção.

A Vivência da Infertilidade no Homem e na Mulher e os Impactos do Diagnóstico na Vida Conjugal

Outro aspecto abordado na literatura se refere às diferenças na forma como os homens e as mulheres vivenciam o diagnóstico e o tratamento. Para alguns autores os impactos sociais e psíquicos são distintos nos dois grupos. As mulheres parecem sofrer maiores repercussões quando comparado aos seus companheiros e apresentam maior sintomatologia de stress, ansiedade, falta de controle e baixa autoestima (Cousineau & Domar, 2007; Gameiro et al. 2008) . Muitas vezes elas se sentem culpadas. Em seus discursos é possível perceber crenças de que são incompletas biologicamente ou de que estão sendo punidas por comportamentos que tiveram no passado (Amado, 2012).

Para Gameiro et al. (2008), o fato de os exames realizados no corpo feminino serem mais complexos e invasivos pode favorecer maiores níveis de ansiedade na mulher. Destarte, diversos estudos parecem apontar para uma vivência da infertilidade mais exigente para as mulheres, apesar de alguns autores questionarem se não há, por parte da literatura existente, um desmerecimento em relação ao impacto que a infertilidade tem sobre a vida dos homens (Amado, 2012).

Gomes (2007), por exemplo, ressalta que os homens experienciam sentimentos semelhantes as suas companheiras, principalmente em situações nas quais a causa da enfermidade está no componente masculino. Deve-se também considerar que os homens costumam ser mais reservados sobre o assunto evitando compartilhar o diagnóstico e o que estão sentindo com os amigos, familiares e equipe médica. Assim, eles expressam menos seus

sentimentos, o que pode gerar uma falsa impressão de que não estão sofrendo com o evento (Amado, 2012). Muitos acompanham os cálculos para saber o dia da ovulação da parceira na expectativa de um resultado positivo confirmando a gravidez. Para a autora, assim como as mulheres, eles sonham com seus “bebês imaginários”, como viveriam seus dias com seus filhos caso eles existissem. Porém, frequentemente isso não é partilhado pois existe o receio de serem vistos como impotentes e com pouca masculinidade (Cudmore, 2005; Wright et al., 1991).

A incapacidade de procriar, de engravidar uma mulher, pode levar a crenças de falta de masculinidade ou virilidade. A dor e a frustração sentidas pelo homem por não cumprir o seu “papel social” de perpetuar a espécie e de dar continuidade à família ainda são pouco abordadas (Amado, 2012).

Gomes (2007) em seu estudo considera que existem três estratégias adotadas pelos homens no enfrentamento da infertilidade: distanciamento (lidam com a doença como se ela não fosse importante e não o afetasse); autocontrole (preservam seus sentimentos na esfera privada e buscam impedir que a infertilidade prejudique seu cotidiano); planejamento (se dedicam à planos de ação, soluções alternativas como focar excessivamente na vida profissional). Em contrapartida, as mulheres confrontam diretamente o diagnóstico. Frequentemente se culpam pela doença, buscam mais apoio social nos amigos e em pessoas que também enfrentam o mesmo problema e fogem de situações que trazem perturbação, como por exemplo, ficar perto de bebês e gestantes.

Desta feita, para Amado (2012) a vivência da infertilidade é igualmente significativa para ambos os cônjuges. Porém, a cultura de gênero e as pressões sociais muitas vezes levam a respostas emocionais e comportamentais distintas.

De acordo com a WHO (2002), a dificuldade em gerar filhos pode também trazer repercussões na relação conjugal que passa a viver uma forte pressão perante a centralidade

que a problemática assume na vida dos membros envolvidos. Segundo Shahraki et al. (2019) o desenvolvimento de depressão, insatisfações na vida sexual, desentendimentos no relacionamento conjugal e ansiedade têm apresentado altos índices em casais que vivenciam o quadro. Ademais, a mulher que não consegue ter filhos apresenta maiores chances de sofrer violência, estresse emocional, depressão, baixa autoestima e divórcio (WHO, 2020).

Para Souza et al. (2017), o próprio tratamento pode ser um fator de risco para os casais diante dos diversos procedimentos invasivos, dolorosos e dispendiosos. Além do mais, o comportamento de um dos cônjuges pode refletir na resposta emocional do outro, podendo comprometer a qualidade da relação conjugal e sexual.

No entanto, os autores destacam que o modo como o casal vivencia a infertilidade depende da própria dinâmica conjugal que foi construída por eles, podendo intensificar os conflitos já existentes ou proporcionar maior união quando os parceiros se apoiam e mantêm o desejo de continuarem juntos independente do êxito no tratamento (Souza et al., 2017). Assim, o apoio emocional entre os cônjuges se apresenta como o fator mais importante para a qualidade da relação (Asazawa & Mori, 2015).

Os estudos demonstram relação no tempo de duração do tratamento com o aumento do sofrimento e dos conflitos conjugais (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Peterson et al., 2009). Após sucessivas tentativas fracassadas os problemas emocionais podem aumentar, principalmente nas mulheres. O medo reaparece todos os meses com a chance de alcançar a concepção, além do sentimento sucessivo de perda e fracasso (Cook 1987; Delgado 2007; Farinati et al., 2006). Assim, os riscos de desenvolver tanto ansiedade quanto depressão aumentam à medida que o tempo passa e o casal não consegue sucesso com os tratamentos (Ferreira, 2014).

Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde realizem o aconselhamento aos casais durante esse percurso (Flyckt & Falcone, 2019). Proporcionar um espaço de escuta

onde os casais possam abordar sobre seus medos, expectativas e fantasias pode ajudá-los no processo de elaboração de seus sentimentos e conseqüentemente na reestruturação perante às perdas e frustrações (Amado, 2012).

Assim, quanto mais os aspectos emocionais vivenciados são considerados, maiores são as possibilidades das equipes de saúde fornecerem meios para que esses usuários consigam elaborar o diagnóstico e administrar o processo de tratamento (Rich & Domar, 2016).

A Dimensão Social na Vida dos Pacientes que Vivenciam a Infertilidade

Outro âmbito da vida do indivíduo que sofre abalos refere-se ao aspecto social. Amado (2012) ressalta o alto valor social que a procriação apresenta. Em quase todas as culturas, de diferentes tempos, a capacidade em gerar filhos está atrelada ao significado de dádiva e ponte entre as gerações. Dessa forma, a ausência da reprodução é sentida como uma experiência não-normativa, imprevisível e dolorosa que se coloca como obstáculo frente ao desejo da maternidade e paternidade. Assim, a autora afirma que o fardo social negativo desse trajeto gera impasses a nível da filiação, do parentesco e da esfera social.

Desde a antiguidade a infertilidade é retratada como algo vergonhoso nas diferentes culturas, e mesmo na cultura moderna esses valores apresentam força considerável (Farinati et al., 2006). Conforme os autores, na vida social, os indivíduos inférteis podem se isolar por sentirem-se defeituosos, envergonhados, inadequados, e até mesmo por apresentarem dificuldades no convívio com crianças e casais que possuem filhos, por se tornar essa uma experiência extremamente dolorosa.

Com frequência relatam constrangimentos em situações sociais. É comum escutarem comentários desagradáveis vindos de familiares e amigos que os expõem perante outras

pessoas. Os indivíduos no entorno do casal, embora não de forma proposital, costumam demonstrar pouca sensibilidade. Esses comportamentos reforçam as crenças de inadequação, vergonha, incompreensão e de não aceitabilidade vivenciadas por eles. Como consequência, muitas vezes evitam essas interações levando-os ao isolamento e em alguns casos, até mesmo ao afastamento familiar (Amado, 2012).

É importante ressaltar que ao se sentirem desconfortáveis no meio social, esses casais provavelmente terão dificuldade de expor seus sentimentos e dificuldades. Dessa forma, a troca afetiva fica comprometida. Por um lado, o casal resiste em compartilhar a situação que está vivenciando, e por outro, os amigos e familiares evitam falar sobre o assunto, ou de maneira inadequada tecem comentários que desvalorizam a experiência do viver com a ausência de filhos (Amado, 2012). Assim, muitos decidem manter em segredo sua infertilidade.

Em muitas culturas a discriminação de homens e mulheres que apresentam dificuldades para procriar é extrema, sendo visto como um peso para o desenvolvimento socioeconômico da comunidade. Em alguns países, mulheres que não conseguem conceber são vítimas de ostracismo, sendo afastadas e excluídas de seu povo (WHO, 2010).

Assim, apesar de raramente a infertilidade ser acompanhada por dor física, internações e risco à vida, ela é capaz de desencadear diversas consequências sociais e psíquicas gerando conflitos e diferentes sentimentos e sensações (Melamed & Dornelles, 2020). Em virtude disso, é imprescindível que os profissionais compreendam o potencial traumático desse processo afim de acolher os pacientes, ajudá-los na elaboração de suas angústias além de levar informações e esclarecimentos sobre os recursos disponíveis (Ferreira, 2014).

Por possuir causas multideterminadas, a infertilidade, para além da dimensão puramente orgânica, exige intervenções capazes de abranger a dimensão emocional e o

contexto ambiental no qual está inserida. Nesse sentido, não podemos falar em tratar a doença, mas sim em tratar e acolher sujeitos, escutá-los em seu sofrimento. Ou seja, a infertilidade demanda um entendimento interdisciplinar, comprometido com os processos sociais, psicológicos e biológicos que estão interrelacionados e nela envolvidos. (Farinati et al., 2006).

Direitos Reprodutivos e Infertilidade

Os direitos reprodutivos se referem ao direito humano básico que qualquer indivíduo ou casal possui de exercer a sexualidade, de tomar decisões a respeito da reprodução e de ter acesso aos recursos e informações que permitam essa escolha de forma livre e consciente (Brasil, 2013). Embora a Organização das Nações Unidas - ONU tenha reconhecido esses direitos desde 1968 (Brasil, 2002), foi apenas em 12 de janeiro de 1996 que a Lei nº 9.263, sobre o Planejamento Familiar, foi instituída no Brasil. A lei inclui em seu conjunto de ações a regulação da fecundidade de forma igualitária para homens, mulheres ou casais, que anseiam ou não pela geração de filhos, garantindo em seu art. 9º a oferta de métodos tanto para a concepção quanto para contracepção (Lei do Planejamento Familiar, 1996).

A Constituição Federal de 1988 no § 7º do art. 226 também evidencia a responsabilidade do Estado Brasileiro na disponibilidade de recursos que garantam o exercício do direito ao Planejamento Familiar (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Por conseguinte, compete ao SUS implementar ações de cuidado em saúde dirigidas à procriação e à anticoncepção em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2013).

Nos últimos anos a expressão “Planejamento Familiar” vem sendo amplamente substituída pelo termo “Planejamento Reprodutivo” devido à sua conotação mais abrangente, tendo em vista que ele pode ser realizado de forma individual e fora do contexto familiar

(Brasil, 2013). O Planejamento Reprodutivo – PR se interessa pela defesa dos direitos sexuais e reprodutivos do indivíduo e é claramente contra qualquer imposição de instituições e de ações que visem o controle demográfico (Brasil, 2013).

Um dos principais marcos na efetivação desses direitos foi a instituição, em 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM compreendendo em seus aspectos a saúde reprodutiva como dever do Estado. Nela está apresentada a assistência em Planejamento Familiar, que inclui o cuidado à infertilidade como parte de seus objetivos e estratégias (Brasil, 2004). Da mesma forma, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH, em 2008, trouxe em suas diretrizes um conjunto de ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Dentre as medidas, a Política enfoca o Planejamento Reprodutivo masculino, o que integra a assistência em situação de infecundidade (Brasil, 2008).

Além desses importantes avanços, tem-se em 2005 a criação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida que define critérios técnicos para o funcionamento dos serviços de atenção básica, média e alta complexidade no tratamento da infertilidade, organizando dessa forma uma linha de cuidado integral que envolve a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, por meio de equipes multiprofissionais e interdisciplinares (Brasil, 2005).

Assim, à Atenção Básica compete ser porta de entrada na identificação dos casos de infertilidade por meio da anamnese e de exames clínicos e ginecológicos, além da realização de exames complementares para o conhecimento de diagnósticos básicos. À Média Complexidade cabe acolher e atender os encaminhamentos feitos pela Atenção Básica, prosseguir com os exames diagnósticos e promover assistência psicossocial e terapêutica. Por fim, os serviços de referência da alta complexidade devem estar habilitados para implementar

todas as ações diagnósticas e terapêuticas da média complexidade, e ainda a operacionalização da inseminação artificial e da fertilização in vitro (Brasil, 2005).

Portanto, torna-se fundamental que as equipes de saúde sejam orientadas sobre essas políticas e conquistas legais, além de receberem capacitações e educação permanente de forma que o conhecimento seja implementado nas práticas de atenção à saúde (Brasil, 2013).

O Papel e a Importância da Atenção Básica ante à Infertilidade

Características e Competências da Atenção Básica

Segundo Starfield (2002) a Atenção Primária é o dispositivo responsável pela coordenação dos sistemas de saúde que integra ações voltadas para a promoção, prevenção e proteção à saúde de forma integral e contínua, além de funcionar como porta de entrada no acesso da população a todos os níveis de atenção tanto básicos quanto especializados. Nela, os serviços se estruturam por meio de uma rede de cuidados articulada com vistas ao acolhimento das demandas dos usuários e da comunidade disponibilizando serviços de prevenção de agravos, diagnóstico, cura e reabilitação (Brasil 2013; Starfield, 2002).

O funcionamento da Atenção Básica ocorre por meio do trabalho em equipe e suas práticas de cuidado se dirigem a populações de territórios bem definidos pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários para acessar a Rede de Atenção à Saúde - RAS, e para isso é fundamental que o acolhimento, a construção de vínculos, a responsabilização e a resolutividade das necessidades de saúde sejam propriedades dos serviços que a integram (Brasil, 2013; Starfield, 2004).

Conforme Starfield (2002) destaca, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar fundamentada nos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Para que a unidade de saúde se torne o primeiro contato é substancial ser de fácil acesso à comunidade, de maneira que os indivíduos possam primariamente dirigir-se a ela ao demandarem cuidados. As pessoas são acompanhadas nas diferentes fases do ciclo da vida, desde o nascimento até o processo de envelhecimento, o que requer uma atenção cuidadosa ao longo do tempo, com construção de vínculo e de corresponsabilização. A relação entre os profissionais e a população deve ser contínua, independente da presença ou da ausência de problemas relativos à saúde. (Brasil, 2013; Starfield, 2002).

Outra característica importante desse dispositivo é a sua capacidade em coordenar as ações de saúde. Para isso, é preciso acessar a história anterior de atenção ao paciente (ações ou procedimentos que já foram aplicados) e as carências atuais, objetivando a resolução dos problemas e a oferta de uma assistência adequada. Essa gestão do cuidado deve proceder mesmo quando houver encaminhamentos para outros níveis de atenção, ocorrendo de forma integrada com os serviços especializados (Starfield, 2002).

A integralidade, sendo um dos atributos da APS, refere-se ao reconhecimento das diversas exigências de saúde e na mobilização dos recursos necessários. Aqui, é primordial integrar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação acionando os diferentes níveis da atenção de acordo com as demandas apresentadas. Desta feita, o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e entre equipes torna-se fundamental, tendo em vista que a presença de diferentes núcleos de competência profissional e a articulação entre eles amplia a capacidade de atender à população (Starfield, 2002).

Nesse sentido, a Atenção Básica deve ser a modalidade de atenção com o maior nível de descentralização e capilaridade. Ela também tem o papel de identificar os riscos e as

principais exigências de saúde e intervir por meio de uma clínica ampliada capaz de desenvolver a autonomia dos indivíduos e das coletividades. Além disso, ela deve coordenar o cuidado realizando articulações não apenas com os níveis secundários e terciários da atenção em saúde, mas também com outras estruturas das redes públicas, comunitárias e sociais (Brasil, 2012; Starfield, 2002).

No Brasil, a principal ferramenta de organização da Política Nacional de Atenção Básica é a Estratégia Saúde da Família. Criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, a ESF objetiva fortalecer as propostas da Atenção Básica e busca a consolidação dos vínculos entre profissionais, usuários e comunidade, além do contato permanente com o território e reconhecimento das necessidades da população (Oliveira & Pereira, 2013).

Assim, a despeito dos serviços da Atenção Primária prescindirem do uso de tecnologias de alto custo, o cuidado ofertado envolve alta complexidade, demandando uma abordagem abrangente sobre o indivíduo, a família e o território (Brasil, 2013). Conforme ressalta Raggio (2006, citado por Brasil, 2013), a atenção destinada à pessoa que sofre é a mais complexa de todas as ações envolvidas no cuidado em saúde. Maior do que qualquer agregação tecnológica, ela envolve as dimensões do corpo, cultura, mente, valores e alma, todas inseparáveis e imbricadas, produzindo singularidades.

Abordagem da Infertilidade na Atenção Básica

Diante das características e qualidades que a Atenção Básica apresenta, alguns autores destacam a sua potencialidade na assistência à infertilidade. De acordo com Ramos e Moser (2015), ela é o espaço propício para iniciar a investigação do diagnóstico, trazer esclarecimentos a respeito do processo reprodutivo e averiguar possíveis disfunções que possam interferir na fecundação, como hipertensão, diabetes, doenças infectocontagiosas,

obesidade mórbida e outros. Para isso, os profissionais devem realizar uma avaliação clínica individual e com o casal de forma a facilitar o processo de identificação e de tratamento da condição de saúde.

Dessa maneira, de acordo com o Ministério da Saúde - Cadernos de Atenção Básica de Saúde Sexual e Reprodutiva, é função desse âmbito realizar a anamnese buscando a compreensão sobre os aspectos atuais da problemática, dentre eles: duração de tempo que o casal está tentando a gravidez, assiduidade das relações sexuais, comportamentos relativos à vida sexual que possam dificultar a fecundação, tratamentos pregressos realizados devido às condições de saúde e outros (Brasil, 2013).

O Ministério da Saúde ressalta que esse é o momento favorável também para averiguar a história menstrual, obstétrica, pessoal e patológica pregressa. Aqui, vários elementos devem ser investigados. Dentre eles pode-se destacar: a análise dos ciclos menstruais, complicações em possíveis gestações anteriores, ocorrências de abortos e de gravidez ectópica anterior, história na família de casos de infertilidade, doença inflamatória pélvica, traumas, história de doenças infecciosas, exposições à agentes físicos e químicos, uso abusivo de substâncias psicoativas, exposição à eventos estressores e aspectos da vida conjugal (Brasil, 2013).

Ademais, à AB cabe realizar o exame físico no homem e na mulher. No primeiro caso, deve-se avaliar os testículos, escroto, epidídimo, pênis e a presença ou não de varicocele; na mulher, a análise aplica-se às mamas, vulva, clitóris, colo vaginal, mobilidade do útero, observação de possíveis malformações e de tumorações ou não na região pélvica, entre outras coisas (Brasil, 2013). Segundo os autores, em casos específicos, podem ser solicitados exames que são disponibilizados apenas no âmbito da atenção especializada, tais como: histerossalpingografia, biópsia do endométrio, ecografia transvaginal e pélvica.

Da mesma forma, de acordo com protocolo do ministério da saúde (Brasil, 2013), a atenção básica deve se responsabilizar pela realização de exames complementares e de vacinação, como:

- sorologia para sífilis;
- sorologia para hepatite B e C;
- sorologia para rubéola;
- sorologia anti-hiv;
- sorologia para toxoplasmose igg e igm;
- glicemia de jejum.

Em alguns casos é necessário o encaminhamento do casal para profissionais da ginecologia, urologia ou serviços especializados em infertilidade, de acordo a rede locorregional (Brasil, 2013; Lamaita et al., 2018). Os encaminhamentos devem ocorrer de acordo com os seguintes critérios:

- Mulher com idade menor que 30 anos, com vida sexual regular ativa e sem uso de métodos contraceptivos a mais de dois anos;
- Mulher com idade entre 30 e 40 anos, com vida sexual regular ativa e sem uso de métodos contraceptivos a mais de um ano;
- Mulher com idade entre 40 e 50 anos, com vida sexual regular ativa e sem uso de métodos contraceptivos a mais de seis meses;
- Casal com vida sexual regular ativa, sem uso de métodos contraceptivos e que possui fator dificultador para concepção como: obstrução tubárea, azoospermia etc. Não há limite de tempo estabelecido;

- Pacientes que apresentam dois ou mais episódios de interrupções gestacionais consecutivos.

Apesar das Portarias sustentarem esse atendimento, 72,9% dos municípios brasileiros não realizam as práticas necessárias destinadas à infertilidade (Costa et al., 2006). Ao explanar sobre o tema, Pedrosa (2005 como citado em Dias et.al, 2012) aponta a capacidade da Atenção Básica em solucionar 70% dos casos, por meio de ações e procedimentos de baixo custo. Ainda assim, os autores Dias et al. (2012) declaram que a atenção ofertada nas Unidades Básicas de Saúde frequentemente é, se não ausente, de baixa resolubilidade, repercutindo em encaminhamentos desnecessários à média e alta complexidade. O estudo de Thable et al. (2020) realizado no Canadá também apresenta resultados semelhantes mostrando que embora as taxas de infertilidade continuem crescendo a atenção primária demonstra pouca assistência nos cuidados a esses pacientes.

De forma similar, as pesquisas demonstram que os profissionais que atuam nesse contexto ainda não se sentem habilitados para o desempenho de atividades que envolvem o planejamento reprodutivo (Brasil, 2013). Em um estudo realizado com trabalhadores da atenção básica em Newcastle, na Inglaterra, por Wilkes et al. (2007), eles relataram a preferência pelo contato mínimo com o paciente infértil, sendo melhor para o casal o acompanhamento apenas pelo especialista da área. As explicações dadas pelos profissionais para essas afirmações referem a dificuldade em lidarem com a temática, sendo necessário tempo de estudo para manter-se atualizado, além da raridade com que casais com essa demanda procuram o serviço, produzindo poucas oportunidades para atuar nesse âmbito. Ademais, muitos não entendem o planejamento familiar como um direito básico de saúde, mas os serviços devem estar capacitados para ofertar métodos e ações de educação em saúde, envolvendo indivíduos, casais, e grupos, garantindo assim a informação e a liberdade de

escolha aos usuários. Em sua pesquisa, Wilkes et al. (2007) conclui que é preciso padronizar as práticas de trabalho na Atenção Primária visando melhorar o acesso dos pacientes aos serviços.

Para Thable et al. (2020), o cuidado na Atenção Básica deve voltar-se para orientar e ensinar o casal a identificar o período fértil, aumentar as relações sexuais nesse período e consequentemente as chances de gravidez, além de evitar comportamentos após o coito que dificultam a motilidade do espermatozoide até o útero. Da mesma forma, os usuários devem ser esclarecidos sobre os riscos de alguns fatores ambientais e comportamentais havendo a necessidade de modificá-los em prol de uma vida mais saudável que traga benefícios ao sistema reprodutor e à proteção do futuro feto, como o consumo abusivo do álcool e do tabaco, a obesidade, a exposição intensa à poluentes ambientais, e outros fatores (Cunningham, 2017; Rich & Domar, 2016; WHO, 2020). Na África e na América Latina, por exemplo, as infecções do sistema reprodutivo e as infecções sexualmente transmissíveis são importantes elementos que veem interferindo no aumento das taxas de infertilidade (WHO, 2020).

Educar os prestadores de cuidados do nível primário de atenção sobre as causas evitáveis e tratáveis da infertilidade é fundamental para que o conhecimento seja compartilhado com os usuários (Cunningham, 2017). É imperativo o conhecimento das equipes sobre as implicações da infertilidade e sobre o impacto que a intervenção profissional pode apresentar (Delgado, 2007).

