



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

SAMIRA RODRIGUES DOS SANTOS

**ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE INFERTILIDADE
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO LUÍS-MA.**

São Luís

2017

SAMIRA RODRIGUES DOS SANTOS

**ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS EM SITUÇÃO DE INFERTILIDADE
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO LUÍS-MA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Teresa Frias Rios

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Rodrigues dos Santos, Samira.

ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE
INFERTILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO LUÍS-MA /
Samira Rodrigues dos Santos. - 2017.

62 f.

Orientador(a): Cláudia Teresa Frias Rios.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Assistência. 2. Atenção básica. 3. Infertilidade.
4. Planejamento reprodutivo. I. Frias Rios, Cláudia
Teresa. II. Título.

SAMIRA RODRIGUES DOS SANTOS

**ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE INFERTILIDADE
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO LUÍS-MA.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Teresa Frias Rios (Orientadora)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dr^ª Lena Maria Barros Fonseca
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dr^ª Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde, sabedoria, força e resiliência durante a minha jornada, possibilitando concluir mais uma etapa da minha vida, que é a formação acadêmica.

À Universidade Federal do Maranhão, por ser uma Universidade pública e de qualidade onde me proporcionou um ambiente criativo, amigável e condições oportunas para os estudos e o meu desenvolvimento. Sou grata ao Departamento de Enfermagem e a todo seu corpo docente contribuiu com seus conhecimentos técnicos, científicos e experiências para a minha formação, dando também recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias. Agradeço aos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuaram com compromisso e confiança durante a minha passagem nos campos de prática/estágio.

À Secretaria Municipal de Saúde por abrir as portas das Unidades Básicas de Saúde e possibilitando o acesso e a execução da minha pesquisa.

Aos gestores das Unidades Básicas de Saúde que aceitaram e dedicaram o seu tempo para nos acolher e participar da pesquisa, colaborando com a coleta de dados.

Ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação e Saúde da Mulher – NEPSM e especialmente a professora Luzineia de Maria Pastor Santos Frias, coordenadora da pesquisa maior, que me acolheu de braços abertos, e foi decisivo para a escolha do meu estudo.

À minha orientadora, Dr^a Cláudia Teresa Frias Rios, por toda paciência, competência e experiência com as quais me conduziu nesta caminhada, por ter me ajudado na elaboração desse trabalho. Não poderia ter escolhido profissional mais capacitada e compromissada em seu trabalho.

Aos meus pais não há palavras que expressam o meu agradecimento por eles. Sem eles seria impossível estudar nesta universidade. Agradeço pelo esforço, dedicação, companheirismo e determinação na minha educação. A todo carinho e amor incondicional colocado em mim. Ambos são meus exemplos, meu porto seguro e a

minha vida. Amo muito vocês Francisco de Assis dos Santos Silva e Marluce Rodrigues da Silva.

À minha grande companheira e incentivadora, Sara Araújo Muniz, que sem medir esforços, sempre esteve ao meu lado com muita cumplicidade, zelo, carinho, dedicação, amor, por ser minha calma em dias de tempestades. Ao seu lado as dificuldades foram amenizadas e pude contar com diversas alegrias.

E por fim, aos meus amigos, Dayanne Maria Boás Guterres, Denisy Ferreira Silva, Ingrid Loyane Bezerra Balata, Jackson Diego, Layse Michelle Jansen Silva e Walana Érika Amancio Sousa que ganhei durante a graduação, por todo apoio que me deram e as melhores risadas que tivemos, o companheirismo, momentos inesquecíveis e que levarei para toda a minha vida.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

*“Se tiver o hábito de fazer as coisas
com alegria, raramente encontrará
situações difíceis”.*