Além desses fatores discutidos, Thable et al. (2020) sublinha um elemento substancial na atenção a esses pacientes: a construção de vínculo entre eles e a equipe de saúde. É imprescindível a abertura para a comunicação nesse percurso, tal como o trabalho contínuo com os usuários mesmo após o encaminhamento para outros serviços. A relação estabelecida

entre eles se apresenta como um forte fator na forma como o diagnóstico e o tratamento serão elaborados (Delgado, 2007).

Apesar do que foi discutido, a WHO (2020) declara que muitos países enfrentam dificuldades na disponibilização de recursos que promovam o acesso equitativo aos cuidados necessários, com destaque aos países de média e baixa renda, salientando que este é um problema de saúde pública que não é priorizado nas políticas nacionais. Falta financiamento público para o tratamento dos pacientes, profissionais capacitados e equipamentos, sendo esses elementos obstáculos a mais que dificultam o acesso de todos que necessitam dessa assistência. Assim, é necessário que as políticas nacionais de saúde reconheçam a infertilidade como doença, de forma a incorporá-la em suas rotinas. Além disso, é preciso assegurar que essas políticas sejam de fato implementadas nos serviços de saúde.

Recentemente a WHO (2020) publicou um documento no qual declara os seus objetivos referentes à infertilidade, dentre eles: colaborar com parceiros no desenvolvimento de pesquisas globais que abordem a epidemiologia e a etiologia; buscar dialogar com diversos países a respeito da temática, dentro dos parâmetros legais e políticos; gerar dados em torno do fardo dos problemas relacionados a respectiva doença, visando a alocação de recursos; estabelecer diretrizes acerca da prevenção, diagnóstico e tratamento para homens e mulheres; dialogar com os ministérios da saúde, centros acadêmicos, parceiros não estatais, e com a Organização das Nações Unidas - ONU.

Tendo em vista o que foi discutido, fica claro que a infertilidade é um problema de saúde pública que tem perturbado o bem-estar individual e familiar de homens e mulheres em um cenário que ainda apresenta barreiras e restrições no acesso a essa vertente do Planejamento Familiar. É fundamental que as dificuldades apresentadas na assistência à reprodução sejam estudadas de forma a repercutir em melhorias das ações em saúde disponibilizadas à população.

Segunda Parte:
Estudo Empírico

Percurso Metodológico

Para Minayo (2001, p. 16) a metodologia é “(...) o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Neste estudo, com o propósito de compreender e aproximar-se da realidade do objeto de estudo foi utilizada a pesquisa qualitativa exploratória-descritiva enquanto abordagem metodológica.

Natureza de Estudo

A pesquisa exploratória visa explorar os variados aspectos de uma situação, torná-la mais familiar e explícita, ao passo que a pesquisa descritiva tem como objetivo básico descrever as características de populações e de fenômenos visando a compreensão e a explicação do objeto investigado em seu atual estado (Gil, 2002).

Assim, tendo em vista a escassez de pesquisas que versam sobre a temática no âmbito do SUS, utilizou-se das respectivas perspectivas metodológicas, buscando a sua descrição e sua maior familiarização.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2001), se interessa pelos aspectos da realidade que não podem ser mensurados, buscando a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais de maneira profunda e subjetiva. Ela trabalha com o universo dos fenômenos humanos, como os significados, as crenças, os valores, os modos de pensar, as atitudes, dentre outros.

Esse tipo de abordagem permite descobrir processos sociais pouco conhecidos, relacionados a grupos particulares, além de possibilitar a reformulação e formação de novos conceitos durante a investigação (Minayo, 2004).

Dessa forma, a abordagem qualitativa que trabalha com as vivências, experiências e cotidianidade se apresentou como um importante caminho para a compreensão profunda dos modos de pensar produzidos pelos profissionais de saúde em torno do Planejamento Reprodutivo na assistência à infertilidade, no contexto da AB.

Cenário do Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista, cidade polo da macrorregião sudoeste do Estado da Bahia. A localidade apresenta extensão territorial de 3.254,186 km², população estimada de 343.643 pessoas e densidade populacional de 91,41 hab./km², segundo o Censo Demográfico 2021 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

O sistema de saúde do município apresenta 49 serviços da Atenção Básica, sendo 42 Unidades de Saúde da Família – USF, 48 equipes de Saúde da Família, e 07 Unidades Básicas de Saúde - UBS. Vitória da Conquista também possui 02 Academias de Saúde, dotadas de infraestrutura, equipamentos e profissionais. Esses equipamentos funcionam em articulação com outros serviços e sediam atividades do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF/AB. A cidade dispõe de três 03 serviços especializados de saúde mental para o tratamento de pessoas com transtorno mental grave e persistente: os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Ademais, o Centro Municipal de Atendimento Especializado – CEMAE contém 32 especialidades médicas e na alta complexidade a localidade possui 10 unidades hospitalares (Prefeitura de Vitória da Conquista [PMVC], 2019).

Esta pesquisa foi desenvolvida em 03 Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista - BA. A seleção ocorreu através da realização de um sorteio. Foram priorizadas as

unidades localizadas na zona urbana, tendo em vista que as taxas de fecundidade tendem a ser menores nessas regiões. A explicação para esse fenômeno pode ser em decorrência do maior acesso da população urbana aos métodos contraceptivos, aos serviços de planejamento familiar, ao desenvolvimento da carreira profissional e à educação (Fundo de População das Nações Unidas, 2018).

Dessa forma, foram selecionadas: a USF Nestor Guimarães, a USF Nelson Barros e a USF Recanto das Águas.

A USF Nestor Guimarães está localizada na zona urbana do município, na Praça José Arcanjo dos Santos, número 479, Bairro Jurema. Se caracteriza por ser um Centro de Saúde Municipal de gestão pública, e desenvolve atividades de assistência à saúde, como atenção ao pré-natal, parto e nascimento, telessaúde, clínica geral, imunização, saúde da família e, também serviço de vigilância em saúde (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – DATASUS, 2022). A unidade possui duas equipes de saúde, formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista, e auxiliar de dentista. A sua infraestrutura é constituída por: 01 recepção; 01 sala de procedimentos; 01 sala de vacina; 01 sala de vacina Covid-19; 01 sala de trabalho interno; 01 sala de esterilização; 01 copa; 01 sala de triagem; 01 sanitário masculino; 01 sanitário feminino; 01 consultório odontológico; 02 consultórios médicos; 02 consultórios de enfermagem.

A USF Nelson Barros está situada na Rua Ibiassucê, sem número, Bairro Patagônia, na zona urbana. É um Centro de Saúde que oferece serviço de assistência à saúde, como atenção ao pré-natal, parto e nascimento, telessaúde, saúde bucal, atenção primária, assim como investigação epidemiológica e notificação de doenças (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – DATASUS, 2022). O estabelecimento conta com três equipes de saúde que integram profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista, e auxiliar de dentista. A sua infraestrutura é constituída por:

01 recepção; 01 sala de vacina; 01 sala de esterilização; 01 copa; 01 farmácia; 01 sala de almoxarifado; 01 sanitário masculino; 01 sanitário feminino; 01 consultório odontológico; 02 consultórios médicos; 03 consultórios de enfermagem.

A USF Recanto das Águas está estabelecida na Rua V, número 1 – Loteamento Recanto D. Também faz parte da zona urbana do município e oferece serviços de consulta ambulatorial, atenção ao pré-natal, parto e nascimento, telessaúde, saúde bucal, atenção primária, NASF/AB e vigilância epidemiológica (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – DATASUS, 2022). O serviço possui uma equipe de saúde, formada por agentes comunitários de saúde, auxiliar em saúde bucal, dentista, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, educador físico e fisioterapeuta. A sua infraestrutura é constituída por: 01 sanitário para os usuários; 01 sanitário para os funcionários; 01 sala de vacina; 01 farmácia; 01 sala de curativos e laboratório; 01 consultório odontológico; 01 consultório médico; 01 sala de esterilização; 01 sala de almoxarifado/higienização; 01 sala de arquivo; 01 consultório de enfermagem; 01 cozinha; 01 espaço amplo semiaberto para as atividades do NASF/AB; 01 sala de teste do pezinho/nebulização; 01 sala de espera e 01 recepção.

Participantes da Pesquisa

As equipes de USF são compostas por diversas categorias profissionais que trabalham de forma interdisciplinar diante das demandas apresentadas pela população, propiciando o cuidado integral. Assim, embora as questões relativas ao Planejamento Reprodutivo sejam de corresponsabilidade de todos os elementos da equipe, este estudo se restringiu às categorias profissionais da enfermagem, técnico de enfermagem e medicina, tendo em vista o frequente endereçamento dessas demandas a essas especialidades, além da categoria profissional dos

agentes comunitários de saúde, diante da importância desses atores no vínculo com a população, nas atividades de educação em saúde e na aproximação dos usuários com o sistema de saúde.

Isto posto, foi prevista a participação de três integrantes de cada categoria profissional no estudo, a saber: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, totalizando 12 participantes.

A seleção de participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser profissional vinculado a uma das equipes de Unidade de Saúde da Família selecionadas;
- b) Estar inserido na equipe há pelo menos (06) meses.

Participaram do estudo nove profissionais, tendo em vista ocorrências como: desistência de participantes, falta de profissional de medicina com atuação mínima de seis meses em uma das Unidades e dificuldades em conseguir novos indivíduos que aceitassem participar do estudo.

Os dados sociodemográficos referentes aos participantes estão apresentados no quadro abaixo:

Tabela 1

Caracterização da Amostra

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Participante	Sexo	Idade	Profissão	Estado Civil	Ano de Conclusão da Formação	Tempo de Experiência na ESF	Formação Complementar em Saúde da Família ou em Área Correlata
--------------	------	-------	-----------	--------------	------------------------------	-----------------------------	--

01	F	37	Médica	Casada	2014	08 anos	Pós-Graduação em Saúde da Família
02	F	40	Enfermeira	Solteira	2005	13 anos	Pós-Graduação em Saúde da Família e em enfermagem do Trabalho com Ênfase na Saúde do Trabalhador
03	F	52	Agente Comunitária de Saúde	Casada	2013	09 anos	Não possui
04	F	37	Médica	Casada	2014	09 meses	Mestrado em Saúde Coletiva
05	F	38	Agente Comunitária de Saúde	Casada	2012	10 anos	Pós-Graduação em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família
06	F	41	Enfermeira	Casada	2009	10 anos	Não possui
07	F	47	Enfermeira	Solteira	2000	20 anos	Pós-Graduação em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família; Mestrado em Saúde Pública com Ênfase em Epidemiologia
08	F	43	Técnica de Enfermagem	Casada	2014	10 anos	Não Possui
09	M	32	Agente comunitário de Saúde	Casado	2018	04 anos	Pós-graduação em Saúde Mental e em Saúde da Família com Ênfase em Planejamento Familiar

Os dados sociodemográficos apresentados trazem informações a respeito das características dos participantes, como: sexo, idade, estado civil, tempo de formação, tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família e formação complementar na área ou área correlata. As idades dos participantes situam-se entre os 37 e os 52 anos. Quanto ao sexo,

apenas um participante corresponde ao sexo masculino e oito ao sexo feminino. No que se refere a categoria profissional, dos nove participantes (03) três são enfermeiras, (01) uma é técnica de enfermagem, (02) duas são médicas e (03) três são agentes comunitários de saúde. O tempo de conclusão da graduação ou de formação em Curso básico de Agente comunitário variou entre quatro e vinte e dois anos. O tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família situou-se entre nove meses e vinte anos. Verificou-se uma diversidade de formação complementar na área da saúde da família ou em áreas correlatas, sendo elas: Pós-graduação em saúde da família, Pós-graduação em enfermagem do trabalho com ênfase na saúde do trabalhador, Pós-graduação em saúde pública com ênfase em saúde da família, Pós-graduação em saúde mental, Pós-graduação em saúde da família com ênfase em planejamento familiar, Mestrado em saúde pública com ênfase em epidemiologia e Mestrado em saúde coletiva. Três participantes informaram não possuir curso de formação complementar na área ou em área correlata.

Verificou-se que, de forma geral, a temática ainda é pouca abordada pelos integrantes das equipes. Porém, é importante ressaltar que os profissionais da enfermagem demonstraram maior conhecimento sobre o objeto de estudo em questão. Ademais, não foram observadas diferenças importantes em decorrência das outras variáveis analisadas.

Instrumento de Coleta De Dados

Para a operacionalização da coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Bastante utilizada em pesquisas qualitativas, a entrevista permite acessar o pensamento do outro a respeito de um fenômeno, o que não seria possível apenas com a observação. Por meio do relato, o entrevistado compartilha suas crenças, opiniões, sentimentos e a sua experiência humana a respeito do que está sendo questionado (Duarte, 2004).

Segundo Minayo (2004), esse tipo de técnica apresenta perguntas fechadas e abertas e o participante possui a abertura de discorrer sobre o tema sem se prender à questão indagada. Dessa forma, o pesquisador tem a possibilidade de avançar em qualquer aspecto que julgar pertinente.

O entrevistador elabora previamente um conjunto de perguntas a serem aplicadas de forma semelhante a uma conversa informal, podendo no momento da entrevista adicionar questionamentos para dirigir a temática ao que interessa ao objeto de estudo, além de esclarecer aspectos que não foram compreendidos (Minayo, 2004).

Dessa forma, a partir da pesquisa de literatura e tendo em vista os objetivos do estudo, foi construído um roteiro visando apreender as práticas que integram a assistência à infertilidade na atenção básica, assim como as percepções, opiniões e crenças dos profissionais atuantes nesse contexto.

Dito isto, as questões versaram sobre a compreensão dos profissionais a respeito do Planejamento Reprodutivo, as percepções em torno da infertilidade e os seus impactos biopsicossociais, e as concepções e ações em saúde destinadas a temática da infertilidade no contexto da Atenção Básica (Ver Apêndice C). Foi aplicado também um questionário sociodemográfico para melhor caracterização dos participantes da pesquisa (Ver Apêndice B).

Procedimentos de Coleta

A coleta dos dados teve duração de dois meses (entre 01 de março e 30 de abril de 2022), em turnos e dias da semana variados. A pesquisadora se deslocou até os respectivos Centros de Saúde para realizar a seleção dos participantes.

No primeiro momento, foi apresentada a pesquisa aos membros das equipes (referentes às categorias profissionais delimitadas) presentes no local e disponíveis para esse primeiro contato. Tendo em vista que algumas Unidades eram compostas por mais de uma equipe, foi selecionado o primeiro integrante de cada profissão que consentiu em fazer parte do estudo, ou seja: o(a) primeiro(a) médico(a); o(a) primeiro(a) enfermeiro(a); o(a) primeiro(a) técnico(a) de enfermagem; o(a) primeiro(a) agente comunitário de saúde.

A pesquisadora compareceu às Unidades em momentos distintos com a finalidade de alcançar o número necessário de componentes que não havia sido atingido nas visitas anteriores. Após cada profissional afirmar seu interesse em integrar o estudo, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE de maneira a facilitar o esclarecimento sobre quaisquer dúvidas. Posteriormente, nos casos em que o trabalhador concordou em participar do estudo, efetuou-se o consentimento por meio de sua assinatura. O mesmo procedimento foi feito para a leitura, concordância, e devolução do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos.

A pesquisadora colheu o contato telefônico e e-mail dos participantes para posteriormente contatá-los e agendar o dia da realização da entrevista e do questionário sociodemográfico, de acordo com o dia e horário convenientes ao profissional. Foram fornecidas orientações a respeito da liberdade em desistir do estudo a qualquer momento sem que isso lhe ocasione penalidades. As entrevistas ocorreram de forma virtual, através de videochamada pela plataforma Google Meet e foram gravadas tendo em vista que os depoimentos seriam transcritos integralmente de forma a garantir a fidedignidade dos relatos. Em três situações as entrevistas ocorreram de forma presencial, por solicitação do participante, no local de trabalho e logo após o seu consentimento em participar do estudo. Nessas situações, o relato foi gravado por meio de gravador digital para o armazenamento dos áudios. O tempo de duração das entrevistas variou entre 20 e 40 minutos.

Procedimentos de análise

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, que se constitui como uma metodologia de pesquisa usada para detalhar e examinar documentos e textos objetivando a reinterpretação das mensagens e o entendimento de seus significados em um nível mais profundo (Minayo, 2004).

De acordo com (Minayo, 2001, p. 74), a respectiva técnica tem como função “a descoberta do que está por trás do conteúdo manifesto”. No presente estudo, o conteúdo analisado foi o *corpus* das entrevistas transcritas e foi empregada a análise temática, uma vez que as falas foram categorizadas por tema para melhor compreensão.

De acordo com Bardin (1997), a análise temática de conteúdo consiste em identificar as unidades de sentido que aparecem na comunicação e que apresentam significação devido à presença ou frequência com que se expressam.

A primeira fase da análise, identificada como pré-análise (Bardin, 1997), consistiu na leitura exaustiva e flutuante das entrevistas transcritas. Nessa etapa também foram identificadas as unidades de registro. Estas, referem-se aos recortes de sentidos realizados no texto. Na referida análise elas foram definidas em forma de temas, capazes de sintetizar o conteúdo expresso no material. Segundo Bardin (1997, p. 106), “o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” As unidades de contexto, importantes para a compreensão das unidades de registro, também foram estabelecidas nesse decurso.

A codificação, relativa à fase de exploração do material, refere-se à transformação da matéria bruta e segue critérios precisos. Esse processo abrangeu as seguintes etapas: o recorte do corpo do texto em unidades de sentido; a enumeração (presença, frequência e ausência); a

diferenciação e o agrupamento das unidades em categorias (conjunto de elementos agrupados sob uma classificação genérica).

O processo de categorização buscou traduzir da maneira mais adequada o sentido das unidades de registro. Para isso, o procedimento se baseou no entrelaçamento entre o enquadramento teórico, os objetivos da pesquisa e o conteúdo manifesto nas entrevistas.

A fase de interpretação dos resultados consistiu na análise das categorias estabelecendo as relações entre os dados obtidos e o referencial teórico situando-os em um contexto, colocando as informações em evidência e tornando possível a compreensão do fenômeno pesquisado.

É importante destacar que todo o procedimento de tratamento dos dados ocorreu de forma manual, desde a transcrição das entrevistas na íntegra até a interpretação dos dados. Outrossim, durante o processo de análise foram observadas as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 1997; Minayo, 2004).

Aspectos Éticos

A respeito dos aspectos éticos que envolve a pesquisa, Gibbs (2009) afirma que “A prática ética contribui para a qualidade de sua análise. Ao mesmo tempo, a análise mal - feita e mal relatada quase certamente é antiética” (p.129). O autor também destaca os danos e benefícios que toda pesquisa pode causar ao participante.

Assim, a pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ponderando os riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos, assegurando que os riscos previsíveis fossem evitados, assim como, a garantia da não maleficência, da dignidade e a autonomia dos participantes.

Os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa por meio do TCLE.

Isto posto, anterior à entrada no campo de estudo, a pesquisa foi submetida ao Polo de Educação Permanente em Saúde de Vitória da Conquista e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde - CEP-SERES HUMANOS - IMS/CAT – UFBA, e sua execução foi iniciada somente após a obtenção das autorizações.

(Ver anexo B).

Resultados e Discussões

Esta pesquisa teve como finalidade principal analisar a compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família a respeito da assistência em Planejamento Reprodutivo destinada à infertilidade, no cenário da atenção básica. As estratégias metodológicas realizadas permitiram acessar os relatos produzidos pelos participantes e construir uma rede de categorias e subcategorias decorrente da análise das falas. Este capítulo apresenta o sistema de categorias demonstrado no quadro abaixo, que servirá de referência para a apresentação e discussão dos resultados. Esta análise é ainda baseada no enquadramento teórico utilizado, no conteúdo dos dados coletados e nos objetivos do estudo.

Tabela 2

Sistema de Categorias decorrente da Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	
1. SIGNIFICADOS DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	1.1 Decisão individual sobre a vida reprodutiva de acordo desejo de constituir prole ou não.	_____
	1.2 Importante ferramenta que integra a Estratégia Saúde da Família	1.2.1 Assistência com foco na contracepção 1.2.2 Ferramenta que apresenta Limitações
	1.3 Política Pública de Saúde	1.3.1 Política de acolhimento e acompanhamento voltada para a vida sexual e reprodutiva principalmente das mulheres 1.3.2 Controle de Natalidade
2. CONCEPÇÕES A RESPEITO DA INFERTILIDADE	2.1 Conceituação da Infertilidade	2.1.1 Incapacidade de se reproduzir 2.1.2 Doença capaz de afetar o sistema reprodutivo masculino e feminino

3. IMPACTOS BIOPSISSOCIAIS DA INFERTILIDADE

2.2 Causas da Infertilidade

- 2.1.3 Dificuldade para alcançar a concepção após um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas
- 2.1.4 Infertilidade primária ou secundária

- 2.2.1 Infertilidade Congênita ou Adquirida
- 2.2.2 Idade da mulher como fator de risco

3.1 Impactos Sociais

- 3.1.1 A importância de deixar descendentes como uma questão cultural
- 3.1.2 Cobranças da sociedade
- 3.1.3 Isolamento do paciente
- 3.1.4 Desgaste na relação conjugal

3.2 Impactos Biológicos

- 3.2.1 Espera-se que seja um acontecimento biológico natural

3.3 Impactos Psíquicos

- 3.3.1 O desejo de ter um filho X sofrimento
- 3.3.2 Tristeza
- 3.3.3 Desânimo
- 3.3.4 Frustração
- 3.3.5 Incapacidade
- 3.3.6 Impotência
- 3.3.7 Depressão
- 3.3.8 Ansiedade

4. COMO O CUIDADO DESTINADO À INFERTILIDADE É OFERTADO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

4.1 Consulta de Planejamento Familiar

- 4.1.1 Identificação dos casos, anamnese, averiguação das causas, solicitação de exames e encaminhamentos
- 4.1.2 Exames realizados na ESF

4.2 Ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde

- 4.2.1 Inexistência de práticas
- 4.2.2 Desconhecimento sobre a existência de práticas
- 4.2.3 Ênfase na informação e disponibilização de métodos contraceptivos

4.3 Falhas na assistência

- 4.3.1 Baixa demanda
- 4.3.2 Baixa demanda de casos de infertilidade pela ausência de assistência

		4.3.3 Falta de busca ativa
		4.3.4 Falhas no acompanhamento do paciente após o direcionamento para outros níveis de atenção
	4.4 Dificuldades	4.4.1 Ausência de capacitações
		4.4.2 Falta de um fluxograma municipal
		4.4.3 Encaminhamentos aos serviços de referência ginecológica
		4.4.4 Diagnóstico etiológico
	4.5 Facilidades	4.5.1 Acolhimento e abertura da equipe
		4.5.2 Averiguação das causas e início do tratamento
		4.5.2 Apoio do NASF/AB
		4.5.3 Inexistentes
	4.6 Enfermagem como principal Responsável	_____
5. PERCEPÇÕES SOBRE O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA À INFERTILIDADE	5.1 Ineficiência do papel	5.1.1 Desconhecimento sobre o papel
		5.1.2 Incompetência do SUS
		5.1.3 Ausência de abordagem
		5.1.4 Necessidade da Atenção Básica exercer um cuidado
		5.1.5 Setor privado como principal referência para o tratamento de infertilidade
	5.2 Porta de Entrada	5.2.1 Identificação dos casos e tratamento inicial da infertilidade
6. O SEXO MASCULINO E O FEMININO NAS DEMANDAS REFERENTES AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	6.1 Planejamento Reprodutivo voltado principalmente para a saúde da mulher	_____
	6.2 A vivência do homem e da mulher ante a infertilidade	_____

Significados do Planejamento Reprodutivo

A primeira categoria de análise apresenta as diferentes perspectivas retratadas pelos profissionais acerca do Planejamento Reprodutivo. Os relatos expressaram compreensões que deram origem a três subcategorias, sendo elas: Decisão individual sobre a vida reprodutiva, Ferramenta que integra a Estratégia Saúde da Família e Política Pública de Saúde.

Tabela 3

Categoria de Análise: Significados do Planejamento Reprodutivo

Categoria	Subcategorias	Entrevistados	Frequência	
1. Significados do Planejamento Reprodutivo	1.1 Decisão individual sobre a vida reprodutiva	—	E1; E2; E3; E4; E5; E8; E9. 09	
	1.2 Ferramenta que integra a Estratégia Saúde da Família	1.2.1 Assistência com foco na contracepção	E1; E3; E4; E5; E6; E7; E8	10
		1.2.3 Ferramenta que apresenta Limitações	E6	02
	1.3 Política Pública de Saúde	1.3.1 Política voltada à vida sexual e reprodutiva principalmente das mulheres	E2; E5; E7	03
		1.3.2 Controle de natalidade	E4	02

O Planejamento Reprodutivo enquanto decisão individual do usuário sobre sua vida reprodutiva. Reflexões a respeito do direito de escolha!

A referência ao PR como uma decisão individual de homens e mulheres sobre a vida reprodutiva, de acordo com o desejo de constituição ou não da prole, foi um dos significados mais presente nos relatos: “Eu acho o planejamento reprodutivo fundamental para que a família tenha conhecimento sobre os métodos que estão disponíveis e possa decidir sobre aumentar a prole ou prevenir que isso aconteça” E3; “O planejamento envolve a questão da reprodução mesmo né, da pessoa decidir se ela quer ou não ter filhos” E4; “ (...) o planejamento familiar é aquela questão do ato de planejar a família né, que envolve tanto a questão de querer ter filhos, quanto a questão de evitar filhos” E5; “ (...) então o planejamento familiar é justamente pra isso, pra evitar a gravidez e muitas das vezes também pra planejar a família, querer ter um filho ou não ter” E8.

Sobre esse aspecto, é substancial ressaltar que a liberdade de escolha sobre a vida sexual e reprodutiva é um direito recente, resultado de um histórico de conquistas legais e políticas, de lutas pelos direitos humanos e pela igualdade de gênero (Brasil, 2013).

Apesar de os entrevistados, em sua maioria, referenciarem o Planejamento enquanto uma decisão do usuário, não houve narrativas que relacionassem essa decisão a um direito garantido por Lei ou pela Constituição. Destaca-se que é fundamental aos profissionais de saúde terem conhecimento a respeito dos avanços políticos e legais a fim de proporcionarem uma prática apropriada nos serviços de atenção à saúde em que atuam (Brasil, 2013).

Dois eventos devem ser mencionados, pois foram marcos fundamentais nesse processo: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD, realizada em 1994, no Cairo e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Pequim. A CIPD apresentou debates importantes a respeito da saúde da mulher, dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, além de contestar a entranhada relação estabelecida entre a pobreza e o crescimento populacional, elucidando, ao invés disso, a necessidade de promover o desenvolvimento do ser humano. Já a conferência realizada em Pequim reafirmou e

avançou no poder de decisão de homens e mulheres referentes às relações sexuais e à reprodução, livres de discriminação, violência ou qualquer manifestação de imposição (Brasil, 2013).

Ademais, desde 1988 a Constituição Federal confia ao Estado a garantia de meios que proporcionem ao cidadão o acesso ao planejamento reprodutivo (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Em seu título VII da Ordem Social, capítulo VII, art. 226, § 7º, ela declara:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

Em 1996, ocorre a instituição da Lei n.º 9.263 que regulamenta o Planejamento Familiar. Em seu art. 2º está descrito: “Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.” (Lei do Planejamento Familiar, 1996).

Nesse cenário, as políticas públicas de saúde são essenciais para a execução dessas medidas. Podemos destacar, por exemplo, a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, de 2005, que defende a capacitação dos profissionais da atenção primária em saúde sexual e reprodutiva e incentiva ações educativas voltadas para a população incluindo esclarecimentos a respeito da legislação referente ao Planejamento Familiar (Brasil, 2005a). Da mesma forma, podemos citar a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida que define critérios para o tratamento da infertilidade nos serviços da atenção primária, secundária e terciária que integram o SUS, como uma importante política voltada para aqueles que anseiam pela concepção, (Brasil, 2005b).

Planejamento Reprodutivo: uma eficaz ferramenta que integra a Estratégia Saúde da Família

Bastante presente no conteúdo analisado, sete entrevistados se referiram ao PR como uma importante ferramenta presente na Estratégia Saúde da Família. Eles destacaram a eficácia que as ações possuem para a comunidade e como elas já estão incorporadas na rotina das ESF: “é uma estratégia que é ofertada para acolhimento e atendimento do indivíduo, que é oferecido na estratégia de saúde da família e que desde a sua implantação eu acredito que vem surtindo bons efeitos” E6.

Dentre as práticas, mencionaram a oferta de métodos contraceptivos, as ações educativas voltadas para a comunidade, além de citarem outras atividades como a assistência ao pré-natal: “O planejamento envolve a questão da saúde da mulher, o uso de anticoncepcionais, as informações sobre eles e as doenças sexualmente transmissíveis né, e o pré-natal. Toda essa parte reprodutiva.” E4.

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica de Saúde Sexual e Reprodutiva do Ministério da Saúde, as atividades de Planejamento devem envolver ações voltadas para: a concepção ou anticoncepção, a orientação e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST’s, assistência ao pré-natal, ao puerpério, ao climatério e à menopausa na mulher, prevenção dos cânceres de colo de útero, de mama, de próstata e de pênis, acompanhamento e incentivo da participação ativa do homem e da mulher nas decisões individuais ou do casal, a oferta do método escolhido pelo usuário, entre outros (Brasil, 2013).

É importante salientar que, apesar de haver uma compreensão de que o PR se refere tanto à decisão de prevenir a gestação quanto de alcançar a concepção, ao abordarem sobre o

planejamento na ESF, foi dada uma maior ênfase nas práticas de saúde destinadas à anticoncepção:

O planejamento familiar é aquela parte que a pessoa chega pra não querer ter filhos, ou então um método né pra não engravidar por um tempo (...) o planejamento é aquela coisa, eu vou lá colocar o DIU, eu vou lá fazer uma vasectomia, uma laqueadura entendeu? Vou lá usar um contraceptivo. Mas sempre é essa parte de não ter filhos, entendeu? E1.

O planejamento, ele é uma ferramenta que dentro da estratégia da família é uma das mais utilizadas aqui. O pessoal usa bastante, tem uma eficácia muito grande, entendeu? Principalmente quando a gente trabalha nessa parte de orientação e de prevenção né, funciona bastante. O planejamento já começa desde a adolescência, o adolescente masculino, feminino, até a fase adulta né, porque muitos adolescentes já começam a vida sexual muito cedo. E8

Historicamente, o Planejamento Reprodutivo nos serviços de saúde tem sido, se não restrito à contracepção, praticamente inexistente nos outros aspectos (Brasil, 2013). Segundo Luiz et al. (2015) muitas vezes ele é apresentado como sinônimo de prevenção nas atividades realizadas pelas equipes de saúde, não havendo assistência para as demandas de infertilidade e de concepção. Frias et al. (2019) em seu estudo trazem apontamentos interessantes a respeito dessas práticas na atenção básica. Para eles, as ações de Planejamento com frequência se destinam apenas aos usuários que se inscrevem neste grupo, no qual a anticoncepção é o foco. Dessa forma, indivíduos que enfrentam dificuldades para engravidar poderão não receber a assistência que necessitam. Alguns estudos apresentam resultados

semelhantes apontando a evidência dada a esses métodos em detrimento de outros elementos, como as informações sobre IST's, sexualidade, prevenção de cânceres de colo, de útero, pênis e próstata, e outros (Dias et al., 2012; Frias et al., 2019; Heilborn et al., 2009; Luiz et al., 2015; Moura & Silva, 2007; Santos et al., 2015).

Torna-se fundamental buscar compreender as razões pelas quais as ações se encontram ainda limitadas e fornecer meios para que os profissionais possam operar esse cuidado com maior resolubilidade, conforme o que está proposto em Lei.

É importante também destacar que as práticas de Planejamento devem estar inseridas em todos os níveis de atenção à saúde, não sendo de competência única da Atenção Básica promover essa assistência, mas ao Estado Brasileiro cabe ofertar a atenção integral à saúde reprodutiva dos usuários em todas as instâncias gestoras do SUS (Brasil, 2013).

Além desses fatores, a presença de limitações no exercício do Planejamento Familiar foi também retratada.

(...) o planejamento apresenta algumas limitações ainda. A gente tem algumas limitações que partem da comunidade, porque não procuram de forma efetiva o serviço e limitações também por parte da própria atenção básica, do serviço público de saúde, que não oferece de forma ampliada tudo o que o planejamento familiar poderia oferecer pra comunidade, como os métodos contraceptivos. Eles não são fornecidos de forma ampla né (...) o planejamento reprodutivo tem sido focado basicamente mais na contracepção. E6

Esses dados corroboram com o estudo de revisão bibliográfica realizado por Casarin e Siqueira, em 2010, que aponta deficiências no PR em decorrência das dificuldades encontradas pelos profissionais em acessar os meios e métodos necessários para assim,

ofertar toda a assistência que possibilite, de fato, a regulação da fecundidade pelos pacientes.

Para Costa et al. (2006) a implementação do Planejamento Familiar no SUS ainda precisa superar barreiras, como a oferta de métodos contraceptivos, a organização das atividades e da organização dos serviços com as práticas clínicas e educativas, e principalmente a atenção à infertilidade.

Uma Política de Saúde Pública voltada para a vida reprodutiva dos cidadãos

Observou-se ainda haver uma compreensão do Planejamento enquanto uma Política de Saúde Pública destinada à vida reprodutiva dos usuários, que visa, além de uma avaliação meramente física, os aspectos psicossociais envolvidos nessa dinâmica:

Então, o planejamento reprodutivo funciona como uma política de saúde pública que visa o acompanhamento das mulheres em idade fértil, tanto a mulher quanto o parceiro né, se ele se sentir também participante do processo, tendo em vista uma avaliação física, objetiva, global e emocional daquela paciente acerca das concepções que ela tem do seu período reprodutivo, dos meios de concepção que podem ser possíveis para ela... é uma política que vai englobar todo esse processo de vida sexual ativa da mulher, visando tanto a concepção quanto também o processo de proteção.

E2.

De acordo com Santos e Freitas (2011), o PR deve abranger uma perspectiva ampla que considere a história de vida dos usuários, da família de origem, as crenças, os valores tendo em vista que esses são elementos importantes na construção da família que está se

formando. As características individuais e familiares devem ser observadas de forma a não adotar uma conduta verticalizada, mas ao invés disso, tornar os usuários ativos nesse processo.

Nos discursos, atentou-se para a ênfase dada à mulher enquanto centro de interesse dessa política. De acordo com os Cadernos de Saúde Sexual e Reprodutiva da Atenção Básica, deve-se incentivar as parcerias de forma igualitária entre os gêneros, com responsabilidade compartilhada sobre a paternidade, a criação dos filhos e a prevenção de gestações indesejadas (Brasil, 2013). O cuidado fornecido aos usuários referentes à vivência da sexualidade e à reprodução frequentemente tem sido centralizado no elemento feminino. É fundamental que estratégias visando a abordagem do homem e seu comprometimento com as questões relativas ao Planejamento possam efetivamente ocorrer. Como afirmam Santos et al. (2015), o Planejamento Reprodutivo é uma estratégia que deve considerar a unidade familiar e não apenas o componente feminino.

Ademais, houve relatos que associaram o Planejamento Reprodutivo à uma política de controle de natalidade: “é uma política de saúde, que a gente informa, orienta o paciente né e tem esse controle de natalidade, de aumento populacional mesmo” E4.

O estudo de Santos e Freitas (2011) afirma que ainda existem práticas de planejamento familiar voltadas para o controle da natalidade. A cartilha de Saúde Sexual e Reprodutiva, elaborada pelo Ministério da Saúde, descreve que o declínio da fecundidade está presente em todas as regiões e estratos sociais do Brasil, desde a década de 80. Apesar dessa mudança, não houve alterações importantes no cenário social e econômico, ao invés disso, segundo relatórios do Banco Mundial foi observada uma acentuada concentração de renda nas últimas décadas (Brasil, 2005a).

Dessa forma, torna-se fundamental ressaltar que o Estado brasileiro se contrapõe a qualquer comportamento coercitivo que possa trazer imposições sobre a vida reprodutiva de

seus cidadãos, e defende que a superação das desigualdades e da pobreza não deve se relacionar com o controle do crescimento populacional. Requer, na verdade, a implementação de políticas capazes de fornecer meios para o desenvolvimento sustentável e a distribuição igualitária das riquezas (Brasil, 2005a).

Portanto, o Planejamento Reprodutivo se configura como um direito humano básico garantido pela Constituição, por Lei e assegurado por políticas públicas de saúde. Deve ser garantido pelo Estado e exercido de forma igualitária entre homens e mulheres. Isto posto, os serviços de saúde devem estar capacitados e equipados para acolher, escutar, orientar, fornecer os métodos e técnicas necessários e possibilitar de fato, que o usuário seja atendido em suas necessidades sem que sofra danos à saúde e/ou à vida (Lei do Planejamento Familiar, 1996).

Concepções a respeito da Infertilidade

Essa categoria tem a finalidade de apresentar as percepções dos participantes a respeito da infertilidade, a partir da análise realizada. Foi possível identificar duas subcategorias que envolvem respectivamente: a conceituação sobre a infertilidade e as causas da doença. No quadro 04 estão apresentadas as informações demonstrando as categorias e a frequência com que os conteúdos apareceram nas falas.

Tabela 4

Categoria de Análise: Concepções a respeito da Infertilidade

Categoria	Subcategorias	Entrevistados	Frequência	
2. Concepções a Respeito da Infertilidade	2.1 Conceituação da Infertilidade	2.1.1 Dificuldade em se reproduzir	E3; E4; E5; E6; E7; E9	06
		2.1.2 Doença capaz de afetar o sistema	E1; E3; E5; E6; E7; E8	07

		reprodutivo masculino e feminino			
	2.1.3	Dificuldade para alcançar a concepção após um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas	E2	01	
	2.1.4	Infertilidade primária ou secundária	E1; E2; E7	03	
2.2	Causas da Infertilidade	2.2.1	Infertilidade congénita ou adquirida	E1; E2; E4	03
		2.2.2	Idade da mulher como fator de risco	E1; E2	02

Conceituações da Infertilidade: “não conseguir se reproduzir”; “um problema no órgão”; “impossibilidade da pessoa, seja homem ou mulher, de procriar”.

Diferentes perspectivas a respeito da infertilidade foram explanadas. Na maioria dos relatos, o termo foi associado à dificuldade que homens e mulheres podem apresentar para alcançar a gravidez. Nas palavras de E9 “A infertilidade é um problema no órgão, como qualquer outra patologia. Não é normal a pessoa tentar engravidar e não conseguir, tá doente, precisa de um acolhimento, um tratamento.” O participante E7 afirma perceber a infertilidade como “a dificuldade que um casal, ou o casal ou um dos, tem dificuldade de ter uma concepção “. Para o entrevistado E6 “A infertilidade é a dificuldade ou impossibilidade da pessoa, seja homem ou mulher, de procriar e deixar descendentes (...)”.

A percepção da infertilidade como uma doença capaz de afetar tanto o homem quanto a mulher é um dado importante, tendo em vista que as porcentagens de problemas associados à fecundidade são muito similares entre os sexos, podendo até mesmo, em alguns casos,

afetar ambos os componentes do casal (Geber et al., 2014). Diante disso, é fundamental que o acompanhamento seja realizado com o casal e não apenas de maneira individual.

Apesar de os profissionais discorrerem sobre esses aspectos, foi observado que os relatos foram mais superficiais e que foram pouco abordados os elementos necessários para a realização do diagnóstico, como o tempo e a frequência da atividade sexual. Apenas um deles apresentou esses dados, destacando a necessidade de o casal estar há pelo menos um ano com vida sexual regular ativa e sem uso de métodos contraceptivos:

A infertilidade, como um diagnóstico, é aquele paciente que está tentando sem uso de métodos contraceptivos e com frequência de atividade sexual de três vezes por semana, e essa tentativa é durante pelo menos um ano. Passado um ano, não identificado questão básica, e que durante um ano não consiga engravidar, a gente pode identificar esse casal como uma possível infertilidade. E2

Os estudos de Dias et al. (2012) e de Moura et al. (2013) realizados com enfermeiros apresentaram resultados similares. A maioria dos participantes demonstrou não ter conhecimento a respeito da assiduidade sexual e do período mínimo de tentativas para alcançar a gravidez, necessários para efetuar o diagnóstico. Segundo a WHO (2020), esse período equivale a um ano de vida sexual ativa e sem proteção, com a frequência de no mínimo duas relações sexuais por semana. Para Dias et al. (2012), o desconhecimento sobre esse dado pode ter como resultado erros no diagnóstico e a falta de orientações adequadas que possam resultar na concepção desejada. Outra consequência refere-se aos encaminhamentos desnecessários sobrecarregando o sistema na média e na alta complexidade.

Alguns participantes, porém, poucos, discorreram sobre os tipos de infertilidade, apesar de não terem utilizado os termos técnicos apresentados na literatura e nos documentos do ministério da saúde, a saber: infertilidade primária e infertilidade secundária. “Tem aquela infertilidade de não conseguir de jeito nenhum e tem aquela após a primeira gestação. Tem mulheres que tem o primeiro filho e depois apresentam dificuldade para ter outra gestação” E7.

Moura et al. (2013) e Dias et al. (2012) relataram em suas pesquisas o pouco conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes na Atenção Primária sobre os tipos de infertilidade. Entender essa classificação é fundamental para eleger a conduta mais adequada, assim como, direcionar a entrevista de forma mais resolutiva (Moura et al., 2013).

É importante ressaltar que a maioria dos profissionais apresentou inseguranças ao abordar sobre o assunto, demonstrando que esse conhecimento ainda é raso. Alguns mencionaram que era a primeira vez que paravam para refletir sobre a infertilidade, por ser essa uma temática inexistente em suas práticas. À vista disso, é imprescindível que os trabalhadores dos serviços de saúde se familiarizem com o tema, os conceitos, o diagnóstico, as causas, para que assim possam assistir e orientar os usuários de acordo com o direito instituído a eles.

Causas da Infertilidade: infertilidade congênita, infertilidade adquirida e idade da mulher

Outro ponto a ser discutido nessa categoria refere-se às causas da infertilidade mencionadas nas entrevistas. Apesar de ter sido pouco exposto, considerou-se que o paciente infértil pode apresentar a forma congênita ou adquirida da doença: “Existe a forma adquirida e congênita né. A infertilidade seria a pessoa não conseguir fertilizar né, não conseguir se reproduzir, não conseguir engravidar, não conseguir ter descendentes” E4. Também houve

pouca exposição a respeito dessas formas, tendo sido explanadas de maneira mais detalhada apenas por um participante, como será demonstrado abaixo:

(...) a gente pode ter a síndrome do ovário policístico, uma insuficiência de progesterona ou até mesmo outras alterações endócrinas do nível do TSH, do eixo do hipotálamo, por exemplo. Pode também tá relacionado com causas físicas e a gente tem, por exemplo, a endometriose, e pode também tá relacionado a alguma alteração da morfologia do útero, das tubas. Também pode haver alguma insuficiência ovular em termo de produção hormonal ali do ovário. Então dentro das causas de infertilidade a gente tem um leque muito grande. E2

Sabe-se que são diversas as possíveis causas para infertilidade: fatores ovulatórios, uterinos, cervicais, tuboperinatais, alterações dos parâmetros seminais, dentre outros (FEBRASGO, 2011). É papel das equipes buscarem atualizar-se a respeito desse conhecimento e dos gestores de saúde promoverem capacitações para que os profissionais possam atuar de maneira segura e responsável (Moura et al., 2013).

A idade da mulher também foi referenciada como um fator de preocupação para a concretização da gravidez. Um entrevistado apontou a falência ovular como um dificultador:

As mulheres começam a perceber que lá por volta dos 35, 36, 37 anos começa a ter essa dificuldade. Muitas das vezes são pacientes que já tiveram o primeiro filho, mas que estão entrando nesse processo aí da falência ovular. E2.

Eu tenho exemplos de pessoas que teve filho e agora já tá assim com idade de 30, 35 anos e tá correndo atrás de tá fazendo essas consultas e não tá conseguindo, e tem aquela pressa por causa da idade. E1

Embora tenha sido pouco abordada pelos participantes, a idade da mulher é um dos principais fatores associados à infertilidade feminina. O esgotamento do ócito com o envelhecimento além de provocar alterações no ciclo aumenta o risco de aborto e de anormalidades cromossômicas (ASRM, 2002). A Atenção Básica tem um papel crucial na orientação das mulheres em idade fértil a respeito desse dado (Liu & Case, 2011)

Vale mencionar que alguns fatores ambientais, sociais e psicológicos podem também trazer malefícios à fertilidade, tais como: o adiamento do primeiro filho, o início precoce da vida sexual, o aumento do uso de métodos anticoncepcionais, o aumento das infecções sexualmente transmissíveis, a prática mais generalizada do aborto, a exposição em excesso à toxinas, o aumento do estresse, a exposição prolongada a altas temperaturas, a atividade física excessiva entre outros (Faria, 2001; Pinto, 1998 citado por Delgado, 2007). É indiscutível a necessidade de conhecer as causas da doença para realizar uma assistência adequada aos pacientes. Além disso, educar a população a respeito dos aspectos que podem promover a saúde reprodutiva e alertá-los sobre a prevenção, pode proteger homens e mulheres de um futuro quadro de infertilidade.

Impactos Biopsicossociais da Infertilidade: “Quando a pessoa tem muita vontade de ter filhos e não consegue, tudo na vida da pessoa passa a girar em torno disso aí”.

Para Cook (1987), a descoberta da infertilidade pode provocar uma intensa e longa crise biopsicossocial, principalmente quando existe uma grande expectativa com relação à vivência da paternidade e maternidade. Segundo Mazor (1980 citado por Cook, 1987), para muitos adultos, tornar-se pai ou mãe é parte essencial e inerente ao desenvolvimento humano. Assim, a incapacidade em se reproduzir, para esses indivíduos, pode levar a interpretação de que houve falhas no seu desenvolvimento. Algumas pessoas podem ainda vivenciar a

sensação de que nunca se tornarão verdadeiramente adultos (Mazor, 1984 citado por Cook, 1987). Cook (1987) também afirma que esses pacientes lidam com emoções complexas e raramente encontram nas pessoas ao redor a ajuda de que necessitam para elaborar esse processo.

Diante da importância de se compreender as implicações inerentes ao diagnóstico e ao tratamento, um dos objetivos da entrevista consistiu em acessar as perspectivas dos profissionais a respeito dos impactos biopsicossociais. Nesta categoria, estão apresentadas as repercussões sociais, físicas e psíquicas explanadas pelos participantes. Os fatores psicológicos foram os mais abordados e apontados pela maioria como os mais predominantes. De forma similar, os entrevistados versaram acerca das implicações sociais envolvendo os relacionamentos com a família, amigos e cônjuges. Os aspectos físicos também estiveram presentes, mas foram pouco mencionados nos discursos.