Robert Baden-Powell

RESUMO

Introdução: Um casal é infértil quando há ausência de gravidez após um ano de relação sexual plena, com frequência de coito duas vezes por semana e sem o uso de métodos contraceptivos. No Brasil, 278 mil casais apresentam limitações em conceber um filho em seu período reprodutivo, o que constitui um problema de Saúde Pública. **Objetivo:** Investigar assistência prestada aos usuários em situação de infertilidade em Unidades Básicas de São Luís - MA. **Metodologia:** Estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, realizado em dois distritos de saúde de São Luís - MA, totalizando em 8 Unidades Básicas Saúde. Foram entrevistados os gestores e aplicado o formulário composto por três dimensões, sendo elas estrutural, assistencial e organizacional, com questões que buscaram avaliar a assistência prestada aos usuários em situação de infertilidade nas unidades de saúde. **Resultados:** Das unidades de saúde investigadas, apenas 4 (50%) desenvolvem as atividades específicas do planejamento reprodutivo; e destas, 100% abordam efetivamente o tema métodos contraceptivos como tema específico do planejamento reprodutivo; em 100% o enfermeiro é o profissional de maior atuação nas atividades educativas; 75% das unidades não possuem materiais educativos em planejamento reprodutivo para a sua clientela; 87,50% os gestores declararam possuir equipamentos e instrumentos de trabalho necessários; nenhuma realiza prática e assistência que deveriam ser ofertadas na Atenção Básica aos usuários inférteis; apenas 25% das unidades possuem protocolo de encaminhamento em casos de infertilidade. **Conclusão:** Com base nos resultados obtidos, constatou-se que a existência da assistência aos usuários em casos de infertilidade, constitui-se ainda de baixa cobertura nas unidades de saúde. Tais resultados implicam na necessidade de elaborar intervenções de acordo com a peculiaridade dessa clientela nas unidades de saúde e integrada ao Planejamento Reprodutivo.

Palavras-chave: infertilidade; assistência; planejamento reprodutivo; atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: A couple is infertile when there is no pregnancy after a year of full sexual intercourse, often with intercourse twice a week and without the use of contraceptive methods. In Brazil, 278,000 couples have limitations in conceiving a child in their reproductive period, which presents a Public Health problem. **Objective:** To investigate care provided to infertile users in Basic Units of São Luis - MA. **Methodology:** A descriptive, exploratory study with a quantitative approach was carried out in two health districts, totaling 8 Basic Health Units. The managers were interviewed and a three-dimensional form was applied, being structural, assistance and organizational with questions that sought to evaluate the assistance provided to infertile users in health facilities. **Results:** Of the health units investigated, only 4 (50%) practice the specific activities of the reproductive planning; and of these, 100% approach with prevalence the theme contraceptive methods as a specific theme of reproductive planning; in 100% the nurse is the professional of greater performance in the educational activities; 75% of the units do not have educational materials on reproductive planning for their clientele; 87.50% managers stated that they had the necessary equipment and work tools; none practices and assistance that should be offered in the Basic Attention to infertile users; only 25% of the units have a referral protocol in cases of infertility. **Conclusion:** Based on the results obtained, it was found that the existence of assistance to users in cases of infertility, is still low coverage in health units. These results imply the need to elaborate interventions according to the peculiarity of this clientele in the health units and integrated to the Reproductive Planning.

Keywords: infertility; assistance; reproductive planning; primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Operacionalização do planejamento reprodutivo nas Unidades Básicas. São Luís – MA.....	26
Tabela 1. Distribuição de temas específicos do Planejamento Reprodutivo, abordados nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA.....	27
Tabela 2. Distribuição dos dados de acordo com a disponibilidade de material educativo no serviço de planejamento reprodutivo para os usuários nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.....	29
Figura 2. Recursos audiovisuais disponibilizados para as atividades educativas no planejamento reprodutivo, nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.....	30
Figura 3. Profissionais que atuam nas ações educativas do planejamento reprodutivo, de acordo com as Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.....	32
Quadro 1. Distribuição dos profissionais que trabalham as ações educativas do Planejamento Reprodutivo, por Unidade Básica de Saúde. São Luís - MA, 2017.....	34
Tabela 3. Existência de suprimento adequado de equipamentos e instrumentos de trabalho, nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.....	35
Figura 4. Existência de protocolos de encaminhamentos para casos de infertilidade. São Luís - MA, 2017.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APF – Associação Portuguesa de Fertilidade

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV– Vírus da Imunodeficiência Humana

IgG – Imunoglobulina G

IMC – Índice de Massa Corporal

MAC – Métodos Anticoncepcionais

MBPF – Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF – Planejamento Familiar

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PR – Planejamento Reprodutivo