O quadro a seguir apresenta as informações referentes à respectiva categoria:

Tabela 5

Categoria de Análise: Impactos Biopsicossociais da Infertilidade

Categoria	Subcategorias	Entrevistados	Frequência	
3. Impactos Biopsicossociais da Infertilidade	3.1 Impactos Sociais	3.1.1 A importância de deixar descendentes como uma questão cultural	E2	01
		3.1.2 Cobranças da Sociedade	E6; E7; E8	04
		3.1.3 Isolamento	E1	01
		3.1.4 Desgaste na Relação Conjugal	E5; E7	02
	3.2 Impacto Biológico	3.2.1 Espera-se que seja um	E4, E6	02

		acontecimento biológico natural		
3.3 Impactos Psicológicos	3.3.1 O desejo de ter um filho X sofrimento		E1; E2; E3; E6	05
	3.3.2 Tristeza		E1; E3; E6	03
	3.3.3 Desânimo		E1; E3; E6	03
	3.3.4 Frustração		E1; E3; E6	03
	3.3.5 Incapacidade		E5; E6; E9	02
	3.3.6 Impotência		E5; E6; E9	02
	3.3.7 Depressão		E4; E7	03
	3.3.7 Ansiedade		E7	02

Os Impactos Sociais do Viver sem Filhos

Apesar de a infertilidade ser um problema pouco retratado, ela ressoa no meio social provocando respostas. Percebida muitas vezes como um processo natural e sem complicações, a concepção, quando não alcançada, costuma gerar questionamentos e comentários, por vezes, embaraçosos. Unir-se à outra pessoa e tornar-se pai ou mãe é praticamente um ritual, uma ordem cultural intrínseca ao viver em sociedade. Frequentemente, não se considera o desejo do casal, nem se pondera a possibilidade de existirem dificuldades ou limitações, tornando essa experiência constrangedora e dolorosa.

Ao discorrerem sobre os impactos sociais na vida do indivíduo infértil os entrevistados referenciaram as pressões da sociedade e os desgastes na vida do casal como os elementos mais presentes: “Afeta também o relacionamento, tanto da mulher com o cônjuge, quanto com a sociedade, porque tem uma cobrança da sociedade né, dos familiares” E7; “Pode interferir no relacionamento do casal, no trabalho, então tem impactos sociais além dos impactos psicológicos. Então vai interferir na vida como um todo” E5; “Gera um sofrimento emocional muito grande, e tem a cobrança da sociedade, da família” E6.

Esses aspectos foram percebidos no estudo de Amado (2012). Segundo a autora, os homens sentiram as mudanças na vida social. A relação conjugal de alguns passou a apresentar desconfianças, e no trabalho, tiveram dificuldades para conciliar a rotina de consultas com a vida laboral.

O profissional E1 destacou que o paciente infértil não sofre cobranças da sociedade, todavia costuma se isolar do convívio social:

Na sociedade não interfere das outras pessoas para com o paciente, mas essa pessoa em si acho que ela por causa desse sofrimento ela pensa: nossa, tem uma festinha ali e eu não vou ser convidada, não tenho filho. Ai já é uma tristeza pra ela né. É um detalhe, é uma festinha, mas aquilo na cabeça dela, ela já sofre por causa daquilo ali, entendeu? Ela pensa: poxa eu não vou, eu não vou ser convidada porque eu não tenho filho. Então quando a pessoa tem muita vontade de ter filhos e não consegue, tudo na vida da pessoa passa a girar em torno disso aí. E1

Apesar de esses fatores terem sido pontuados, não houve narrativas que aprofundassem no tema. Nota-se a insuficiência ainda de informações a respeito desses fatores e a importância de capacitar os profissionais diante da relevância que o assunto assume na vida dos indivíduos.

Para Cook (1987) o comportamento que alguns indivíduos passam a ter de se afastar dos amigos e familiares pode ocorrer em decorrência dos receios de sofrer constrangimentos, receber conselhos de forma invasiva ou inapropriada, sentir que as pessoas estão com pena, ou ver alguma reação que possa trazer danos emocionais. Assim, evitam compartilhar o problema. De acordo com Cedars (2005), o isolamento da vida social pode vir a ocorrer pela crença de que não serão compreendidos na dor que sentem. Porém, esconder o que estão

vivenciando ou evitar o contato social pode intensificar os pensamentos de serem inábeis para enfrentar a situação e afastá-los de um possível apoio (Mahlstedt, 1985; Mazor, 1984 citado por Cook, 1987; Menning, 1980). Da mesma forma, alguns pacientes se esquivam de qualquer situação relacionada à gravidez ou à criança que possa trazer sensações dolorosas, como chás de bebês, dia das mães, dia dos pais, aniversários infantis, restringindo assim o contato social (Delgado 2009; Menning, 1980).

Segundo Menning (1980), esse afastamento pode ocorrer também na vida conjugal. A despeito de ser uma experiência compartilhada, os sentimentos de cada um perante o diagnóstico e tratamento podem ser diferentes. Além do mais, existe a possibilidade de os comportamentos divergirem gerando empecilhos no diálogo. Um dos componentes do casal, por exemplo, pode se sentir bem ao compartilhar a doença com outras pessoas, enquanto o outro acredita que o melhor a fazer é deixar a questão para ser abordada apenas no âmbito privado e com a equipe de saúde (Goodman & Rothman, 1984). O homem pode apresentar dificuldades para conversar com a mulher sobre o assunto, o que pode ser interpretado como indiferença e desinteresse. Ao passo que a intensidade com que a mulher se dedica a buscar soluções e formas de lidar com o evento, pode fazer o parceiro se sentir pressionado ou até mesmo excluído (Goodman & Rothman, 1984).

A vida sexual do casal é outro fator afetado nesse processo. As pressões para alcançar a gravidez podem gerar impotência e tornar o ato um momento voltado apenas para a concepção, sem investimento no afeto e no prazer presentes na relação sexual (Drake & Grunert, 1979). De acordo com Amado (2012) o sexo perde a sua espontaneidade passando a ser visto como obrigação e a gerar dúvidas sobre a capacidade e o desempenho do casal na vida reprodutiva.

Assim, todos esses aspectos podem levar o casal a sofrer desgastes no relacionamento tendo acentuadas as emoções de raiva, culpa e incompreensão.

Os profissionais também declararam a importância cultural que a fertilidade possui: “Pois é, isso é tão assim, porque a questão da infertilidade ela é tão cultural né, você deixar seus descendentes, você criar, você ter filhos né” E2.

A respeito da importância cultural que a procriação assume na sociedade, estudos evidenciam que deixar descendentes possui um notório lugar diante da necessidade de que a espécie se perpetue e de que as populações se desenvolvam. Na história, os rituais mágicos e religiosos, assim como, as pinturas e esculturas de caverna demonstram que a reprodução assumiu nas diferentes culturas um importante valor estando relacionada à prosperidade e à bênção, e ainda nas sociedades modernas continua a apresentar forte significado social (Amado, 2012).

Ser pai e ser mãe é idealizado como um papel inerente à vida. As mulheres frequentemente são educadas para ver na maternidade um papel essencial à existência, e nos homens, a paternidade assume forte relação com a virilidade masculina (Amado, 2012).

Os Impactos Psicológicos da Infertilidade

Para a psicologia, o desejo de ter filhos pode estar relacionado à renovação da vida, à auto recriação e ao anseio de cuidar e influenciar um outro ser (Delgado, 2007). Da expectativa de uma gravidez à descoberta de sua improvável ocorrência, uma difícil e dolorosa experiência pode ter seu início (Straube, 2007). Porém, é importante sinalizar que a despeito da infertilidade comumente apresentar um caráter aflitivo, a maneira como os indivíduos vivenciam esse percurso contém diferenças, sendo múltiplas as variáveis a serem avaliadas (Ramos & Santos, 2010).

Nas entrevistas, os profissionais puderam discorrer sobre as repercussões psíquicas que eles consideram advir da experiência de infertilidade. Abordaram sobre os sentimentos

de tristeza, frustração, desânimo, incapacidade, impotência, ansiedade e depressão.

Destacaram principalmente o sofrimento existente entre o desejo de se ter uma criança e os empecilhos para concebê-la, defendido por Cook (1987, p. 465) como o elemento base para a crise de infertilidade se instalar: “o forte elo entre as expectativas sobre a paternidade e a infertilidade física estabelece as bases para a crise da infertilidade”.

As falas abaixo ilustram esses aspectos:

(...) Tem pessoas que são do tipo: se eu tiver, bem, se eu não tiver, tanto faz. Mas tem pessoas, como a maioria das pessoas, que trazem esse desejo muito grande de ter filhos. Então assim, eu percebo que algumas dessas pessoas quando tem dificuldades para engravidar, eles têm um sofrimento emocional muito grande e uma frustração muito grande, porque eles se sentem incapazes fisicamente e essa incapacidade física também gera um sofrimento emocional muito grande, e tem a cobrança da sociedade, da família. E6

É uma questão de sonhos, de desejo, que é planejado desde a infância muitas vezes, tanto pra homem quanto pra mulher, e quando um casal recebe o diagnóstico né, de infertilidade, então é meio que uma ruptura, uma quebra aí talvez de sonhos, de desejo, de planejamento, de planos de futuro que tinha, uma cadeia de eventos que talvez foi construída ali na mente e no desejo daquele casal e que muitas vezes é bloqueado, e principalmente quando a causa da infertilidade ela é irreversível. E2
O psicológico é o mais afetado, porque assim, existe a cobrança também da sociedade né. Muitas das vezes a pessoa costuma ver um parente, um amigo que estão tendo filhos, e muitas vezes pelo fato dele não conseguir ter, se sente impotente, incapaz. E9

Os relatos dos entrevistados comunicaram aspectos importante tratados pela literatura. Todavia, é necessário discorrer a respeito de alguns elementos que não foram versados, mas que são fundamentais. Além das emoções reportadas pelos entrevistados, o estresse, o medo, e a baixa autoestima são frequentemente abordados pelos pacientes que sofrem com a infertilidade. Quadros de ansiedade e depressão também têm sido reportados (Domar et al., 2012; Farinati et al., 2006; Klonoff et al., 2001). Na origem e confluência dessas emoções podem estar: a dubiedade a respeito da concretização da maternidade e paternidade, o compartilhamento da intimidade do casal com os profissionais, os gastos financeiros, o tratamento muitas vezes extenuante, a necessidade de tomar decisões que impactarão toda a vida como a realização ou não do tratamento, a abdicação ou não da parentalidade, a deliberação ou não pela adoção, entre outros (Delgado, 2007; Ferreira, 2014).

Menning (1980) elaborou uma série de fases vivenciadas pelos pacientes durante o percurso do diagnóstico e tratamento. Essas fases não necessariamente são manifestadas por todos os pacientes. Elas serão abordadas a seguir:

Descrença e Surpresa: A fertilidade raramente é questionada. Descobrir que o corpo é infértil pode gerar no início choque e surpresa.

Negação: a negação pode ajudar o indivíduo a aceitar e elaborar o diagnóstico aos poucos. Mas quando passa a durar muito tempo, dificulta a resolução da crise e pode retardar a busca do casal pela intervenção profissional.

Ansiedade: ansiedade perdura ao longo da crise de infertilidade e costuma se intensificar a cada mês diante da possibilidade de gravidez.

Raiva e Perda de Controle: a raiva e a sensação de perda do controle são bastante comuns e decorrem do sentimento de engano e frustração perante o que parecia ser natural e uma escolha de vida. Os indivíduos se sentem injustiçados, e algumas atitudes de familiares e

amigos, como comentários desconfortáveis e pressões, podem aumentar a intensidade com que a emoção é sentida.

Isolamento e Alienação dos Outros: muitas vezes os pacientes se isolam para não sofrer com as pressões do meio social, ou por se sentirem envergonhados e defeituosos. O afastamento pode ocorrer inclusive entre os cônjuges, e dificultar o apoio entre ambos e deles com as pessoas próximas.

Culpa, Inadequação e Baixa Autoestima: esses sentimentos costumam ser mais frequentes no membro que apresenta a causa diagnosticada. Muitas vezes, buscam uma explicação em comportamentos passados, principalmente na história sexual. É comum que passem a se sentir inadequados sexualmente. Como resultado, ficam mais propensos a desenvolver alguma disfunção sexual.

Depressão e Luto: a experiência de infertilidade pode ser vivenciada como um luto. Luto dos filhos, das vivências que poderiam ter ocorrido, luto do corpo fértil. Muitos sonhavam e faziam planos detalhados de seus filhos que não nasceram. Pode haver crises com suas crenças espirituais e questionamentos sobre a própria capacidade que se refletem em outras áreas da vida. O luto pode ser difícil de elaborar.

Resolução: essa última fase envolve a resolução. Após sofrerem diferentes reações e elaborarem a crise, podem pensar sobre como desejam que a vida futura seja.

Segundo Delgado (2007), quando os tratamentos não geram o resultado esperado, a adoção torna-se uma forma de concretizar esse desejo, porém, é um percurso também cheio de ansiedade e incertezas. Assim, em algumas situações, principalmente quando já esgotaram todas as tentativas e possibilidades, pensar sobre o viver sem filhos é um meio de buscar ressignificar a vida e retomar o controle sobre ela. Nas palavras da autora:

“Estas possibilidades podem passar pelo reinvestimento em outros aspectos importantes da sua vida como na relação como casal, na sua vida sexual, na carreira

profissional, no investimento em relações sociais de amizade e familiares, entretanto negligenciadas ou abandonadas e em actividades que promovam o seu bem-estar.” (Delgado, 2007, p.57).

Impactos Biológicos: Espera-se que seja um acontecimento biológico natural

No tocante às implicações físicas, os participantes relataram que a fertilidade é tida como um acontecimento natural. As pessoas não esperam lidar com dificuldades para engravidar. Dessa forma, receber o diagnóstico de infertilidade pode fazer com que os indivíduos questionem sua capacidade biológica e passem a acreditar que são inadequados e defeituosos. “É muito difícil, a gente espera que a fertilidade seja algo fisiológico e que deva acontecer pra todo mundo né, então assim, é difícil de lidar” E4.

Outro aspecto importante a ser mencionado, que não esteve presente nas falas, se refere às intervenções muitas vezes dolorosas e invasivas realizadas no corpo, principalmente no corpo feminino. O percurso para realizar o diagnóstico e a terapêutica quase sempre é extenso, exigindo do casal uma série de ações médicas que podem trazer riscos à saúde. Muitas vezes, são necessários vários meses de investigação com realização de vários exames físicos, monitoramento dos padrões ovulatórios e análise da qualidade do sêmen que é coletado por meio da masturbação, entre outros (Bellina & Wilson, 1985, citado por Cook 1987).

Expor o corpo a tantos procedimentos e a profissionais que há tão pouco tempo eram desconhecidos e que agora precisam saber aspectos íntimos da vida do casal, pode gerar a crenças de descontrolo sobre o corpo e sobre a vida. A tão sonhada concepção, ao mesmo tempo em que encontra esperança nos procedimentos e pessoal médico, também encontra neles, por vezes, angústia, tristeza e ansiedade (Delgado, 2007).

Diante da delicadeza que o assunto impõe, as equipes devem, por meio da escuta empática e do aconselhamento, ajudar esses pacientes na elaboração de seu sofrimento ou de uma possível crise perante o adoecimento. É imperativo o entendimento profundo dos profissionais a respeito das implicações que suas intervenções podem ter na vivência dos indivíduos inférteis (Delgado, 2007).

Como ocorre o cuidado destinado à infertilidade no contexto da Estratégia Saúde da Família. A prática dos profissionais.

Em se tratando da prática referente à infertilidade realizada pelos profissionais participantes desta pesquisa, foram identificados seis eixos que contemplam os relatos analisados, a saber: consulta de planejamento familiar, ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação à saúde, falhas na assistência, dificuldades, facilidades e a referência à enfermagem como principal categoria responsável pelo PR.

É importante lembrar que a Atenção Básica é indicada pela Política Nacional de Reprodução Humana Assistida como o espaço adequado para identificar o casal infértil e realizar o início da investigação e do tratamento (Brasil, 2005b). Conhecer a realidade da atenção prestada aos pacientes com as limitações e dificuldades existentes na vivência dos profissionais, além de possibilitar reflexões, pode gerar mudanças e melhorias na qualidade da intervenção junto ao usuário.

Abaixo, será discutida a categoria concernente à assistência destinada à infertilidade no âmbito da ESF e suas subcategorias.

Tabela 6

Categoria de Análise: Como ocorre o cuidado destinado à infertilidade no contexto da Estratégia Saúde da Família?

Categoria	Subcategorias	Entrevistados	Frequência	
4. Como ocorre o cuidado destinado à infertilidade no contexto da Estratégia Saúde da Família?	4.1 Consulta de Planejamento Familiar	4.1.1 Identificação dos casos, averiguação das causas, solicitação de exames e encaminhamentos	E2; E3; E5; E7; E8	09
		4.1.2 Exames realizados na ESF	E2; E5; E4; E8	05
	4.2 Ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde	4.2.1 Inexistência de práticas	E3; E5; E6; E7	04
		4.2.2 Desconhecimento sobre a existência de práticas	E1; E9	02
		4.2.3 Ênfase na informação e disponibilização de métodos contraceptivos	E1; E3; E4; E5; E6; E9	13
	4.3 Falhas na assistência	4.3.1 Baixa demanda	E1; E2; E3; E5; E6; E7; E8; E9	08
		4.3.2 Baixa demanda de casos de infertilidade pela ausência de assistência	E1; E8	04
		4.3.3 Inexistência de busca ativa	E1; E3; E5	03 03
		4.3.4 Falhas em acompanhar o paciente após o encaminhamento	E5; E6; E7	
	4.4 Dificuldades		E1; E5; E6; E9	07

	4.4.1 Ausência de capacitações		
	4.4.2 Encaminhamentos aos serviços de referência ginecológica	E2; E3; E4; E5; E7; E8	08
	4.4.4 Diagnóstico etiológico	E2	01
	4.4.5 Falta de um fluxograma municipal	E5; E6	05
4.5 Facilidades			
	4.5.1 Acolhimento e abertura da equipe	E4; E5; E7; E8	04
	4.5.2 Averiguação das causas e início do tratamento	E2	01
	4.5.3 Apoio do NASF	E2; E5; E8	03
	4.5.2 Inexistentes	E1; E3; E6; E9	04
4.6 Enfermagem como principal responsável	_____	E1; E2; E4; E8	07

A Consulta de Planejamento Familiar

Ao abordarem suas práticas, os profissionais discorreram sobre as consultas de Planejamento Familiar. Segundo o relato de seis entrevistados o paciente é acolhido, ocorre o início da averiguação das causas, a solicitação de exames básicos (dosagem hormonal, ultrassom transvaginal, espermograma) e os encaminhamentos, como será demonstrado nas falas abaixo.

(...) esses pacientes chegam aqui, são acolhidos, a gente ouve as queixas né, as demandas desse paciente. A gente solicita os exames basais né, que seriam essas

dosagens hormonais, uma avaliação por ultrassom transvaginal. Aí, identificando né, alguma alteração hormonal, eu digo assim em relação ao tipo de paciente que eu encontro né, identificando essa falência ovular aí a gente precisa de um ginecologista né pra entrar com o processo de estimulação, de fazer um tratamento. Ou então se a gente identifica, por exemplo, uma paciente que tem endometriose aí a gente pode até iniciar o tratamento hormonal aqui na unidade, mas a gente precisa do apoio da ginecologia. Então aqui a gente faz essa parte inicial, essa triagem inicial, mas tem muita coisa que vai precisar no tratamento da infertilidade, da ginecologia. E2

Normalmente é muito raro chegar caso, mas quando chega a primeira coisa que a gente faz, por exemplo, se é uma mulher que me procura, que tem um companheiro, a primeira coisa que falo com ela é da gente investigar se ela tem um ciclo regular. A gente faz uma avaliação inicial e se ela tem um ciclo menstrual regular, se menstrua todo mês, por exemplo, e não tem nenhum problema anterior, aí a gente sempre alerta que tem que analisar o companheiro, fazer um espermograma né, ver se realmente ele tem um espermograma normal pra daí partir para outras investigações. Daí um preventivo, um ultrassom transvaginal é o básico que a gente pede. E se a gente não consegue nisso aí ter uma posição aí a gente encaminha para o especialista. E5

A gente tenta resolver o máximo de coisas na atenção primária né, eu pelo menos tento adiantar a questão dos exames, ultrassom, os exames laboratoriais, eu tento adiantar alguns exames pra gente poder investigar essa causa. E aí eu encaminho para o ginecologista né, mas o que eu posso adiantar de exames, de conversa com paciente, eu tento ter né essa visão humanizada porque não é fácil, e a gente também tem que entender que para o paciente aquilo é muito importante. A questão da indução

também ovariana. Então o que eu posso eu tento adiantar e depois encaminho para o ginecologista. E4

Esses dados estão de acordo com o que está proposto nos Cadernos de Atenção Básica de Saúde Sexual e Reprodutiva, de 2013, que estabelece elementos importantes no atendimento ao paciente que enfrenta dificuldades para conseguir a gravidez, como a realização da anamnese, do exame físico ginecológico e urológico, a solicitação de exames básicos e complementares para efetuação do diagnóstico e afastamento de possíveis complicações, além de orientação aos usuários e encaminhamentos nas situações necessárias.

Faz-se necessário ressaltar que além dos fatores que foram mencionados, os profissionais devem incluir em suas atividades o aconselhamento e as orientações a respeito da fisiologia da reprodução. Muitos casais desconhecem os sinais e sintomas do período fértil, o que poderia favorecer a concepção (Brasil, 2013).

Embora não tenham sido abordados nas entrevistas, existem métodos baseados na percepção da fertilidade (MBFP) que auxiliam o usuário a alcançar ou evitar a gravidez. Por meio da auto-observação do corpo feminino, durante o ciclo menstrual, é possível identificar sinais do período fértil, no qual o organismo está mais favorável a conseguir a fecundação (Brasil, 2013). Os MBFP são: método Billings, tabela ou Ogino-Knaus, temperatura corporal basal e o método sintotérmico.

Todavia, os MBPF raramente são abordados pelas equipes de saúde até mesmo em decorrência de crenças que muitos profissionais apresentam a respeito do seu uso por pessoas de baixa escolaridade. Vale destacar que importantes instituições apoiam a utilização dessas técnicas por usuárias de qualquer escolaridade, sendo necessários apenas a orientação e o acompanhamento adequados (Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos et al., 2007)

Ações de promoção e prevenção

Um dado importante da pesquisa relacionou-se à ausência de ações de promoção e prevenção voltadas para a temática da infertilidade na prática exercida pelos participantes. Através das falas, foi possível perceber que o cuidado se encontra restrito às consultas de Planejamento realizadas pelos enfermeiros e algumas vezes pelos profissionais médicos.

Ações de promoção e prevenção pra temática da infertilidade é inexistente. Para as mulheres que desejam planejar a concepção antes de engravidar, o que é uma minoria insignificante, a gente tem as ações. Tem as consultas, tem as palestras, é... tem os grupos. Só que para a infertilidade não existe. E6

Diretamente para a infertilidade não existem ações. A gente faz a palestra de planejamento familiar onde a gente vai detalhar os métodos contraceptivos e ali a gente aborda a questão da infertilidade, mas é de forma superficial, a gente não faz uma atividade diretamente para esse público E5

Alguns técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde afirmaram não ter conhecimento sobre a existência ou não de ações destinadas a esses pacientes nas ESF em que atuam: “Não existe, na prática acho que não tem. Não tenho essa informação, mas eu acredito que não existe essas ações não” E1. Para o profissional E9:

Nós aqui do posto de saúde a gente trata da prevenção né... acho que nesses casos aí que a pessoa quer engravidar não tem nenhuma ação não. Sei que deve acolher esse paciente, acolher como todo ser humano, como qualquer patologia. Eu não posso

afirmar, mas acho que na consulta deve ser que pede exame, consulta com ginecologia, porque aqui também não tem ginecologista. O clínico deve passar o pedido, deixar pra marcar, e aí lá é que ele vai ser recebido. Acho que deve ser assim, mas não tenho certeza né. E9

O estudo de Santos et al. (2015), com resultados semelhantes, afirma que as práticas profissionais referentes ao planejamento reprodutivo estão limitadas à consulta clínica, com ausência de aconselhamentos e ações de educação em saúde. Porém, além das consultas, o Planejamento Reprodutivo engloba medidas de promoção à saúde, com intervenções preventivas e educativas, tão essenciais para o desenvolvimento da autonomia do cidadão por meio do conhecimento e da informação (Frias et al., 2019; Silva, 2011).

De acordo com Buss (2000) a promoção da saúde parte de uma compreensão ampla sobre a saúde, estando relacionada a vários fatores como: qualidade de vida, equidade, cidadania, democracia e outros. A carta de Ottawa (1986) afirma que a promoção da saúde é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo a maior participação no controle deste processo” (Brasil, 1986, p.1). Dessa forma, ela se apresenta como um importante meio no enfrentamento dos diversos problemas que afetam a saúde agregando os saberes técnicos e os da população. Envolve o envolvimento de todos, e não apenas dos indivíduos que apresentam riscos de desenvolverem alguma doença (Buss, 2000).

A prevenção, para Czeresnia & Freitas (2009), são intervenções estruturadas a partir da informação científica e de instruções normativas que visam a redução dos riscos de uma doença se desenvolver e ser transmitida.

Assim, com a adoção de medidas favoráveis à qualidade de vida os indivíduos podem se tornar mais atuantes, participativos e responsáveis pelo seu processo de saúde-doença.

Dessa forma, o trabalho educativo na Atenção Básica é imprescindível para promover estilos de vida mais saudáveis e conseqüentemente trazer benefícios aos pacientes que anseiam pela concepção (Moura et al., 2013).

No que se refere à infertilidade, alguns comportamentos, fatores ambientais e biológicos podem prejudicar a fertilidade humana sendo dificultadores para a obtenção de uma gravidez (Vieira, 2012). A obesidade, por exemplo, pode provocar irregularidades no ciclo menstrual e conseqüentemente na função ovulatória afetando a fertilidade da mulher (Costa, 2019). Segundo os autores, uma mudança no estilo de vida dessas pessoas pode reduzir o índice de massa corpórea e contribuir com a capacidade reprodutiva. Do mesmo modo, o IMC, quando se encontra abaixo da faixa de normalidade pode afetar negativamente a função reprodutiva (Hassan & Killick, 2004).

Os autores citam também o histórico de IST's e a Doença Inflamatória Pélvica - DIP como fatores de risco. A DIP pode ocorrer em decorrência da vida sexual precoce e de um maior quantitativo de parceiros (Weeder & O'connor, 2006). O estudo de Ness et al. (2004) demonstrou que o uso de preservativos apresentou significativa redução de DIP, do risco de recidiva e de problemas associados à fertilidade em jovens mulheres. Da mesma forma, o uso de drogas lícitas e ilícitas podem trazer danos. O hábito de fumar, por exemplo, é capaz de provocar a redução da reserva ovariana e dos níveis de estrogênio nas mulheres, e nos homens pode gerar alterações importantes na espermatogênese (Vieira, 2012).

A idade, amplamente abordada como um dos principais fatores associados às causas de infertilidade feminina, também deve ser considerada nos homens tendo em vista que com o envelhecimento há um declínio nos níveis de testosterona, alterações na função testicular e na qualidade dos espermatozoides (Liu & Case, 2011).

Além disso, a literatura também cita o uso de duchas vaginais após o ato sexual e de lubrificantes durante a relação como elementos que podem comprometer o ambiente vaginal

e dificultar a sobrevivência dos espermatozoides impedindo o seu transporte para o trato genital feminino (Brasil, 2013).

Outro aspecto fundamental concernente à concepção, refere-se à frequência da atividade sexual. Estima-se que com duas relações sexuais semanais as chances de uma gravidez vir a ocorrer é de 25% no primeiro mês, 60% em seis meses e 80% em um ano, caso não haja outras interferências que impeçam a fecundação (Brasil, 2002).

Como fator ambiental, os estudos sinalizam que o estresse pode alterar a função ovariana levando até mesmo à anovulação (Moreira et al., 2005). Já na população masculina, ele pode ocasionar a disfunção erétil (Batista, 2003).

Esses são apenas alguns exemplos de orientações simples que podem beneficiar os casais que desejam engravidar. Posto isso, são vários os elementos que podem afetar a fertilidade masculina e feminina.

Dessarte, os profissionais na Atenção Primária têm um importante papel na discussão desses aspectos com vistas à saúde reprodutiva dos usuários. Eles devem estar habilitados para realizar a escuta e conseguir identificar os principais fatores de risco presentes a fim de fornecer a orientação apropriada e promover um cuidado mais resolutivo (Brasil, 2013).

Para Weeder e O'Connor (2006), essas discussões precisam ocorrer de forma abrangente, envolvendo uma abordagem comunitária e conscientizando as pessoas sobre os riscos e comportamentos desfavoráveis à reprodução. Os autores sugerem o desenvolvimento de programas educacionais, como grupo de discussão nas escolas e lugares estratégicos com adolescentes e jovens adultos para abordar o tema. Dias et al. (2012), propõe a divulgação da temática da infertilidade por meio de panfletos, visitas domiciliares, cartazes, além de informações aos pacientes sobre o atendimento com a enfermagem. Segundo Frias et al. (2019) é necessário pensar em estratégias educativas que apresentem uma significação para os indivíduos e que possibilitem o desenvolvimento de sua autonomia.

Falhas na Assistência

A baixa demanda de casos de infertilidade foi um ponto bastante versado nas entrevistas. Durante os relatos, os participantes puderam refletir sobre a pouca procura de usuários com essa queixa. Alguns referiram a resistência que os indivíduos podem apresentar em compartilhar o problema, tendo em conta os sentimentos de vergonha e os receios de serem vistos como incapazes.

Assim, as pessoas até hoje nunca, eu tenho 9 anos de unidade de saúde e ninguém me procurou pra essa questão entendeu. E as vezes a pessoa também tem aquela vergonha, aquele receio né. Isso eu tô falando assim de experiência, que as vezes a pessoa tem esse problema, mas assim não fala, não conversa com a gente. Então fica o receio e aí não fala. Então até o assunto, o assunto não chega até a gente e nem a gente na pessoa. A pessoa já imagina que no SUS não deva existir né esse tratamento, acho que pensa assim né, que na cabeça deles o serviço não tem esse alcance, esse acolhimento deles. E1

A literatura comumente aborda a relutância dos casais em compartilhar com os amigos e familiares a dificuldade em ter filhos e os seus sentimentos em relação a essa vivência. A culpa e a vergonha muitas vezes impedem que o paciente busque apoio no meio social (Abbey et al., 1991). Assim, em muitos casos a infertilidade é mantida em segredo como forma de evitar embaraços e de preservar a dinâmica conjugal (Menning, 1980).

Amado (2012), em sua pesquisa, declara que a prática do cuidado deve priorizar a escuta, a empatia e a interação pró-ativa, tendo em vista os sentimentos de vergonha e de incapacidade que o usuário apresenta e que torna a infertilidade um problema escondido e

não dito, em muitas situações. Dessa forma, a postura dos profissionais no acolhimento ao paciente é fundamental para que o diálogo possa acontecer.

De acordo com Domar et al. (2012), muitos pacientes não procuram os serviços de saúde para buscar um diagnóstico e realizar o tratamento por medo do fracasso, de serem frustrados. Boivin e Gameiro (2015) afirmam que a negação e a falta de consciência também são elementos que interferem na demora dos usuários em buscarem ajuda especializada. Diante desses aspectos, é imperativo que as equipes abordem a problemática da infertilidade com a população, com as comunidades, que dialoguem sobre as causas, os fatores de risco e os impactos físicos, psíquicos e sociais que podem estar presentes na vida do casal que apresenta a doença. Ao se tornarem mais familiarizados com o assunto, poderão se sentir mais seguros em buscar ajuda e em confiar que os profissionais poderão ofertar o suporte que precisam.

Ademais, alguns profissionais sinalizaram a deficiência dos serviços em ofertar um atendimento adequado e resolutivo, além da falta de busca ativa desse público como possíveis fatores que interferem na baixa demanda.

Assim, na verdade, eu acho que primeiro tem que se buscar essa demanda. Como te falei essa demanda não existe pra gente, talvez seja uma demanda reprimida. Então a gente costuma muitas vezes acomodar...eu creio que se a gente buscar ela vai existir, mas que vem assim espontaneamente é muito raro. Então eu acho assim que capacitar os profissionais, porque assim, o que vem de estímulo, e a capacitação é um estímulo, você se sente renovada, aí você faz, passa pra sua equipe e a equipe chega pra comunidade, então a questão da capacitação é de suma importância. E5

Em estudo desenvolvido por Wilkes et al. (2007), na Inglaterra, profissionais médicos e enfermeiros que demonstraram interesse em prestar um cuidado efetivo aos pacientes que vivenciam a infertilidade e que afirmaram possuir responsabilidade profissional com esses casos, apresentaram uma melhor assistência e encaminhamentos mais assertivos. Em contrapartida, muitos dos trabalhadores que entendiam essa demanda como uma incumbência restrita aos serviços especializados, relataram a baixa demanda de pacientes e as dificuldades para se atualizarem no tema como razões para o não envolvimento com esses cuidados. Em outro estudo realizado por Wilkes e Jones (1995), os autores declaram que apesar de os profissionais informarem que possuem um importante papel na assistência a essa população, existe uma distância significativa com o que é feito em suas práticas.

Faz-se necessário repensar se a demanda para essa assistência é de fato pequena na APS ou se a deficiência de cuidados não favorece o afastamento dos usuários, tendo em vista, inclusive, a grande demanda desses casos na média e na alta complexidade.

Outro aspecto mencionado que traz prejuízos à assistência fornecida aos pacientes refere-se à dificuldade em acompanhá-los após o encaminhamento para outros níveis da atenção:

Fiz o encaminhamento, entretanto eu não tive um retorno dessa pessoa, uma contrarreferência dessa pessoa pra saber o que foi que aconteceu na vida dela durante esse percurso. Então o melhor que eu pude fazer foi encaminhá-la ao ginecologista e a partir daí eu não sei te falar o que foi que aconteceu.

De acordo com Starfield (2002), a assistência ofertada na Atenção Básica deve ocorrer de forma integral e longitudinal, com a devida observância das necessidades do usuário e a realização de encaminhamentos aos serviços da atenção especializada, quando

necessário. À APS cabe coordenar a atenção e ter conhecimento sobre a situação de saúde do paciente, saber em que local da RAS ele se encontra e estar sempre disponível e acessível para atendê-lo, sendo para o usuário a principal referência de acolhimento às demandas de saúde. É nesse âmbito que ele vai ser assistido ao longo de sua vida, nas diferentes fases do seu desenvolvimento.

O paciente que sofre com infertilidade e é encaminhado para o serviço especializado precisa que a equipe de saúde da família referente ao seu território esteja disponível para acompanhá-lo durante o percurso do diagnóstico e tratamento, acessível para escutá-lo e realizar aconselhamento, contatar outros serviços de acordo com a sua necessidade, tendo em vista a complexidade e as repercussões, muitas vezes, envolvidas no tratamento. Da mesma forma, deve continuar acolhendo o usuário após a finalização das ações realizadas nos outros níveis de atenção.

Para Luiz et al. (2015) as ações de Planejamento precisam ser trabalhadas de forma contínua nos serviços. Elas podem, por exemplo, serem abordadas e articuladas nas diferentes atividades já estabelecidas, tais como àquelas voltadas para hipertensão, diabetes e outros. Segundo os autores, o princípio da longitudinalidade é crucial para a assistência em planejamento reprodutivo, tendo em vista que as necessidades relacionadas à vida reprodutiva vão se modificando ao longo do tempo, de acordo com o desejo do sujeito e com as fases de sua vida.

Dificuldades

Os entrevistados também discorreram a respeito das dificuldades e limitações que encontram em suas práticas. A ausência de capacitação e de um fluxograma municipal com uma rede de referência estabelecida foram os problemas mais abordados.

Não tem assim uma capacitação, uma ênfase para a infertilidade, então do meu ponto de vista é algo que realmente precisa, principalmente os profissionais precisam ser capacitados para atuar na infertilidade, é bastante solto. Eu sei um pouco por conta dos manuais, que eu vou dar uma olhada, quando chega a gente se preocupa de buscar, mas não que eu esteja, me sinto capacitada pra acompanhar um casal que sofre com infertilidade. Eu não me sinto capacitada, tanto que a gente faz um atendimento inicial e normalmente encaminha para um ginecologista pra dar esse prosseguimento. Então eu acho bastante solto assim, algo que realmente precisa de atenção, os profissionais precisam ser capacitados. E não somente os enfermeiros, é o médico de saúde da família que não é, é o agente comunitário de saúde, que é a ponte da unidade de saúde que pode tá fazendo esse encaminhamento, dando esse suporte a esse casal. Então do meu ponto de vista é de extrema importância, um assunto muito importante para atenção básica, para a comunidade, porém ainda está muito aquém do que a gente poderia oferecer. E5

Nunca fui capacitada pra isso e não existe na nossa rede de atenção primária um fluxograma bem definido direcionando os profissionais de saúde sobre o que ele deve fazer quando um paciente nessas condições procurarem um serviço de saúde. Então aqui a gente não tem um fluxo bem definido pra inúmeras coisas e principalmente pra isso. E5

O fluxograma municipal é fundamental para o auxílio dos trabalhadores de saúde no manejo clínico com os pacientes e na realização adequada dos encaminhamentos para os serviços e especialistas disponíveis na rede. Muitos profissionais se sentem desencorajados para assistir esse público por se sentirem inseguros na realização desse cuidado e por não saberem ou não terem para onde referenciar os casos, nas situações em que isso se torna

necessário: “não adianta a gente buscar esses pacientes sendo que não tem pra onde referenciar e ele não ter condições de fazer o tratamento pela rede privada”. E3

Embora existam manuais e protocolos do ministério da saúde que discorram sobre as condutas a serem feitas, a realidade da rede de atenção à saúde de cada localidade exige protocolos que se adequem as configurações de cada região. O estudo de Frias et al. (2019) salienta a necessidade de os trabalhadores terem conhecimento sobre a estrutura disponível para acolher os pacientes encaminhados pela Atenção Básica. Porém, muitos estados enfrentam essa dificuldade tendo em vista a falta de profissionais e de dispositivos públicos especializados no atendimento à infertilidade e equipados com técnicas de reprodução assistida. A maior parte desses serviços está instalada nas regiões do Sul e Sudeste do Brasil, inviabilizando muitas vezes o cuidado aos usuários que necessitam de uma intervenção especializada (Frias et al., 2019).

Na pesquisa realizada por Osis et al. (2006) com gestores e profissionais da APS nos municípios de Salvador, Belém, Goiânia e Curitiba, foi constatada a ausência de protocolos de atendimento às demandas de infertilidade na maioria dessas capitais, com a inexistência de um sistema de referência. Segundo Fernandes et al. (2016), as famílias de baixa renda no Brasil encontram barreiras no acesso ao tratamento em decorrência da deficiência de serviços públicos capacitados e equipados para atender os usuários. (Frias et al., 2019)

A falta de capacitação relatada pelos entrevistados e a sensação de estarem inabilitados para promover as práticas de Planejamento Familiar, especialmente aquelas destinadas às demandas de infertilidade, são abordadas pela literatura (Brasil, 2013; Osis et al., 2006; Wilkes et al., 2007). É necessário educar e capacitar os prestadores de cuidado do nível primário de atenção de forma a proporcionar a qualificação e a segurança deles no desenvolvimento da assistência (Cunningham, 2017). As capacitações devem buscar promover a sensibilização dos trabalhadores para a importância do tema e prepará-los não

somente para os procedimentos técnicos, mas também para uma escuta atenta e empática, tão importante e eficaz para o tratamento.

De maneira similar, os entrevistados relataram sobre a falta de ginecologistas na cidade para realizar os devidos encaminhamentos, principalmente um especialista que seja referência para as questões de infertilidade.

A dificuldade que a gente tem é mais essa questão de vaga mesmo de especialista, que não é nem um especialista especializado assim né, diretamente na parte de fertilização, mas o especialista ginecologista. De exames também, de fazer ultrassom, é muito difícil. E4

Além disso, as limitações para efetuar o diagnóstico e para realizar o tratamento adequado, de acordo com as necessidades do usuário, também foram citados.

A grande questão é o processo terapêutico, o diagnóstico e terapêutico né. Não é nem o diagnóstico em si da infertilidade, mas o diagnóstico etiológico, o quê que está provocando aquela infertilidade, porque várias questões podem levar esse paciente a ser infértil né. Então esse acesso a esse diagnóstico real do que tá causando ali, e as possibilidades por exemplo de tratamento, são mais difíceis ... acho que assim, triar e conhecer os pacientes não tem nenhuma dificuldade nisso, a grande dificuldade mesmo é fazer o diagnóstico etiológico e a implementação do tratamento. Se precisar de técnicas mais invasivas, de uma atenção secundária, aí dificulta. E2

Percebe-se que a falta de um fluxograma municipal bem estruturado, com a organização dos serviços e profissionais habilitados para acolher e atender as demandas

encaminhadas, dificulta o trabalho das equipes de saúde da Atenção Primária gerando inseguranças e a sensação de estarem ofertando um cuidado incompleto.

Assim, para que as atividades de Planejamento possam efetivamente se concretizar, os gestores municipais precisam buscar a garantia de infraestrutura necessária ao funcionamento dos serviços da Atenção Básica, com recursos materiais, tecnologias e equipamentos suficientes para a implementação das ações, apoiar e promover a educação permanente, além de estruturar uma rede de referência para os pacientes encaminhados pela Atenção Básica. (Brasil 2013).

Facilidades

Ao serem questionados se existem fatores que podem facilitar o atendimento nessa esfera, um dos participantes apontou a capacidade da Atenção Básica em realizar o diagnóstico e investigar as possíveis causas por meio da escuta, da anamnese e da solicitação dos exames básicos, estando de acordo com as orientações presentes nos Cadernos de Atenção Básica referentes à Saúde Sexual e Reprodutiva (Brasil, 2013).

Alguns profissionais mencionaram também a importância do apoio do NASF/AB nos casos em que as implicações psicológicas se tornam evidentes na vida dos usuários:

Alguns casos a gente consegue resolver na atenção básica, como síndromes de ovário policístico, ou por questões emocionais, estresse, a gente consegue ter apoio do NASF nesse processo aí, o apoio talvez de medicamentos né no tratamento da ansiedade ou de depressão, do que vier a acontecer naquele paciente pra ser uma outra possibilidade de tratamento (...). Então dentro do que é possível na rede SUS da atenção primária a gente vai fazer pra tratar, causas tratáveis dentro da atenção primária a gente consegue

fazer, a dificuldade é quando supera essas causas ne, vai pra outro campo de diagnóstico necessário. E2

Tendo em vista os impactos biopsicossociais gerados pela infertilidade, o NASF/AB se apresenta como uma importante ferramenta de apoio às equipes podendo promover uma assistência de maior qualidade. O NASF/AB tem por objetivo aperfeiçoar e ampliar a atenção fornecida pelas equipes de saúde da família, conceder apoio por meio de ações interdisciplinares voltadas para à educação permanente, à promoção, à prevenção e à reabilitação (Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Cadernos de Atenção Básica, 2010).

Muitos participantes destacaram a abertura da equipe para acolher os pacientes como um dos principais aspectos facilitadores no cuidado prestado:

Nós estamos abertos, a equipe está aberta a acolher esse paciente e a fazer o possível para facilitar esse acompanhamento, esse diagnóstico, então estamos abertos a isso.

Eu vejo isso como uma grande facilidade né, porque não existe um bloqueio, ah aqui a gente não faz, aqui não vamos atender, não existe isso. A gente vai fazer o possível por esse paciente. E5

Para Cook (1987) a empatia e o apoio ativo dos profissionais são partes fundamentais do cuidado, diante da delicadeza que a situação apresenta. Alguns não conseguem compartilhar a doença com outras pessoas, tendo apenas o cônjuge e a equipe de saúde como apoios. Outro fator a ser considerado se refere às situações em que as causas de infertilidade são indeterminadas podendo dificultar o tratamento, se tornando ainda mais necessário o acolhimento dos integrantes das equipes.

Dessa forma, é importante que os casais sejam informados sobre os impactos psicossociais que a infertilidade pode gerar, assim como sobre todos os procedimentos físicos a serem realizados. Isso pode ajudá-los a compreender melhor os seus sentimentos e a terem maior controle sobre eles (Mazor, 1980, citado por Cook, 1987). A escuta qualificada dos profissionais, a orientação e a qualidade do vínculo estabelecido também são capazes de minimizar os efeitos negativos da doença sobre a vida conjugal, trazendo melhorias para a comunicação e para a vida sexual (Delgado, 2007).

Nas situações em que a possibilidade de ter filhos vai se tornando cada vez mais distante, apesar das tentativas com os tratamentos feitos, dar suporte aos pacientes pode ajudá-los a dar novos significados à vida sem filhos, ou a uma vida em que se tornem pais adotivos (Delgado, 2007).

Por outro lado, a literatura tem demonstrado que muitas vezes os trabalhadores de saúde tem sido fonte de stress para os pacientes, principalmente quando uma série de procedimentos dolorosos e invasivos são efetuados (Ferreira, 2014). A falta de compreensão e de empatia podem, dessa forma, reforçar a crise e intensificar os sentimentos de culpa, vergonha e incapacidade. Assim, estar aberto à comunicação e à construção de vínculo é um importante aliado no trajeto desses pacientes perante a infertilidade (Delgado, 2007).

Não podemos deixar de evidenciar que quatro dos nove participantes declararam não haver facilidades relacionadas à oferta dessa atenção: “Se fosse para outras questões eu até teria possibilidades positivas, mas para a infertilidade eu ainda não vejo.” E5; “Não vejo não, nenhuma facilidade para isso” E9.

Enfermagem como principal responsável

Foi notório nos relatos que a assistência aos pacientes inférteis é muitas vezes percebida como responsabilidade maior ou única da enfermagem. Alguns profissionais se

excluem desse processo, havendo casos em que apresentam total desconhecimento sobre as ações atribuídas a esse público nas Estratégias em que atuam:

A consulta de planejamento faz com a enfermeira, então a gente nem tem conhecimento. Tem pessoas que dizem eu preciso de consulta de planejamento, aí a gente agenda, e acabou. Mas nunca vi demanda dessa parte. Pode ter pessoas que pode ter procurado né de ir nessa atenção, mas eu não sei o que foi feito, se é feito alguma coisa. E1

A atenção ofertada parece estar muitas vezes restrita às consultas de Planejamento Familiar com os enfermeiros. “Aqui a maioria dos atendimentos é feito pelas meninas da enfermagem, elas jogam duro mesmo nesse processo de planejamento familiar” E2; “Pra mim não chega uma demanda tão grande, talvez pra enfermagem chegue mais pela questão do planejamento familiar né, que elas fazem. Como eu não faço planejamento familiar diretamente não chega tanto”. E4. Sobre esse aspecto o profissional E8 faz a seguinte declaração:

Na verdade, a assistência é: as consultas, o acompanhamento com a enfermeira né fazendo todo o planejamento e o encaminhamento pros especialistas. É feita uma consulta com a enfermeira e dependendo da escuta desse paciente, da gravidade, ou do problema dele, ele é encaminhado.