RHA – Reprodução Humana Assistida

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCB – Temperatura Corporal Basal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivo específicos	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Integralidade da assistência à infertilidade na Atenção Básica	18
4. METODOLOGIA	23
4.1. Tipo de estudo	23
4.2. Local de realização do estudo	23
4.3. População do estudo	23
4.4. Coleta dos dados e período do estudo	23
4.5. Análise de dados	24
4.6. Aspectos éticos	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE.....	47
ANEXO A - FORMULÁRIO.....	51
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	59
ANEXO C - PARECER DO COLEGIADO DE CURSO.....	62

1 INTRODUÇÃO

A definição de infertilidade se dar pela incapacidade de engravidar ou manter uma gravidez a termo, durante um ano realizando relações sexuais regulares sem o uso de qualquer método contraceptivo, é um problema antigo e ainda muito frequente (ALEXANDRE et al., 2014).

Para o Ministério da Saúde (MS) um casal é infértil quando há ausência de gravidez após um ano de relação sexual plena, com frequência de coito duas vezes por semana e sem o uso de métodos contraceptivos (BRASIL, 2013). Esta definição tem um posicionamento quanto à frequência de relações sexuais.

No mundo, cerca de 10% a 15% dos casais se encontram em situação de infertilidade, representando um fenômeno cada vez mais prevalente, com ligação a variados fatores (BEZERRA et al., 2016). No Brasil, mais de 278 mil casais apresentam limitações em conceber um filho em seu período reprodutivo. Segundo Dias et al. (2012), esta realidade constitui-se como um problema de Saúde Pública.

A nível nacional estima-se que estes 278 mil casais apresentem alguma forma de infertilidade, primária ou secundária, e devido a isso tem como resultado a não concepção em algum momento da vida (MOURA et al., 2013).

Segundo Guimarães, Alexandre e Ribeiro (2013), nos próximos anos poderá haver um aumento da prevalência de infertilidade em razão de fatores pertinentes aos hábitos de vida, como: o uso de álcool e tabaco, obesidade, sedentarismo, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o adiamento da mulher na maternidade, implicando negativamente na fertilidade de ambos os sexos.

Os casais dificilmente esperam que algum momento da vida terão infertilidade, acreditando na possibilidade de procriar quando desejarem. Esses autores ressaltam ainda que a infertilidade pode gerar transtornos emocionais e individuais e também contribui para o surgimento e/ou agravamento dos problemas conjugais, ou seja, gera um grande impacto (FARIA; GRIECO; BARROS, 2012).

Estes casais que passam por alterações emocionais, geradas pela infertilidade, podem sentir-se marginalizados em situação real ou imaginária, devido ao estigma pregado pela sociedade em gerar um filho, sendo, como dito anteriormente, afetando também o relacionamento conjugal e sexual, intervindo diretamente na autoestima sexual e propósitos da vida (GRADVOHL; OSIS;

MAKUCH, 2013a). Para Mendonça, Arruda e Waldemar (2014), o sistema reprodutivo está associado ao estado de bem-estar físico, mental e social, dessa forma, engloba a saúde reprodutiva.

Segundo Lins et al. (2014), a reprodução como um processo biológico, sempre foi visto pela sociedade como algo importante, e há alguns séculos era visto como uma bênção, algo divino e, o contrário, era recebido como castigo. Nas escrituras da Bíblia sagrada, encontra-se em Gn. 1:28 (Nova Edição Papal):

Então Deus os abençoou e lhes disse: frutificai--a e multiplicai-vos; enchei a terra e sujeitai-a; dominai sobre os peixes do mar, sobre as aves do céu e sobre os animais que arrastam sobre a terra. [...] Eis que os filhos são herança da parte do Senhor, e o fruto do ventre o seu galardão. (apud Lins et al., 2014, p. 388):

As circunstâncias que são impostas aos casais em situação de infertilidade, estes acabam se deparando com a impossibilidade de dar continuidade à própria existência, através de um filho que é gerado. E apesar da infertilidade ser um problema do casal, a mulher é vista como a principal responsável pelos problemas reprodutivos, tanto culturalmente quanto dentro da comunidade médica (LEITE; FROTA, 2014).

Além disso, a concepção de infertilidade, ainda hoje, coloca a mulher numa posição estigmatizante e, [...] Diante da perda do controle sobre si, seu corpo e seu projeto de vida, a mulher infértil depara-se com uma sensação de tristeza, de incompletude, de solidão e de inferioridade (LEITE; FROTA, 2014, p.152).