Segundo os Cadernos de Atenção Básica de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, os profissionais devem atuar de forma integrada nas atividades de Planejamento Reprodutivo envolvendo os diferentes elementos que compõe a equipe, de acordo com a competência de

cada categoria profissional (Brasil, 2013). O trabalho realizado de maneira interdisciplinar nas ESF aparece como elemento substancial na promoção de uma atenção integral ao usuário.

Para Moura e Silva. (2007), na prática, muitas vezes não existem definições sobre o papel de cada trabalhador nas ações de Planejamento, e com frequência, as atividades se limitam à entrega de anticoncepcionais. Mesmo que as ações de PR sejam de responsabilidade de todos os integrantes elas não são desenvolvidas em equipe, reproduzindo muitas vezes as relações de poder pautadas no modelo biomédico (Coelho & Fonseca, 2004). Contudo, para os autores, o cuidado deve incluir a construção de um saber coletivo, envolvendo o conhecimento multiprofissional e da comunidade, a abertura ao diálogo, à conversa, à troca de experiências, de forma a desenvolver relacionamentos familiares e comunitários mais saudáveis (Marcolino, 2004; Moura & Silva., 2007).

Segundo a Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos et al. (2007), diferentes profissionais de saúde podem levar informação e aconselhar os pacientes a respeito da escolha e do uso de métodos e técnicas, desde que seja preparado e capacitado para tal. No entanto, a despeito do Planejamento Reprodutivo estar entre as prioridades da ESF, é notório que ainda existem negligências e inadequações na assistência realizada pelas equipes (Santos et al., 2015).

É interessante observar que a maioria dos estudos referentes a assistência destinada à infertilidade no âmbito da Atenção Básica, realizado com profissionais atuantes nesse contexto, dirige-se apenas à enfermagem e alguns poucos à medicina, a exemplo dos estudos de Dias et al., 2012; Fernandes et al., 2016; Moura et al., 2013; Thable et al., 2020; Vieira, 2012; Wilkes et al., 2007. Raramente as outras categorias profissionais são selecionadas para fazerem parte das pesquisas. Percebe-se assim, que essas atividades, e muitas vezes o Planejamento Reprodutivo, de forma geral, estão associados somente à prática dos enfermeiros.

Percepções sobre o papel da Atenção Básica na assistência à infertilidade

Além de discorrerem sobre as práticas na ESF, os participantes compartilharam suas percepções a respeito do papel que a Atenção Básica possui ante a infertilidade. Alguns apontaram a importância desse âmbito enquanto porta de entrada no acolhimento, na identificação e no tratamento dos casos. Outros concebem a atenção primária como ineficiente e insuficiente no cuidado aos pacientes. Muitos também relataram que o setor privado tem se apresentado como referência e que o SUS não tem sido capaz de assistir essa demanda.

Tabela 7

Categoria de Análise: Percepções sobre o papel da Atenção Básica na assistência à infertilidade

Categoria	Subcategorias	Entrevistados	Frequência
5. Percepções sobre o Papel da Atenção Básica na Assistência à Infertilidade	5.1 Ineficiência	5.1.1 Desconhecimento sobre o papel	E1; E9 02
		5.1.2 Incompetência do SUS	E1; E6; E7; E9 05
		5.1.3 Ausência de abordagem	E6; E8; E9 03
		5.1.4 Necessidade da Atenção Básica exercer um cuidado	E1; E3; E5; E9 04
		5.1.5 Setor privado como principal referência para o tratamento de infertilidade	E1; E7; E8; E9 04
	5.2 Porta de Entrada	5.2.1 Identificação dos casos e tratamento inicial da infertilidade	E2; E7 02

Ineficiência da Atenção Básica ante a Infertilidade

A maioria dos entrevistados descreveu o papel da atenção primária como ineficiente no atendimento às demandas de infertilidade. Nas falas, demonstraram percebê-la como incompetente e em alguns momentos estenderam essa característica a todos os níveis de atenção do SUS. A falta de recursos para o tratamento do problema foi apontada como um dos grandes empecilhos para que esse setor consiga efetuar o acolhimento e o atendimento de forma resolutiva e com qualidade. Assim, o setor privado assumiu destaque nas falas sendo reportado como o espaço ideal para a assistência desses indivíduos.

Vejo a atenção básica como totalmente ineficaz, ineficiente, é como se essa parte do planejamento familiar não fizesse parte do planejamento familiar (...) eu afirmo pra você que essa parte da infertilidade, do planejamento da família não é falado, não é abordado, é... eu vejo que o planejamento familiar tem sido muito focado à contracepção e as outras questões relacionadas ao planejamento familiar tem ficado meio que banalizadas, e não tem sido ofertado de fato um conhecimento pra que o profissional tenha propriedade pra fazer seu atendimento de forma segura. E6

Nos postos de saúde o que a gente mais vê é a procura pra não ter, então você não tem a procura, tem pessoas que vão, porque assim o SUS, eu acho que o SUS pra essa parte de planejamento, pra conseguir ter fertilidade, o SUS não agrega isso aí, é muito caro, é mais difícil entendeu. As pessoas mesmo que eu conheço não tem esse acesso, as vezes vai pro particular, as vezes não tem condições E1

Acredito que a atenção básica devia fazer alguma coisa, quer dizer que se a pessoa não quer ter mais filhos, quer fazer um procedimento, uma vasectomia, uma

laqueadura, existe pra ela fazer, mas para quem quer ter filho não? Precisa de um suporte né, de uma ajuda, porque o tratamento é caro. Então o SUS devia dar esse suporte que eu acho que não tem, acho que por causa do custo né. Eu acho que a atenção básica pode fazer alguma coisa voltada para essa reprodução, mas não sei o que pode fazer. E1

Encaminhamentos para os especialistas é muito difícil o acesso, demora muito, então muitas das vezes esses casais acabam nem procurando a unidade, as vezes mesmo sem ter condição procura uma área particular, as vezes vão direito pro particular porque sabe que por aqui vai ser difícil. E8

De acordo com Pereira (2013), fornecer cuidado à infertilidade no SUS é um processo difícil. Os custos são muito altos sendo complexo inseri-los ao orçamento da União. Contudo, o SUS não deve ser omissivo diante do crescente número de casais que apresentam o problema.

No estudo de Pereira (2013), os pacientes que sofrem com infertilidade relataram suas dificuldades para serem assistidos nas instituições de saúde do SUS, discorrendo sobre como ficam soltos na rede e em como os serviços são pouco eficientes. Para a autora, fica evidente o descaso com essa problemática. Assim, com frequência, a rede particular é acessada tornando-se a referência de atendimento aos pacientes.

Segundo Garrafa et al. (2007), se o Estado disponibiliza ao cidadão assistência à infertilidade e o acesso às técnicas e tratamentos necessários, mas apresenta escassez nessa oferta, é possível afirmar que o princípio da equidade não está sendo alcançado. No que se refere principalmente às Técnicas de Reprodução Assistida – TRA, o acesso é restrito. Como consequência, muitos não conseguem acesso a nenhum tipo de tratamento e alguns buscam a iniciativa privada assumindo gastos que deveriam ser de responsabilidade do Estado

Brasileiro, Estado este que afirma o seu compromisso com o direito à saúde e à equidade no cuidado (Garrafa et al., 2007; Pereira, 2013).

Até que a infertilidade seja efetivamente reconhecida como um problema de saúde pública, os usuários continuarão a ser assistidos por um sistema de cuidados incompleto e imerso em burocracias que prejudica a resolução do problema. As autoridades precisam ser sensibilizadas e conscientizadas para tornar o acesso à assistência reprodutiva pelo sistema de saúde pública uma realidade para a população (Pereira, 2013).

Alguns participantes também relataram não ter conhecimento sobre o que a Atenção Básica pode fazer diante desses quadros:

Eu não tenho conhecimento sobre isso. Tipo: “Ah, se fulano tá procurando esse tratamento eu acho que a unidade vai encaminhar”, eu não sei. Eu nunca soube de casos, nunca mesmo, não sei o que deve ser feito, como a atenção básica deve agir. E1

Na atenção básica mesmo o meu entendimento é praticamente zero, eu não sei muito, porque pessoas que eu conheço que fizeram tratamento não foram pela atenção básica, entendeu? Não tiveram esse acolhimento pelo SUS, tiveram que buscar esse serviço na rede privada. E9

É crucial aos trabalhadores conhecerem o importante papel que o nível primário de atenção à saúde possui no cuidado a essas demandas. O desconhecimento sobre as ações que devem ser desenvolvidas na AB tem como consequência uma assistência falha, com atendimentos deficientes com pouca ou nenhuma responsabilização, assim como, um número excessivo de encaminhamentos para os níveis secundário e terciário (Dias et al., 2012; Moura et al., 2013).

Atenção Básica: Porta de entrada para os casos de infertilidade

Alguns profissionais apresentaram outras perspectivas discorrendo sobre o papel da Atenção Básica como porta de entrada para a RAS:

A atenção básica é responsável por fazer a triagem, a busca desses casos, de identificar quais são esses pacientes e uma vez identificados acolher né, receber esses pacientes, avaliar as possibilidades pra ele de tratamento, tanto psicológica, quanto medicamentoso, social né, avaliar esse indivíduo como um todo e discutir com esse paciente as possibilidades de diagnóstico real né e de tratamento pra aqueles casos que há possibilidade de tratamento. Então atenção básica entraria nesse primeiro contato com o paciente. E2

Até o momento o papel da atenção básica é responsável pela identificação do casal, no caso da anamnese né, os exames clínicos, ginecológicos, e aí ela faz esses diagnósticos básicos e aí eles encaminham. E ocorre essa assistência aqui primeiro, os exames que são competentes às equipes ne, pra haver o encaminhamento. E7

Poucos participantes demonstraram possuir conhecimento sobre a importância que esse âmbito possui. Segundo Thable et al. (2020) a atenção primária ocupa a posição ideal para realizar o reconhecimento de usuários que apresentam riscos de desenvolver problemas associados à reprodução e assim, possibilitar que sejam feitas investigações e tratamentos precoces otimizando a fertilidade e conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes. É necessário abordar o papel que a AB possui com os trabalhadores que nela atuam, trazendo reflexões sobre a sua competência, as ferramentas que possui e os impactos positivos que

pode ter. O conhecimento e a reflexão podem gerar mudanças no olhar sobre essa temática, e consequentemente, corroborar com mudanças significativas nas práticas exercidas.

Percepções sobre o envolvimento do sexo masculino e feminino no Planejamento

Reprodutivo

As percepções a respeito da participação do homem e da mulher no Planejamento Reprodutivo emergiu nos discursos como um tema relevante a ser discutido. A partir dos relatos foi possível averiguar um maior envolvimento da mulher, assim como, uma assistência destinada principalmente ao sexo feminino no que se refere às práticas de PR. Dessa análise emergiram dois eixos: o Planejamento Reprodutivo destinado principalmente à saúde da mulher e as vivências dos homens e das mulheres ante à infertilidade.

Tabela 8

Categoria de Análise: Percepções sobre o envolvimento dos gêneros no Planejamento Reprodutivo

Categoria	Subcategorias	Entrevistados	Frequência
6. Percepções Sobre o Envolvimento dos Gêneros no Planejamento Reprodutivo	6.1 Planejamento Reprodutivo destinado principalmente à saúde da mulher	E2; E5; E7	06
	6.2 A vivência do homem e da mulher ante à infertilidade	E4; E5; E7	05

Planejamento Reprodutivo destinado principalmente à saúde da mulher

Nas entrevistas, ao discorrerem sobre o Planejamento Reprodutivo, os profissionais informaram que as atividades são destinadas tanto para os homens quanto para as mulheres, apesar de raramente o público masculino acessar o serviço: “geralmente quem procura mais é a mulher, a mulher procura. Temos o planejamento familiar né para o casal, mas quem procura mais é a mulher” E7. Nas palavras do participante E5:

O programa do planejamento familiar dentro da atenção básica dá esse suporte à população, tanto mulher quanto homens, mas são as mulheres que é quem mais procura a gente, mas os homens também procuram quando querem fazer vasectomia. Raramente eles acompanham a companheira no sentido de fazer mesmo né o planejamento familiar em conjunto, mas é importante dar esse suporte à população.

E5

Todavia, alguns relatos se destacaram quando, ao se referirem ao PR fizeram menção apenas à vida sexual e reprodutiva da mulher: “É uma política que vai englobar todo esse processo de vida sexual ativa da mulher, visando tanto a concepção quanto também o processo de proteção” E2. Em outras situações citaram o PR como um conjunto de ações destinadas a ambos os sexos, porém enfatizaram as atividades destinadas principalmente a população feminina.

Dessa forma, as falas parecem apresentar uma sobrecarga sobre a mulher no que concerne à função reprodutiva. Segundo Lima (n.d) o feminino sempre esteve vinculado ao ambiente doméstico na sociedade, sendo responsabilidade da mulher a criação dos filhos e a sua educação. Ao homem cabia ser o provedor da família e permear os espaços públicos da

sociedade. Dessa forma, é possível afirmar que historicamente houve uma desigual atribuição de papéis sociais para o homem e para a mulher e que isso se reflete ainda hoje nos diferentes aspectos da sociedade, como nas leis, nas normas, nos relacionamentos, nos ambientes de trabalho, nas instituições de saúde e outros. O Planejamento Familiar, dentro dessa perspectiva, apesar de destinar-se a ambos os gêneros no que concerne à constituição, limitação ou aumento da prole, demonstrou desde a sua origem estar associado à figura feminina designando à mulher a responsabilidade reprodutiva (Sauthier & Gomes, 2011).

A esse respeito Santos et al. (2015) consideram ser necessário que as instituições de saúde desenvolvam ações e estratégias que conscientizem e facilitem a participação e responsabilização masculina na vida sexual e reprodutiva. A literatura demonstra que os serviços raramente oferecem atividades pautadas na promoção da saúde do homem. Os usuários masculinos ainda são assistidos numa perspectiva biomédica na qual são acolhidos quando apresentam alguma patologia que reivindique um atendimento (Gomes et al., 2013). Geralmente, os profissionais relatam a resistência dos homens em comparecer aos serviços de saúde, porém se faz necessário reconhecer também a falta de Planejamento, de programação de atividades que promova uma maior inclusão dessa população nas propostas assistenciais (Machado & Ribeiro, 2012).

O direcionamento da mulher ao espaço das relações privadas, do ambiente doméstico, fez instituir a crença de que o planejamento reprodutivo é responsabilidade restrita do público feminino, tanto no que se refere à concepção quanto à contracepção (Sauthier & Gomes, 2011). Até mesmo as técnicas e métodos utilizados tem como foco o corpo feminino, como se na mulher estivesse a solução para o problema. É indiscutível que as intervenções realizadas com as tecnologias de reprodução assistida direcionam-se para ela, assim como os métodos contraceptivos, em sua maioria, destinam-se também a essa população. Ademais, historicamente existe um contexto de submissão e de ameaça à autonomia da mulher e o

Poder Público ainda se mostra ineficiente para promover meios efetivos que promovam a isonomia entre os gêneros, acentuando assim, as relações de dominação. À mulher ainda não resta escolha, a não ser se incumbir, muitas vezes, desse papel de forma solitária (Sauthier & Gomes, 2011).

A vivência do homem e da mulher perante a infertilidade

No que se refere à infertilidade, a literatura em sua maior parte, mostra que os gêneros se adaptam de formas distintas ao diagnóstico. Os impactos psicossociais vivenciados, as perturbações sentidas ao longo do tratamento apresentam importantes distinções (Daniluk, 2001).

Os profissionais entrevistados abordaram sobre a maior participação da mulher na busca pelo diagnóstico e tratamento de infertilidade e sobre o sofrimento decorrente da doença ser mais aparente e intenso no componente feminino:

A demanda é baixa, mas tem mulher que procura essa ajuda. Homem já é mais difícil, mas assim, homem já tem mais dificuldade de procurar né, mas a parte feminina tem sim, não é uma demanda muito grande, mas existe essa demanda sim. E4

Tem que orientar né quanto a questão da infertilidade, tanto pode ser do homem quanto da mulher, mas quem procura é a mulher né, achando que é ela. Então a gente orienta, solicita os exames que tem que solicitar de acordo protocolo do ministério da saúde e faz o encaminhamento para o atendimento especializado de ginecologia. E5

Durante muito tempo perdurou-se a ideia de que a infertilidade é responsabilidade e problema exclusivamente feminino. Contudo, sabe-se que na literatura recente o fator masculino é tão presente quanto o feminino sendo fundamental a participação do homem nesse percurso (Geber et al., 2014).

Segundo os cadernos de Atenção Básica de Saúde sexual e saúde reprodutiva, a abordagem quando feita de forma comum torna o tratamento mais eficaz, possibilitando o conhecimento de ambas as partes, a cooperação e a responsabilização entre o casal (Brasil, 2013).

Outro aspecto relevante refere-se às diferenças no comportamento e nas respostas emocionais entre homens e mulheres, perante o diagnóstico. Para o participante E7 “Tem muitos impactos psíquicos, principalmente pra mulher. A mulher tem aquela coisa de que quando casa quer ser mãe logo, e quando ela tenta e não consegue, se frustra né”.

Para muitos autores, as mulheres sofrem maiores repercussões com o diagnóstico e tratamento quando comparado aos homens. Elas apresentam quadros de ansiedade e sintomatologia depressiva de forma mais intensa (Beaurepaire et al., 1994). Para Amado (2012), o papel social da mulher ainda se encontra rigorosamente atrelado à maternidade podendo sofrer impactos profundos na sua identidade perante a infertilidade, fazendo surgir sentimentos de fracasso, incapacidade e falta de controle.

De acordo com Hardy & Makuch (2002, citado por Gameiro et al., 2008), geralmente são as mulheres que tomam a iniciativa de buscar ajuda profissional, sofrem mais com a realização de exames invasivos e dolorosos. Mesmo em circunstâncias em que a causa da infertilidade está no parceiro, elas vivenciam o sentimento de culpa e frequentemente buscam tratamentos focalizados em seu sistema reprodutor. Essa pode ser uma explicação que ajuda a compreender a razão pela qual a iniciativa de busca pela assistência profissional ocorre quase sempre pelo elemento feminino (Gameiro et al., 2008).

No homem, as respostas emocionais parecem estar mais presentes quando a causa da infertilidade é por fator masculino, manifestando assim como a mulher, choque, ansiedade, culpa, vergonha, medo, depressão e outros (Gomes, 2007).

Ramos e Santos (2010) salientam que as mulheres são mais participativas no tratamento, enquanto os homens se comportam de forma evitativa. Parecem esquecidos e distraídos. Para eles, falar sobre sua própria infertilidade é um processo muito difícil e desistir do tratamento, apesar de doloroso, pode parecer uma estratégia radical de resolver o problema (Gomes, 2007). Na mulher, o sofrimento inerente ao abandono do tratamento e a desistência de tornar-se mãe aparece de forma mais acentuada e crítica. Dessa forma, Amado (2012) afirma que há divergências de gênero no que se refere às perspectivas de renunciar aos tratamentos. Posto isto, Ramos e Santos (2010) reforçam a ideia de que a vivência da infertilidade é mais exigente para o sexo feminino e afirmam que os homens se adaptam melhor às frustrações do tratamento e à possibilidade de nunca se tornarem pais.

Em contrapartida Wright et al., (1991) sublinham que o componente masculino, ao ser confrontado com a infertilidade, apresenta níveis elevados de ansiedade, maiores problemas na autoestima, em seu papel social, além de problemas na performance sexual que é afetada com períodos de impotência e ansiedade (Cousineau & Domar, 2007).

As expectativas sociais referentes ao papel que o homem deve exercer, muitas vezes o impede de expressar suas emoções, já que com frequência, para a sociedade, esse comportamento remete à fragilidade e ao lugar feminino (Gameiro et al., 2008). Comumente, no intuito de protegerem suas parceiras e fornecerem apoio, podem reprimir suas emoções e demonstrarem menor comprometimento emocional (Cousineau & Domar, 2007). Esse comportamento de se manter mais distante e apresentar dificuldades para abordar o tema até mesmo com as parceiras pode gerar conflitos na relação conjugal (Bernal & Jordá, 2010).

A respeito dessas diferenças entre os gêneros, Amado (2012) ressalta que a experiência da infertilidade é igualmente profunda e dolorosa para ambos. Para Delgado (2007) ambos sofrerão a perda de um ser simbólico de imenso valor, a morte de um futuro que haviam idealizado. Sofrerão a perda da fantasia de viverem experiências ligadas à maternidade e à paternidade.

Produto da pesquisa: Estruturação de uma Oficina de Educação em Saúde

Após a finalização da discussão dos resultados desenvolveu-se a estruturação de uma Oficina de Educação em Saúde a ser realizada com os participantes, de forma a abordar conjuntamente a temática do estudo. O seu planejamento teve como base o material proveniente da análise de conteúdo das entrevistas. Assim, a partir dos resultados que emergiram da análise, foram elaborados os temas a serem explorados.

Segundo Afonso (2002), as oficinas funcionam como encontros estruturados voltados para a explanação de temas significativos para o grupo, buscando a reflexão, a construção de novos conhecimentos e a superação de possíveis barreiras. Assim, as oficinas têm sido utilizadas em diversos contextos, incluindo os cenários de saúde, nos quais funcionam com a finalidade de capacitar os profissionais, gerar melhorias na assistência e na promoção da saúde sendo um importante instrumento no enfrentamento das dificuldades que permeiam as práticas de trabalho (Amaral e Fonseca, 2006).

De acordo com Spink et al. (2014) as oficinas são capazes de criar um ambiente propício a trocas simbólicas potencializando as discussões em torno da temática proposta. Assim, elas “(...) sensibilizam as pessoas para a temática trabalhada, possibilitando aos seus participantes a convivência com a multiplicidade (nem sempre harmônica) de versões e sentidos sobre o tema” (Spink et al., 2014, p.33). O foco da oficina está justamente na multiplicidade das práticas discursivas, nas trocas e na produção de novos sentidos que ocorrem a partir das diferentes narrativas e posicionamentos que se contrastam no contexto da interação face a face. Os autores ainda ressaltam o poder desse instrumento em contribuir com a coconstrução de novas possibilidades de significados em torno da temática, podendo gerar transformações e deslocamentos nas práticas discursivas.

Segundo Amaral (2005), a oficina não se constitui como um instrumento de manipulação, mas sim como um método participativo no qual os processos e resultados acontecem por meio do trabalho em grupo, da rede de relações. As discussões e os diálogos desenvolvidos podem ser estimulados, mas nunca induzidos (Afonso, 2002). Essa metodologia, quando desenvolvida em um ambiente receptivo e respeitoso é capaz de promover o vínculo e a troca de ideias de forma crescente entre os participantes (Amaral et al, 2005). Para Chaves (2011) a técnica integra o grupo facilitando os processos de reflexão, criatividade e iniciativa.

Posto isto, a construção da oficina ocorreu após o desenvolvimento da discussão dos resultados buscando priorizar as necessidades e lacunas apresentadas nos relatos dos profissionais, como por exemplo, elementos que não foram indicados ou que foram pouco abordados.

A elaboração da oficina tem como objetivo promover a reflexão, a sensibilização e a apropriação do conhecimento a respeito da assistência à infertilidade no contexto da Atenção Básica. Para isso, foram incluídos em sua composição:

- ✓ Momento inicial destinado aos esclarecimentos sobre a finalidade da atividade e à integração do grupo;
- ✓ Desenvolvimento da oficina com a aplicação de ações objetivando o diálogo e as discussões a respeito do Planejamento Reprodutivo, da Infertilidade e da abordagem à infertilidade na AB (nessa ocasião, diferentes recursos e atividades serão utilizados, como: discussão de casos fictícios e de vídeos, atividades em grupo, produção de mural, discussões conduzidas, uso de slides, imagens e outros;
- ✓ Fase final disponibilizada para que os profissionais possam dar o feedback e compartilhar suas impressões sobre as construções que foram efetuadas.

Os participantes serão convidados a participar da Oficina que acontecerá na Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Será um encontro presencial com duração prevista de até quatro horas e trinta minutos.

Tabela 9

Estrutura da Oficina de Educação em Saúde:

OFICINA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA À INFERTILIDADE

Momento 01

Objetivo: Produzir um ambiente acolhedor por meio da integração do grupo e de esclarecimento sobre o objetivo da oficina.

Atividades:

- Agradecimentos à colaboração dos profissionais e apresentação do objetivo da oficina;
- Quebra-gelo (Apresentação dos participantes)

Tempo estimado: 15 minutos.

Momento 02

Objetivo: Apresentar o Planejamento Reprodutivo como um direito garantido a todos os cidadãos.

Atividades:

- Com o auxílio de slides, apresentar e discorrer de forma breve sobre importantes documentos legais e políticos que abordam o Planejamento Reprodutivo enquanto um direito garantido a homens e mulheres.
-

DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996	Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VII da Ordem Social, capítulo VII, art. 226, § 7º.	Assegura a disponibilização pelo Estado de recursos necessários ao exercício do Planejamento Familiar.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, de 2004.	Defende a implementação de ações de saúde que garantam os direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Nela está apresentada a assistência em planejamento familiar.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, de 2008.	Promove ações de saúde destinadas à compreensão da realidade masculina visando a oferta de um cuidado que resguarde a integralidade da atenção. Dentre as medidas, a Política enfoca o planejamento reprodutivo masculino.
Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de 2005.	Define critérios para o tratamento da infertilidade nos serviços da atenção primária, secundária e terciária que integram o SUS.
Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, de 2005	Apresenta as diretrizes que garantem os direitos referentes à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, com ênfase no planejamento familiar.

Tempo estimado: 25 minutos.

Referências:

Constituição da República Federativa do Brasil (1998); Lei nº 9.263 de janeiro de 1996; Ministério da Saúde - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); Ministério da Saúde - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008); Ministério da Saúde - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005); Portaria Nº 426/GM, de 22 de março de 2005; Ministério da Saúde – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (2013).

Momento 03

Objetivo: Trabalhar os critérios estabelecidos para identificar a presença do diagnóstico de infertilidade, de acordo com a literatura.

Atividades:

- Abordar sobre o diagnóstico e os tipos de infertilidade por meio da análise de casos fictícios. Os participantes serão divididos em grupos e receberão o material impresso para ser avaliado. Será solicitado que identifiquem e analisem importantes elementos para o diagnóstico como: o tempo de tentativas para obter a gravidez e a frequência sexual, além dos tipos de infertilidade (primária e secundária). Posteriormente, esses dados serão explanados de forma conjunta pela pesquisadora e pelos profissionais.

Tempo estimado: 25 minutos.

Referências:

FEBRASGO (2011); Practice Committee of The American Society for Reproductive Medicine. (2013); Geber et al. (2014); World Health Organization. (2020).

Momento 04

Objetivo: Familiarizar e sensibilizar os participantes a respeito das repercussões biopsicossociais da infertilidade sobre a vida do paciente.

Atividades:

- Discutir sobre os impactos biopsicossociais da infertilidade através dos vídeos: “Sentimentos de Infertilidade” do canal do Youtube Vida Bem-vinda e “A dor da infertilidade” do canal A longa jornada. As discussões guiadas buscarão abordar os seguintes elementos:
 - a. As cobranças da sociedade e o isolamento dos pacientes frente à infertilidade;
 - b. Implicações frequentes no relacionamento conjugal referentes à comunicação e à vida sexual, em decorrência da doença;
 - c. Sentimentos comumente vivenciados pelo paciente infértil;
 - d. Diferenças nos comportamentos dos homens e das mulheres em relação à infertilidade;
 - e. Impactos físicos, principalmente sobre o corpo feminino;
 - f. A importância que a escuta e a postura empática das equipes de saúde possuem sobre a vivência da infertilidade pelos pacientes.

Links para acesso aos vídeos:

[Sentimentos da Infertilidade - YouTube](#)

[A DOR DA INFERTILIDADE - YouTube](#)

Tempo estimado: 40 minutos.

Referências:

Amado (2012); Cook (1987); Delgado (2007); Farinati et al. (2006); Gameiro et al. (2008); Gomes (2009)

Momento 05

Coffee break

Tempo estimado: 20 minutos

Momento 06

Objetivo: Gerar reflexões sobre o papel e a competência da Atenção Básica na assistência à infertilidade.

Atividades:

- Construir um mural de forma coletiva com informações referentes à abordagem ao paciente infértil na Atenção Básica. Serão fornecidos aos profissionais diversas mensagens impressas em formato de frases, parágrafos ou palavras que deverão ser colocadas no mural e alocadas nas seguintes categorias: Avaliação Clínica, Causas de Infertilidade, Orientação e Encaminhamentos. No final, o mural deverá conter informações a respeito dos seguintes conteúdos:
 - a. Avaliação Clínica (anamnese, exame físico, exames complementares);
 - b. Causas de infertilidade;
 - c. Orientações sobre o período fértil (métodos baseados na percepção da fertilidade – MBFP) e escuta empática do paciente;
 - d. Critérios para a realização dos encaminhamentos

- Após a finalização da produção do mural, serão abordados os elementos presentes e as possíveis dificuldades encontradas pelo grupo na confecção do material.
- O material fornecido aos participantes para compor o mural será retirado do capítulo 12 dos Cadernos de Atenção Básica de Saúde Sexual e Reprodutiva do Ministério da Saúde, que traz orientações referentes à abordagem ao casal infértil na Atenção Básica.

Tempo estimado: 1 hora.

Referências:

Cunningham (2017); FEBRASGO (2011); Ministério da Saúde – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (2013).

Momento 07

Objetivo: Educar os profissionais a respeito dos fatores de risco envolvendo a fertilidade do homem e da mulher de maneira a gerar reflexões sobre as práticas envolvendo a promoção e a prevenção referentes à saúde reprodutiva.

Atividades:

- Lançar perguntas ao grupo com o propósito de gerar reflexões sobre as atribuições da Atenção Básica ante à infertilidade, envolvendo outras ações além da avaliação clínica realizada nas consultas e dos encaminhamentos. A partir disso, introduzir a discussão sobre a importância da AB na promoção à saúde reprodutiva.
- Aplicar a dinâmica “Mitos e Verdades”, na qual serão lidos diversos enunciados referentes aos fatores de risco à fertilidade do homem e da mulher com o objetivo de analisar sua veracidade e produzir discussões.

Tempo estimado: 30 minutos.

Referências:

Amado (2012); Faria (2001); Liu e Case (2011); Pereira (2013); Vieira (2012); Weeder e O’Cooner (2006).

Momento 08

Objetivo: Provocar reflexões sobre a responsabilidade das diferentes categorias profissionais na atenção à infertilidade.

Atividades:

- Dinâmica “Amigo Secreto da Fertilidade”. Solicitar aos participantes que se dividam em grupos de acordo com às categorias profissionais presentes. Cada grupo deverá relatar em papel como percebem a importância de sua profissão na abordagem a respectiva temática, as possíveis atribuições ou ações que poderiam desenvolver apesar das dificuldades existentes em suas práticas.
- Posteriormente os relatos serão entregues e lidos pela pesquisadora, para que os profissionais possam inferir a autoria dos relatos, ou seja, identificar os grupos profissionais por meio dos relatos.

Tempo estimado: 30 minutos.

Referências:

Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos et al. (2007); Coelho e Fonseca (2004); Moura e Silva (2007).

Momento 09

Objetivo: Avaliar por meio dos relatos se a oficina conseguiu alcançar seu objetivo e colher sugestões que possam contribuir para a confecção de futuras oficinas.

Atividades:

- Fechamento e Feedback: agradecer a participação dos que estão presentes e solicitar um feedback e sugestões sobre a oficina por meio de um relato breve e escrito (o relato não necessitará de identificação).

Tempo estimado: 20 minutos.

Conclusão

A presente dissertação buscou, ao longo de seu desenvolvimento, analisar a percepção de profissionais atuantes na Atenção Básica a respeito da assistência destinada à infertilidade nesse contexto. Pode-se considerar que os objetivos do estudo foram alcançados e que foi possível acessar a compreensão dos participantes acerca do planejamento reprodutivo, da infertilidade e os seus impactos biopsicossociais, do papel da atenção primária nesse cuidado, assim como, conhecer a prática exercida por eles diante das demandas referentes a essa problemática.

Para tanto, a pesquisa foi realizada em três Estratégias de Saúde da Família tendo a participação de nove trabalhadores referentes às categorias profissionais da enfermagem, medicina, agente comunitário de saúde e técnico em enfermagem. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e uma posterior análise de conteúdo das falas.

Os resultados do estudo sugerem que, a respeito do entendimento que possuem sobre o Planejamento Reprodutivo, os profissionais atuantes nas ESF não o percebem como um direito e desconhecem importantes documentos legais e políticos que instituem as diretrizes para a sua implementação. Compreendem o PR como uma decisão do indivíduo sobre sua vida reprodutiva, assim como, uma importante ferramenta da ESF de acolhimento e orientação à população. Apesar de reconhecerem a assistência à concepção e à anticoncepção como partes do planejamento, raramente desenvolvem atividades envolvendo o auxílio à concepção. Além disso, de forma notória, enfatizam o público feminino como principal alvo das ações.

O entendimento acerca da infertilidade também apontou deficiências. Elementos importantes a respeito do diagnóstico, das causas e dos tipos de infertilidade foram pouco explanados. No que concerne às implicações biopsicossociais, abordaram sobre as pressões

sociais e familiares vivenciadas pelos casais, o isolamento decorrente desse processo, os desgastes gerados no relacionamento conjugal, a importância cultural dada à procriação, assim como, os impactos psíquicos decorrentes da doença, a exemplo de sentimentos de frustração, incapacidade, impotência, tristeza e outros. Porém, a compreensão sobre essas repercussões, tão necessária para a prática das equipes de saúde, se apresentou de forma rasa devendo este ponto ser trabalhado e discutido com os profissionais, tendo em vista inclusive sua importância para a construção de vínculo com os usuários.

Ao versarem sobre o papel da Atenção Básica na assistência à infertilidade, muitos mencionaram a sua ineficiência. A sua capacidade em acolher e assistir os pacientes foi questionada, percebida como negligente e incompetente. Para alguns, o SUS não se responsabiliza pela atenção fornecida a esses casos, sendo uma função ao alcance apenas do setor privado. Apesar de haver trabalhadores que demonstraram conhecer alguns dos atributos da AB, como ser o primeiro contato na identificação dos casos de infertilidade, não referiram o seu papel na promoção, proteção e na recuperação da saúde reprodutiva. Associaram a qualidade da assistência ao uso de procedimentos e tecnologias duras, como aquelas voltadas para a reprodução assistida, característicos da média e da alta complexidade.

A respeito das práticas exercidas nas ESF, os resultados sugerem uma sobrecarga dos enfermeiros em relação às atividades de planejamento reprodutivo e a ausência de comprometimento e responsabilização das outras categorias profissionais. Para uma prática efetiva, é fundamental a participação dos diferentes membros das equipes, envolvendo os diversos saberes que delas fazem parte. Os trabalhadores, enquanto prestadores de cuidados em saúde, precisam ser capacitados para tal exercício e ter esclarecido suas funções referentes a essa prática. Assim, as ações não serão limitadas às consultas de planejamento familiar com a enfermagem, mas englobarão outros elementos tornando-se mais operativa e propiciando uma melhor assistência à população. Os participantes também discutiram sobre as ações

envolvendo a escuta dos pacientes, a solicitação de exames, o tratamento inicial dentro das possibilidades de cada caso e de estrutura da ESF, além dos encaminhamentos aos serviços especializados.

Para os participantes, o cuidado destinado à infertilidade na Atenção Básica é ainda muito deficiente, sendo praticamente nulo. Essa carência, é justificada por alguns, pela baixa demanda de indivíduos que buscam os serviços com esse problema. Mas, um questionamento deve ser feito: como explicar a grande procura nos serviços da média e da alta complexidade? Em contrapartida, a despeito de também haver limitações, claramente a contracepção recebe maior ênfase dentre as ações executadas.

A ausência de capacitações e de um fluxograma municipal se apresentou como um importante dificultador no fazer dos profissionais. Eles se sentem despreparados e inseguros para garantir a atenção que é necessária. Além disso, não possuem suporte da rede que possa acolher e atender as necessidades dos casos que demandam o cuidado especializado, tendo grandes dificuldades para realizar os encaminhamentos necessários diante das falhas que a rede apresenta.

As capacitações são essenciais para auxiliar as equipes. É primordial que os gestores promovam o seu conhecimento e aprimoramento. O fornecimento de um fluxograma muitas vezes é prejudicado pela carência de serviços, sendo esta uma realidade bastante característica de muitas localidades. Dessa forma, é preciso utilizar as ferramentas que estão disponíveis e buscar uma maior familiarização com a temática, por meio dos protocolos do ministério da saúde, do estudo e de solicitações de capacitações, além de educar a população buscando estratégias capazes de promover o entendimento sobre os aspectos relacionados à saúde reprodutiva e à prevenção de problemas que afetam a fertilidade.

Ademais, a despeito das dificuldades apontadas e das limitações presentes nas práticas, os participantes expuseram a abertura das equipes para acolher e atender os

pacientes como um importante facilitador nesse processo. De fato, o acolhimento proporcionado pelos serviços, a postura empática e a busca pelo atendimento às necessidades apresentadas demonstram ser imprescindíveis na elaboração e nas decisões a serem tomadas pelos usuários perante o diagnóstico da doença. Dessa forma, ao serem ofertadas capacitações, elas devem trabalhar as competências para se relacionar e comunicar com esses indivíduos, devendo os profissionais estarem preparados para promover um ambiente acolhedor e capaz de lidar com os impactos psicossociais que porventura tenham sido produzidos, estando livres em suas práticas de comportamentos que possam intimidar ou constranger o casal.

No decorrer do estudo, foi notória a relevância e a importância do objeto abordado, sendo uma temática atual, oportuna e ainda pouco retratada em pesquisas. O conhecimento a respeito dos direitos e da assistência envolvendo a infertilidade pode promover mudanças e melhorias no fazer dos profissionais, assim como, possibilitar o exercício consciente dos usuários a respeito de seus direitos, de forma a repercutir em uma assistência eficaz e competente na atenção primária à saúde. Do mesmo modo, entender as dificuldades apresentadas na prática pode beneficiar o desenvolvimento de estratégias que sejam capazes de contribuir para a qualidade da intervenção e do cuidado destinado aos pacientes.

É importante ressaltar que o desenvolvimento deste estudo somente foi possível através da colaboração dos trabalhadores que se disponibilizaram a realizar as entrevistas e nelas, compartilharem suas vivências e conhecimentos sobre o objeto de estudo.

De um modo geral, é possível afirmar que o conhecimento sobre a infertilidade e sobre o papel da Atenção Básica nesse cuidado mostrou ser insuficiente para promover a assistência adequada que os pacientes necessitam. São vários elementos que precisam ser considerados, incluindo: o entendimento do planejamento reprodutivo enquanto um direito do cidadão, a infertilidade como componente do planejamento, as implicações físicas, psíquicas

e sociais do diagnóstico e do tratamento e como elas se interrelacionam nesse processo, as atribuições do nível primário de atenção referente à essa problemática, assim como, a importância que as equipes de saúde têm na recuperação da saúde reprodutiva dos indivíduos, podendo facilitar o percurso da vivência com a doença ou tornar essa uma experiência ainda mais complexa.

Se faz necessário destacar a importância da escuta, do acolhimento, do estabelecimento de vínculo, da abordagem ao indivíduo considerando a família, o meio no qual está inserido, os aspectos psicossociais, além das intervenções preventivas e educativas que promovem o conhecimento dos usuários, o desenvolvimento de sua autonomia e responsabilização. Assim, além de ser o primeiro contato do paciente infértil com a rede de atenção à saúde, de propiciar o início ao processo de identificação e investigação das causas da doença, a Atenção Básica, com intervenções de baixo custo é apta e competente para acolher e cuidar dos usuários. Ademais, é fundamental reforçar a sua importância na coordenação dos sistemas de saúde, devendo ser contínua no cuidado, providenciando o atendimento em outros pontos da rede de acordo com as necessidades apresentadas.

Com a realização deste estudo, o qual permitiu a apreensão do fenômeno pesquisado, procuramos nos aproximar da realidade das práticas produzidas pelos trabalhadores em torno da atenção à infertilidade na saúde pública, especificamente na Atenção Básica, relacionando o que a literatura traz com o que é vivenciado nos serviços, apontando as limitações e dificuldades encontradas nessas vivências. Buscamos assim, produzir reflexões e a sensibilização a respeito da necessidade de assistir os indivíduos que apresentam dificuldades para alcançar a concepção, sendo este um direito garantido pelo Estado Brasileiro.

É importante salientar a necessidade de desenvolver novas investigações que incluam a participação de trabalhadores das diferentes categorias profissionais da saúde, considerando

o ônus existente sobre a enfermagem tanto nas práticas quanto na própria literatura existente sobre o Planejamento Reprodutivo.

Outro aspecto observado refere-se à deficiência de pesquisas destinadas à compreensão dos profissionais sobre as repercussões sociais, psíquicas e físicas da infertilidade sobre as pessoas que com ela convivem. Com frequência, os estudos que se voltam para esses aspectos abordam apenas a percepção e vivência dos pacientes. Na verdade, os artigos científicos que incluem a participação dos trabalhadores de saúde, comumente enfatizam os aspectos físicos da infertilidade, como o conhecimento dos profissionais sobre o diagnóstico, o tipo de infertilidade, as causas, entre outros. Ademais, a literatura a respeito da promoção e prevenção envolvendo a saúde reprodutiva também é escassa.

Dessa forma, os resultados obtidos dessa dissertação, longe de exaurir todos os pontos que foram apresentados, destaca a necessidade da realização de novas pesquisas que abordem a percepção e a prática exercida pelos profissionais em torno dessa temática, não somente na Atenção Básica, mas também nos outros níveis de atenção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Referências

- Abbey, A., Andrews, F., & Halman, L. (1991). Gender's role in response to infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 15(2), 295-316.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1991.tb00798.x>
- Afonso, M. L. M. (org). (2002). Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte, Edições do Campo Social.
- Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos; Johns Hopkins University; Organização Mundial da Saúde. (2007). Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore.
- Almeida, R. A., & Malagris L. A. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* 14(2), 183-202.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012.
- Almeida, A. S., Rocha, M. G., Miná, P. F. L., & Coelho, R. A. (2018). Protocolo clínico. Infertilidade: propedêutica do casal infértil. Universidade Federal do Cereá. Maternidade – Escola Assis Chateaubriand. EBSERH.
- Alves, R. F. (2008). *Intervenciones de Profesionales en el Campo de la Salud: Estudio Antropológico Comparativo en Brasil, España y Portugal*. [Tese de Doutorado, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Antropología]. Repositorio Institucional de la Universidad de Granada.
- Amado, P. M. F. V. (2012). *As Vivências do Homem Infértil que Deseja ter Filhos*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Amaral, M. A. (2005). *Entre o desejo e o medo: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescentes*. [Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-13092012-084259/publico/tese.pdf>.
- Amaral, M. A., & Fonseca, R. G. M. S. (2006). Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4): 469-76.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400004>.
- Asazawa, K. & Mori, A. (2015). Development of a partnership causal model for couples undergoing fertility treatment. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(3), 208-221.
<https://doi.org/10.1111/jjns.12061>.
- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (março de 2020). *Perfil de Vitória da Conquista-BA*. Elaboração: PNUD, IPEA, FJP.
http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/vitoria-da-conquista_ba.
- Bardin, L. (1997) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, L. E. (2003). Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg, P.; Marsiglia, R. M. G.; & Gomes, M. H. A. *O clássico e o novo: tendências, objetivos e abordagens em ciências sociais e de saúde* (209-222). Fiocruz.
- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., & Tennant, C. (1994). Psychological adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 229-240.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90118-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90118-X)

- Bernal, Z. D., & Jordá, D. G. (2010). Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 198-203.
<https://www.scielo.org/article/rcsp/2010.v36n3/198-203/>
- Boivin, J. & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104(2), 251-259.
[https://doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.05.035](https://doi:10.1016/j.fertnstert.2015.05.035).
- Bulleting of The World Health Organization. (2010). Mother or nothing: the agony of infertility. *Bull World Health Organ.*, 88, 881–882.
<https://doi:10.2471/BLT.10.011210>.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/25293/ENSP01.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- Casarin, S. T., & Siqueira, H. C. H. (2010). Planejamento familiar e os direitos reprodutivos: a produção científica da enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 4(1), 348-356. [https://doi: 10.5205/reuol.745-5709-1-le.0401201044](https://doi:10.5205/reuol.745-5709-1-le.0401201044).
- Chaves, R. I. F. M. (2011). Educação em Saúde Bucal: Oficinas para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde de Montes Claros – MG. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências e Matemática].
[https:// biblioteca.pucminas.br/teses/EnCiMat_ChavesRIFM_1.pdf](https://biblioteca.pucminas.br/teses/EnCiMat_ChavesRIFM_1.pdf)
- Coelho E. A. C., & Fonseca R. M. G. S. (2004). Atuação de enfermeiras no campo da regulação da fecundidade em um serviço público de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1):37-45.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100005>

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998).

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html.

Cook, W. P. (1987). Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. *Journal of Counseling and Development*, 65(9), 465-470.

<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1987.tb00756.x>

Costa, A. C. S. (2019). *Obesidade e infertilidade feminina: fisiopatologia e tratamento*.

[Dissertação de Mestrado, Mestrado Integrado em Medicina, Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia].

<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46315/1/AnaSCosta.pdf>

Costa, A. M., Guilhem, D., & Silver, L. D. (2006). Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 6(1), 75-84.

<https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000100009>.

Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.

<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>

Cudmore, L. (2005). Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(3), 299-308.

<https://doi.org/10.1080/14681990500141204>

Cunningham, J. M. (2017). Infertility: A primer for primary care providers. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 30(9), 19-25.

<https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000522130.01619.b7>.

Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (2009). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz.

Daniluk, J. (2001). "If We Had It to Do Over Again . . .": Couples' Reflections on Their Experiences of Infertility Treatments. *The Family Journal: Counseling and Therapy*

for Couples and Families, 9(2), 122-133.

<https://doi.org/10.1177/1066480701092006>

Declaração Universal dos Direitos Humanos. (1948). Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Unesco Documento Digital Library.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423>.

Delgado, M. J. C. (2007). *O desejo de ter um filho. As vivências do casal infértil*. [Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa].

<http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/724/1/LC331.pdf>.

Dias, A. A., Moura, E. R. F., Nogueira, P. S. F., Coutinho, J. F. V., & Oriá, M. O. B. (2012). Estratégia educativa voltada para enfermeiros sobre atenção básica à infertilidade: estudo de intervenção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 69-77.

<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200011>.

Domar, A., Gordon, K., Velasco, J. G., La Marca, A., Barriere, P., & Beligotti, F. (2012). Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: a survey in four European countries. *Human Reproduction*, 27(4), 1073-9.

<https://doi:10.1093/humrep/des016>.

Drake, T. S.; & Grunert, G. M. (1979). A Cyclic Pattern of Sexual Dysfunction in the Infertility Investigation. *Fertility and Sterility*, 32(5), 542-545. Department of Obstetrics and Gynecology, Uniformed Services University School of Medicine, Bethesda, Maryland.