As emoções do casal infértil são muito fortes e vários psicólogos chegam até a comparar a dor do casal como a dor sofrida pela morte de uma pessoa da família. A constatação da esterilidade conjugal seja ela feminina ou masculina, pode vir acompanhada de um desejo incompreensível e intenso de superar o diagnóstico e de buscar a oportunidade de engravidar por todo ou qualquer meio científico oferecido pelas tecnologias modernas de reprodução humana (RICARDO E OKAZAKI, 2010).

Tendo em vista o número crescente de casais em situação de infertilidade ou dificuldades para ter filhos, esta problemática se tornou um dever do estado, devido

à importância em se ter um filho, seja pelo planejamento tardio em tê-los e, e pelos gastos com tratamentos, ou por ser também uma doença ocasionada por fatores diversos como, estresse, alimentação inadequada, exposição ocupacional, dentre outras (LIMA; LOURENÇO, 2016).

Na perspectiva da política de planejamento reprodutivo estabelecida no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), mostra como uma das suas finalidades em particular, amplificar e qualificar a atenção ao Planejamento Familiar, introduzindo a assistência à infertilidade (DIAS et al., 2012). E com a Portaria nº 426, de 22 de março de 2005, na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), quem deve ser a porta de entrada do casal infértil ao SUS é a Atenção Básica (AB) (MOURA et al., 2013).

As ações de Atenção à saúde sexual e reprodutiva são realizadas prioritariamente no serviço de Atenção Básica à saúde, devendo ser respaldada no princípio de direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Assim, oferecendo um espaço de acolhimento reprodutivo, início da investigação de infertilidade e o tratamento de algumas doenças que impossibilitem negativamente no processo de reprodução (BRASIL, 2013).

Muitas atividades de baixo custo podem ser ofertadas para esses usuários na Atenção Básica à Saúde, desempenhando orientações e focar as relações sexuais durante o período reprodutivo, além do mais, realizar anamnese detalhada, exame físico completo contribuindo para o reconhecimento de possíveis causas que dificultam a fertilidade, são ações que podem fazer parte no processo de contato inicial com o casal infértil (BEZERRA et al., 2016).

Porém, quando se remete a expressão planejamento reprodutivo, parece-nos que sempre é uma ideia voltada para contracepção, atribuindo-se menos valor a concepção, favorecendo a uma qualidade insuficiente de cuidados aos sujeitos inférteis, um conhecimento limitado e a não realização da busca de aprendizagem pelos profissionais, de uma área tão específica e, a rara oferta desses serviços nas Unidades Básicas de Saúde.

Diante do que foi exposto, questiona-se: qual a assistência prestada aos sujeitos em situação de infertilidade nas unidades de saúde que oferecem o programa de planejamento reprodutivo?

Partindo-se ainda do princípio que a infertilidade causa diversos impactos na vida da pessoa, além de dificuldade encontrada na concepção, parece existir outra dificuldade, o acesso ao tratamento e inserção a esse serviço.

A escolha do tema sobre infertilidade se deu a partir da minha participação no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação e Saúde da Mulher - NEPEM, que surgiu curiosidades e interesse em conhecer essa área tão específica do Planejamento Reprodutivo. E baseando-se em informações realizada na literatura e participação do projeto, a elaboração desse estudo como conclusão do curso de Enfermagem, acredita-se que a relevância está na possibilidade de contribuir para serviços de UBS, investimentos em informação assistencial aos usuários inférteis, levando em consideração ações de qualidade e sistematizada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar assistência prestada aos usuários em situação de infertilidade em Unidades Básicas de São Luís - MA.

2.3 Objetivos específicos

- Verificar a realização de ação educativa.
- Levantar os materiais utilizados para a assistência educativa aos usuários.
- Reconhecer os profissionais que trabalham as ações educativas para os usuários.
- Identificar o número de Unidades Básicas de Saúde que ofertam assistência aos usuários inférteis.
- Identificar a existência de protocolo que abordam encaminhamento para casos de infertilidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Considerações Gerais

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infertilidade é a incapacidade de atingir a gestação durante um ano sem métodos contraceptivos, no casal sexualmente ativo (LOURENÇO; LIMA, 2016).