[https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)44356-6](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)44356-6).

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and*

Gynaecology, 30(1), 11-20.

<https://doi:10.1080/01674820902830276>.

Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar* 24, 213-225, 2004. Editora UFPR.

<https://www.scielo.br/j/er/a/QPr8CLhy4XhdJsChj7YW7jh/?format=pdf>

Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.189 – 209). Coimbra: Quarteto Editora.

Farinati, D. M., Rigoni, M. S., & Muller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de psicologia*, 23(4),433-439.

<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011>.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (2011). *Manual de Orientação Reprodução Humana*. FEBRASGO.

Fernandes, E. S., Duarte, V. F., Oliveira, L. C., Lima, M. J., Fernandes, N. T., & Lima, J. P. (2016). Atuação dos enfermeiros das unidades básicas de saúde diante da infertilidade masculina. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 10(8).

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11355p2870-2876-2016>

Ferreira, A. C. M. (2014). *O stress e a Infertilidade: Adaptação do Fertility Problem Inventory (FPI) para a população portuguesa*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, Instituto Superior da Maia (ISMAI)].

<https://docplayer.com.br/51208718-O-stress-e-a-infertilidade-adaptacao-do-fertility-problem-inventory-fpi-para-a-populacao-portuguesa.html>.

Ferriani, R. A., & Navarro, P. A. (2004). *Protocolos de condutas em infertilidade conjugal*. Conexão Brasil.

Flyckt, R., & Falcone, T. (2019). Infertility: A practical framework. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 86(7), 473-482. <https://doi.org/10.3949/ccjm.86a.18068>.

- Freitas, A. A. S., & Cabral, I. E. (2008). O Cuidado À Pessoa Traqueostomizada: Análise De Um Folheto Educativo. *Escola Anna Nery*, 12(1), 84-89.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100013>.
- Frias, L. M. P. S., Santos, S. R., & Rios, C. T. F. (2019). Planejamento reprodutivo: atenção prestada aos usuários em situação de infertilidade em unidades básicas de saúde de São Luís -MA. Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. IX Jornada Internacional de Políticas Públicas.
<https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/1182.pdf>
- Fundo de População das Nações Unidas (2018). *O poder de escolha. Direitos Reprodutivos e Transição Demográfica*. https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf.
- Gameiro, S., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). A Experiência Masculina de Infertilidade e de Reprodução Medicamente Assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 235 – 270. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219057006>.
- Garrafa, V., Samrsla, M., Nunes, C., Kalume, C., & Cunha, A. C. R. (2007). Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF – estudo bioético. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(1), 47- 52.
<https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000100019>.
- Geber, S., Valle, M., Hurtado, R., & Sampaio, M. (2014). *Guia de bolso de Infertilidade Conjugal*. Atheneu.
- Gibbs, G. (2009). Qualidade Analítica e Ética. In: GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. (117-133). Artmed.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.

- Gomes, A. B. F. S. (2009). *A Satisfação Conjugal em Casais Candidatos à adoção: Caracterização em Função do Género e do Motivo para Adotar (Infertilidade/não – infertilidade)*. [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Lisboa].
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2152/1/22285_ulfp034905_tm.pdf
- Gomes, S. D. R. Vasconcelos, T. B., Vidal, M. P. B. (2013). Olhe para mim, escute-me: necessidades em saúde de homens. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(4), 835-851.
<https://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4481.pdf>
- Goodman, K., & Rothman, B. (2010). Group Work in Infertility Treatment. 7(1), 79-97.
https://doi.org/10.1300/j009v07n01_07.
- Hassan, M. A. M., & Killick, S. R. (2004). Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility and Sterility*, 81(2), 384-392.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.027>.
- Heilborn, M. L., Portella, A. P., Brandão, E. R., & Cabral, C. S. (2009). Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 269-278. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400009>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Vitória da Conquista – IBGE Cidades*.
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>.
- Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira. (2021). *O Instituto*. <https://www.ims.ufba.br/institucional/o-instituto>.
- Kamel, R. M. (2010). Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reproductive Biology and Endocrinology*. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8(21). <https://doi.org/10.1186/1477-7827-8-21>

- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76(4), 675-687. [https://doi: 10.1016/s0015-0282\(01\)02008-8](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)02008-8).
- Lamaita, R. M., Amaral, M. C, Cota, A. M., & Ferreira, M. C. (2018). Propedêutica básica da infertilidade conjugal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 46/Comissão Nacional Especializada em Reprodução Humana). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099674/femina-2020-485-311-315.pdf>
- Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. (1996). Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm.
- Lima, L. C. (n.d). A mulher e o planejamento familiar: uma discussão sobre gênero. https://uni7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/A_mulher_e_o_planejamento_familiar_um_discussao_sobre_genero.pdf
- Liu, K., & Case, A. (2011). Advanced reproductive age and fertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canadá*. 33(11), 1165–1175. [https://doi: 10.1016/s1701-2163\(16\)35087-3](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)35087-3).
- Luiz, M. S., Nakano, A. R., & Bonan, C. (2015). Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. *Saúde em Debate*, 39(106). <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003009>
- Machado, M. F., & Ribeiro, M. A. T. (2012). O discurso de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. *Interface comunicação, saúde, educação*, 16(1), 343-55. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000029>.

- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43(3). [https://doi: 10.1016/s0015-0282\(16\)48428-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48428-1).
- Marín, J. R. (1999). Historia de la Psicología de la Salud. *Revista de historia de la psicología*, 23(3-4), 185-221. Universidad Miguel Hernández.
<https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2002-vol-23-núm-3-4/>.
- Marcolino, C. (2004). Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 771-779.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300014>.
- Meczekalski, B., Czyzyk, A., Kunicki, M., Podfigurna-Stopa, A., Jakiel, G., Maciejewska-Jeske, M., & Lukaszuk, K. (2016). Fertility in women of late reproductive age: the role of serum anti-Müllerian hormone (AMH) levels in its assessment. *Journal of Endocrinological Investigation*, 9(11), 1259-1265.
[https://doi: 10.1007/s40618-016-0497-6](https://doi.org/10.1007/s40618-016-0497-6).
- Menning, B. E. (1980). The Emotional Needs of Infertile Couples. *Fertility and Sterility*, 34(4), 313-319. The American Fertility Society. [https://doi: 10.1016/s0015-0282\(16\)45031-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)45031-4).
- Minayo, M. C. (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Minayo, M. C. (2004). *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1986). In. *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Biblioteca Virtual em Saúde MS.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Ministério da Saúde. (2002). In. *Assistência em Planejamento Familiar* (4ª ed.). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher Manual Técnico.

- Ministério da Saúde. (2004). In. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Ministério da Saúde. (2005a). In. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1).
- Ministério da Saúde. (2005b). Portaria Nº 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*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm
- Ministério da Saúde. (2008). In. *Saúde do Homem: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Princípios e Diretrizes)*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Ministério da saúde. (2010). In. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)*
- Ministério da Saúde. (2013). In. *Saúde sexual e Saúde Reprodutiva*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica.
- Ministério da Saúde. (2022). In. *Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS*.
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. [Acessado em 08 de janeiro de 2022].

- Moreira, S. N. T., Lima, J. G., Sousa, M. B. C., & Azevedo, G. D. (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(1).
<https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000100015>
- Moura, E. R. F., Silva, R. M., & Galvão, M. T. G. (2007). Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400023>
- Moura, E. R. F.; Vieira, R. P. R.; Dias, A. A. Evangelista, D. R., & Américo, C. F. (2013). Atenção Básica e Infertilidade: Conhecimento e Prática de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(2), 234-240.
<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7147>
- Ness, R., Randall, H., Richter, H., Peipert, J., Montagno, A., Soper, D., Sweet, R. L., Nelson, D. B., Schubeck, D., Hendrix, S. L., Bass, D. C., Kip, K. E., Pelvic Inflammatory Disease Evaluation, & Clinical Health Study Investigators. (2004). Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1327–1329.
<https://doi.org/10.2105/ajph.94.8.1327>
- Oliveira, M. A. C., & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(esp), 158-64.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
- Osis, M. J. D., Faúndes, A., Makuch, M. Y., Mello, M. B., Sousa, M. H., & Araújo, M. J. A. (2006). Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11).
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100023>

- Pereira, L. L. (2013). *Assistência aos casais inférteis: uma análise da rede de atenção do sistema único de saúde na macrorregião de Juiz de Fora – Minas Gerais*.
[Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG].
<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1179>.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24(7), 1656- 1664.
<https://doi: 10.1093/humrep/dep061>.
- Practice Committee of The American Society for Reproductive Medicine. (2013). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a commit. *Fertility and Sterility*, 99(1),63.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.023>.
- Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. (2019). *Plano Estratégico Vitória da Conquista 2020*. Secretaria de Infraestrutura Urbana. Apoio Técnico da Escola Politécnica da Bahia.
- Quayle, Dornelles, L. M.N., & Farinati, D. M. (2020). *Psicologia em Reprodução Assistida*. Editora dos editores.
- Ramos, M.; & Santos, T. (2010). *Esterilidade e Procriação Medicamente Assistida*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Ramos, L. B., & Moser, A. M. M. A. (2015). Problemática da Infertilidade no Âmbito do SUS: uma Revisão Bibliográfica. *Psicologado*.
In:<https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-da-saude/a-problematICA-da-infertilidade-no-ambito-do-sus-uma-revisao-bibliografica>.
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012. (2012).
<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- Rich, C.W., & Domar, A.D. (2016). Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. *Fertility and Sterility*, *105*(5), 1124 – 1127.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.02.017>.
- Santos, J. C., & Freitas, P. M. (2011). Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(3).
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300017>
- Santos, S. M. P., Medeiros, T. F. R., Sousa, F. L. P., Santos, L. V., Mariz, S. R., & Xavier. A. G. (2015). Práticas profissionais em planejamento reprodutivo na estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, *9*(7).
[https://doi: 10.5205/reuol.8074-70954-1-sm0907supl201515](https://doi:10.5205/reuol.8074-70954-1-sm0907supl201515).
- Sauthier, M., & Gomes, M. L. B. (2011). Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *64*(3), 457-464.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300008>
- Shahraki, Z., Ghajarzadeh, M., & Ganjali, M. (2019). Depression, Anxiety, Quality of Life and Sexual Dysfunction in Zabol Women with Infertility, *Maedica*, *14*(2), 131–134.
[https://doi: 10.26574/maedica.2019.14.2.131](https://doi:10.26574/maedica.2019.14.2.131).
- Souza, C. A. B., Facin, A. C., Filho, J. S. C., Salazar, C. C., Freitas, F. M., & Passos, E. P. (2000). Infertilidade Masculina. *Revista HCPA*, *20*(2), 143-149.
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164754/001024193.pdf?sequence1>
- Souza, A. M., Cenci, C. M. B., Luz, S. K., & Patias, N. D. (2017). Casais inférteis e a busca pela parentalidade biológica: uma compreensão das experiências envolvidas. *Pensando Famílias*, *21*(2), 76-88.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200007E

- Spink, M. J., Menegon, V. M., & Medrado. B. (2014). Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 32- 43.
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100005>
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Unesco.
- Straube, K. M. (2007). Da Família Pensada à Família Viva: Estigma, Infertilidade e as Tecnologias Conceptivas. [Tese de Mestrado em Sociologia, Departamento de Sociologia da Universidade Federal do Paraná].
https://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/SOCIOLOGIA/DISSERTAcO.FINAL.pdf.
- Tannus, S., & Dahan MH. (2019). Decrease in American birth rates makes it imperative for the United States to implement state mandated fertility coverage. *Journal of Medical Economics*, 22(3), 252–253.
<https://doi.org/10.1080/13696998.2018.1558866>.
- Thable, A., Duff, E., & Dika, C. (2020). Infertility management in primary care. *The Nurse Practitioner*, 45(5), 48-54.
[https://doi: 10.1097/01.npr.0000660356.18430.0a](https://doi:10.1097/01.npr.0000660356.18430.0a).
- Vieira, R. P. R. (2012). *Intervenção de enfermagem voltada à queixa de infertilidade na atenção básica*. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará].
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22846/1/2012_dis_rprvieira.pdf.
- Weeder, S, K.; & O’Conner, A. (2006). Modifiable risk factors for impaired fertility in women: What nurse practitioners need to know. *Journal of the American Academy of*

Nurse Practitioners, 18(6), 268-276.

<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00130.x>.

Wilkes, S., & Jones, K. (1995). Retrospective review of the prevalence and management of infertility in women in one practice over a five year period. *British Journal of General Practice*, 45(391), 75-77.

<https://bjgp.org/content/bjgp/45/391/75.full.pdf>

Wilkes, S.; Hall, N.; Crosland, A.; Murdoch, A.; & Rubin, G. (2007). General practitioners' perceptions and attitudes to infertility management in primary care: focus group study. *Journal of Evaluation Clinical Practice*, 13(3), 358-363.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00705.x>.

World Health Organization. (2002). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. WHO.

World Health Organization. (2020). *Infertility*. WHO. https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1.

Wright, J.; Duchesne, C; Sabourin, S.; Bissonnette, F.; Benoit, J.; & Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55(1), 100-108. *The American Fertility Society*.

[https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)54067-9](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54067-9).

APÊNDICES

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “O Planejamento Reprodutivo na Atenção Básica ante a Infertilidade Humana: Compreensão pelos Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família”. Essa pesquisa será desenvolvida por mim, Emille Maiane Santana Santos Luna, pesquisadora mestranda em Psicologia da Saúde pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde / UFBA, e pelo pesquisador orientador Dr. Emanuel Meireles Vieira.

Este estudo tem como objetivo analisar a compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, do município de Vitória da Conquista – BA, a respeito da assistência em Planejamento Reprodutivo destinada à infertilidade, no contexto da Atenção Básica. A infertilidade é um problema de saúde pública que tem perturbado o bem-estar individual e familiar de homens e mulheres. É fundamental que as dificuldades apresentadas na assistência à concepção sejam estudadas de forma a proporcionar melhorias nas ações de saúde disponibilizadas aos usuários.

Caso aceite participar, gostaria de contar com seu apoio permitindo-me aplicar um questionário sociodemográfico e uma entrevista individual, agendados de acordo a sua disponibilidade. O questionário e a entrevista serão realizados de forma virtual em decorrência do atual cenário da pandemia da Covid-19 que estamos vivenciando, através de videochamada na Plataforma Google Meet. Assim, no dia agendado será enviado um link para o seu e-mail e/ou seu celular de forma que você possa ter acesso a plataforma. A entrevista será gravada sob sua autorização e transcrita posteriormente para a produção da análise dos dados. Para que a gravação da entrevista possa ocorrer será fornecido a você o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos, para que possa ler, esclarecer suas dúvidas, e caso aceite participar, fornecer sua assinatura autorizando a gravação.

Também será realizada uma Oficina de Educação em Saúde destinada aos participantes do estudo. A Oficina terá a duração de até quatro horas e trinta minutos e acontecerá após a análise que os pesquisadores farão das entrevistas realizadas com os participantes. Os materiais e as temáticas que serão abordadas terão como base o material proveniente da análise das entrevistas. Assim, somente a partir dessa análise é que serão elaboradas as ideias a serem trabalhadas.

Você está livre para participar ou recusar-se a participar da pesquisa. Poderá a qualquer momento retirar seu consentimento ou interromper sua participação. Em caso de recusa não lhe será gerado quaisquer penalidades. Os pesquisadores garantem o sigilo da sua identificação em qualquer publicação que possa resultar deste estudo.

Ressaltamos que as informações obtidas serão divulgadas apenas para fins científicos, com a devida proteção da confidencialidade dos participantes. Da mesma forma, o uso de imagem, será utilizado apenas durante os momentos da entrevista e da transcrição do conteúdo.

Como benefícios da pesquisa, destacamos a reflexão sobre a temática do estudo e as consequentes transformações que ela pode gerar nos comportamentos e na dinâmica do trabalho dos profissionais, proporcionando dessa forma, uma melhor compreensão a respeito do Planejamento Reprodutivo na assistência à infertilidade, no contexto da Atenção Básica.

Sobre os riscos, a aplicação do questionário e da entrevista não oferecem danos a saúde física, mas o que estiver sendo relatado pelos participantes pode em alguma medida gerar incômodos tornando o relato difícil e desgastante. A pesquisadora se compromete a dirigir a entrevista de forma a minimizar esses riscos, e o entrevistado pode interromper a entrevista em qualquer momento caso se sinta desconfortável. Da mesma maneira, os pesquisadores se responsabilizam caso ocorram danos realizando os encaminhamentos necessários.

Ressaltamos que esta pesquisa é voluntária, assim, não serão oferecidos benefícios financeiros, da mesma forma que você também não terá despesa financeira para participar do

estudo. A qualquer momento você poderá entrar em contato com a pesquisadora para tirar quaisquer dúvidas e solicitar mais informações. Os resultados decorrentes desse trabalho poderão ser divulgados em eventos científicos ou revistas, mas reforçamos a garantia do sigilo de sua identidade.

Todos os documentos e instrumentos utilizados no decorrer da pesquisa ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda Emille Maiane Santana Santos Luna, pelo período equivalente a cinco anos em local apropriado no Instituto Multidisciplinar em Saúde /UFBA.

Este termo de consentimento encontra-se em duas vias, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora mestranda responsável, e a outra será fornecida a você.

Esse projeto tem como pesquisadores responsáveis o orientador e psicólogo, Doutor Emanuel Meireles, e a psicóloga Emille Maiane Santana Santos Luna. Telefones: (91) 98285-7876, (77) 99958-4020; e-mail: emanuel.meireles@gmail.com; emillesantosluna@gmail.com, respectivamente.

Em caso de dúvidas com relação aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde, no endereço: Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira, Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58 - Bairro Candeias | CEP: 45.029-094

+55 77 34292720 | Vitória da Conquista - BA | Brasil. Email: cepims@ufba.br.

Certificado de Consentimento

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ declaro que fui informado (a) sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e riscos da pesquisa “O Planejamento Reprodutivo na Atenção Básica ante a Infertilidade Humana: Compreensão pelos Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família” de forma clara, detalhada, tendo esclarecido todas as minhas dúvidas. Entendo que a qualquer momento tenho o direito de solicitar novas informações e esclarecimentos, e modificar minha decisão de participar se assim o desejar, sem que isso me traga penalidades. Assim como, da garantia da minha confidencialidade. Dessa forma, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual me foi dado (a) o direito de ler, e após ter tirado minhas dúvidas, concordo em participar desse estudo.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Apêndice B - Questionário Sociodemográfico

Perfil do Entrevistado

1 - Qual a sua idade?

2 - Qual o sexo?

() Feminino () Masculino

3 - Qual o seu estado civil?

4 - Quando concluiu a graduação?

5 - Há quanto tempo atua na Estratégia Saúde da Família?

6 - Possui alguma especialização ou qualificação na área em que atua?

**Apêndice C - Entrevista Individual Semi-Estruturada Dirigida aos Profissionais da
Estratégia Saúde da Família**

- 1) Qual a sua compreensão a respeito do Planejamento Reprodutivo?
- 2) Como você percebe o Planejamento Reprodutivo na Atenção Básica?
- 3) Qual o seu entendimento a respeito da assistência em Planejamento Reprodutivo destinada à infertilidade?
- 4) Qual o seu entendimento a respeito da infertilidade humana?
- 5) Como você percebe os impactos físicos, psíquicos e sociais que a infertilidade pode ocasionar na vida do paciente infértil?
- 6) Como você vê o papel da Atenção Básica na assistência à infertilidade?
- 7) Em sua prática no trabalho, como esses casos são acolhidos e como são direcionados na rede?
- 8) Quais ações de Planejamento Reprodutivo envolvendo promoção, prevenção e recuperação da saúde dirigidas à temática da infertilidade são realizadas por você? E pela equipe?
- 9) Quais os principais desafios e dificuldades na operacionalização dessa assistência?
- 10) E quais são as facilidades encontradas para a operacionalização dessa assistência?

ANEXOS

Anexo A - Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

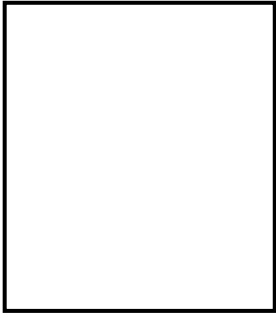
Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Dr. Emanuel Meireles Vieira e Emille Maiane Santana Santos Luna do projeto de pesquisa intitulado “O Planejamento Reprodutivo na Atenção Básica ante a Infertilidade Humana: Compreensão pelos Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N° 3.298/1999, alterado pelo Decreto N° 5.296/2004).

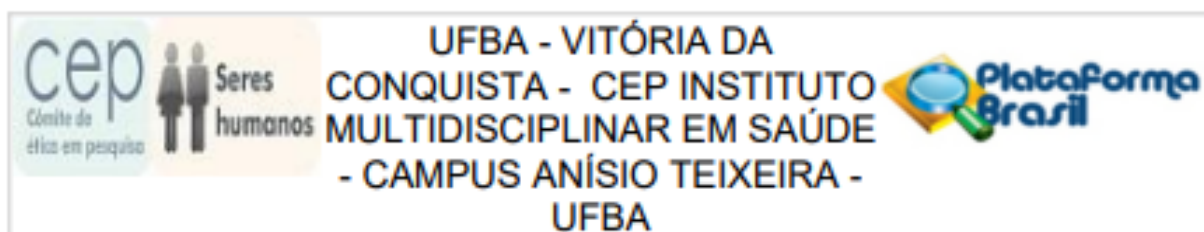
Vitória da Conquista - BA, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável pelo projeto



Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 5.244.197

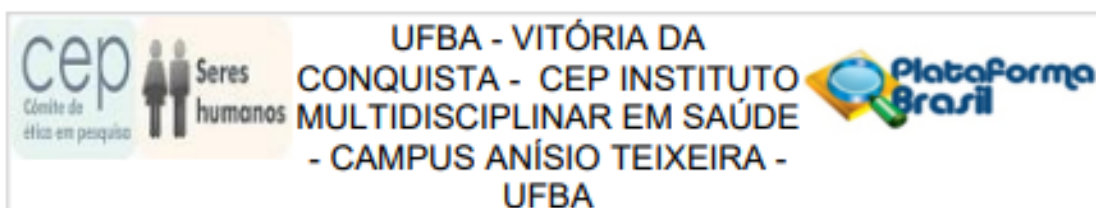
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ATENÇÃO BÁSICA ANTE A INFERTILIDADE HUMANA: COMPREENSÃO PELOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, segue para apreciação com recomendação de parecer favorável à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente parecer foi apreciado e aprovado ad referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1750097.pdf	15/12/2021 15:22:43		Aceito
Outros	Esclarecimentos_sobre_a_Oficina.docx	15/12/2021 15:19:47	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_EMILLE_CEP_ALTERAÇÕES_.docx	15/12/2021 15:17:27	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	18/11/2021 17:08:01	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
Outros	autorizacao_coleta_de_dados.pdf	20/09/2021 11:12:15	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	11/05/2021 13:27:07	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
Outros	autorizacao_uso_imagem_e_depoimento.docx	07/05/2021 11:14:32	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	07/05/2021 11:11:35	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
Outros	curriculum_lattes_emille.pdf	07/05/2021 11:08:44	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
Outros	Curriculum_Emanuel.pdf	07/05/2021 10:25:17	Emille Maiane Santana Santos Luna	Aceito
Outros	FOLHA_LOCAL.pdf	07/05/2021 10:24:46	Emille Maiane Santana Santos	Aceito



Continuação do Parecer: 5.244.197

Outros	FOLHA_LOCAL.pdf	07/05/2021 10:24:46	Luna	Aceito
--------	-----------------	------------------------	------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 15 de Fevereiro de 2022

**Assinado por:
Raquel Souza
(Coordenador(a))**