Nesse contexto, para a Associação Portuguesa de Fertilidade (APF) um casal é considerado infértil quando não consegue engravidar durante um ano de vida sexual ativa, com frequência de três a cinco vezes de coito por semana (DIAS, 2013).

A estimativa para casais em idade reprodutiva em todo o mundo com dificuldade para concepção de um filho é de aproximadamente de 8% a 15% (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013b).

De acordo com Alexandre et al. (2014), didaticamente divide-se a infertilidade em primária e secundária. Na infertilidade primária envolve casais que não conseguem ou nunca conceberam a gravidez, e na infertilidade secundária, está relacionado aos casais que após ter gerado um ou mais filhos passam a apresentar problemas de infertilidade.

A infertilidade possui causas que se encontram associada tanto a fatores masculinos quanto a fatores femininos ou também em combinação com os dois. Em igual percentagem (40%) para os dois, e apenas 20% devido a causas combinadas de fatores feminino e masculino, sendo 10% deste se deve a problema de origem idiopática (ALEXANDRE et al., 2014).

No que diz respeito a fatores masculinos podem ser incluídos traumatismo nos testículos, caxumba, varicocele, DST's, sedentarismo, pouca contagem ou baixa motilidade de espermatozoides, uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólica excessiva, exposição de fatores ambiental ou laboral (sustâncias químicas, medicações), idade, dieta, estresse e excesso de atividade física (FÉLIS; ALMEIDA, 2016).

Os fatores femininos são: amenorreia e anovulação, doenças das trompas de falópio, fatores uterinos e cervicais como endometriose e doença tubária, doenças metabólicas, nutricionais (IMC <19 e >29) e imunológicas (ALEXANDRE et al., 2014).

Em vista disso é que são empregados tanto para homens como para mulheres desde o tratamento mais simples aos mais complexos, como a reprodução assistida (FÉLIS; ALMEIDA, 2016).

Apontam-se estimativas para um potencial impacto da infertilidade para com efeito na qualidade de vida de uma grande parcela de pessoas no Brasil (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013b).

3.1 Integralidade da assistência à infertilidade na Atenção Básica

Definem a assistência à saúde reprodutiva como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que beneficiam a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas nesta área (DIAS, 2015).

Decretada em 5 de outubro de 1988, na Constituição Federal, o planejamento reprodutivo passou a ser responsabilidade do estado, cabendo a este prover recursos educacionais e científicos, para que o casal possa ter a livre decisão e impedir alguma forma de coibir por parte de instituições privadas ou oficiais (BRASIL, 1988).

A lei N° 9263, de 12 de janeiro de 1996, disciplina que é parte integrante de um composto de ações de atenção à mulher, ao homem e ao casal, incluindo assessoramento à anticoncepção e concepção. O artigo 9° determina condições que ofereça todas as técnicas de concepção e anticoncepção para pleno exercício do planejamento reprodutivo, sem que coloque em risco a vida e garanta direito de liberdade de opção (BRASIL, 1996).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que traz como um de seus objetivos estimular a implantação e a implementação da assistência em PR para homens e mulheres, adultos e adolescentes na área de atenção integral à saúde, englobando a ampliação e a qualificação da atenção ao PR, integrando também assistência à infertilidade (BRASIL, 2004).

Foi estabelecida pelo MS, em 23 de março de 2005, pela Portaria N° 426, na área do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida que, é responsável por identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais no seu período fértil determinando critérios para o efetivo andamento dos serviços na Atenção Básica, média e alta complexidade dirigidos para a infertilidade (BRASIL, 2005).

Ainda nessa Portaria N° 426, determina que seja responsabilidade da AB identificar o casal infértil e também prover a realização de procedimentos, tais como:

anamnese, exame clínico, exame ginecológico, série de exames complementares de diagnósticos básicos como papanicolau, sorologia de anti-HIV, hepatite B e C, sífilis, espermograma, toxoplasmose IgG, afastando patologias, fatores concomitantes e situações que possam interferir em uma futura gestação e gerar complicações que coloque em risco a vida da mulher e do feto (BRASIL, 2005).

Em 70% dos casos de infertilidade podem ser solucionados na atenção básica, com ações e procedimentos de baixo custo, do qual apenas 30% são merecedores de encaminhamento para serviços de maior complexidade (MOURA et al., 2013).

Com isso, a porta de entrada ao sistema de saúde para pacientes em situação de infertilidade é a AB, cabendo a esta encaminhar para outros níveis de maior complexidade, como nos casos de: mulheres que se apresentam com menos de 30 anos com mais de dois anos de vida sexual ativa e sem a utilização de MAC; também inclui mulheres > 40 anos e < 50 anos, com vida sexual ativa por mais de seis meses sem o uso de MAC; companheiros que possuem fatores que impedem a concepção, como por exemplo, amenorreia, azoospermia e entre outros; e histórias de dois ou mais abortos seguidos (DIAS, 2015).

Na AB deve ser realizado o primeiro atendimento em casos de infertilidade, contendo orientações sobre a fisiologia da reprodução, posto que muitos casais não saibam identificar o período fértil e muito menos práticas que contribuam para a concepção, como por exemplo, incentivar a concentração de relações sexuais no período fértil e excluir fatores que interfiram no armazenamento de sêmen ou também que impeçam a migração espermática para o trato genital feminino, tais como lubrificantes, preservativos, duchas vaginais, espermicidas, diafragma, DIU, coito interrompido, dentre outras formas (BRASIL, 2013).

Nesse âmbito de assistência é reconhecido até então como um espaço apropriado para desenvolver promoção dessa população em particular, por meio do aconselhamento reprodutivo, início da investigação da infertilidade e o tratamento de doenças possam intervir no procedimento de concepção (BRASIL, 2013).

Diante da suspensão da Portaria N° 388, de 6 de julho de 2005, que dizia a respeito da organização e implantação das redes estaduais e municipais de atenção a RHA, estabelecia a normatização da assistência, deseja-se que os profissionais da AB atuem na detecção e tratamento de casais em situação de infertilidade (DIAS,

2015). Estes devem oferecer o reconhecimento do período fértil e focar as relações sexuais durante essa fase e eliminar impeditivos da concepção (MOURA et al., 2013).

Com a Portaria N° 388/2005, a AB tinha o dever de tornar disponível tanto atendimento médico (3 consultas), quanto de enfermagem (2 consultas), exames simples (citologia cervical, rastreo infeccioso e espermograma na prática clínica). Pois uma grande quantidade de usuários chegam ao ambulatório de infertilidade sem possuir uma triagem realizada de forma adequada e muito menos com critério de encaminhamento. E os casos encaminhados que atendem aos critérios, não possuem exames realizados, como de citologia cervical (PEREIRA, 2013).

De acordo com Dias (2015), as consultas de enfermagem e médicas por profissionais habilitados, poderá ter êxito positivo na concepção de muitos casais, quando adotado medidas de orientações a mulheres, homens ou casal o período fértil por meio dos MBPF, como: método de Billings ou da ovulação, dos dias fixos ou de colar, TCB, da tabela ou Ogino-Knaus e sintotérmico.

Torna-se indispensável que o serviço prestado tenha profissionais capacitados possibilitando atender essa população e oferecer uma melhor assistência, de forma organizada e com suporte (DIAS et al., 2012).

E quando não existe padronização das ações de saúde é provocada uma variabilidade em relação ao modo de fazer na atuação dos profissionais, resultando na redução da qualidade da assistência que é oferecida e, conseqüentemente prejudica a resolução das necessidades colocadas pelos usuários, o nível de satisfação dessa clientela com a equipe de saúde e a organização por conta da revisitação por parte do mesmo público em busca de solução da sua carência com a mesma equipe ou com posteriores equipes (DIAS, 2015).

Nesse processo de padronização necessita-se de protocolos com esta finalidade, definindo rotinas clínicas e ações de gestão de um determinado serviço, equipe e departamento. Elaborados a partir de conhecimento científico atual, servindo para orienta fluxos, condutas e procedimentos clínicos (DIAS, 2015).

Os protocolos são compostos por orientações sistematizadas, seguindo um algoritmo/fluxograma, formulados baseando-se em evidências científicas e nas políticas públicas de saúde. E através de processo combinam devidamente pessoas,

tecnologias, materiais, métodos, espaço, dispondo como principal objetivo a qualidade de serviço em saúde prestada (DIAS, 2015).

Considera-se um protocolo satisfatório quando decorrente do modo multidisciplinar, incluindo a participação de profissionais que vão utilizá-lo, com clareza, preciso, fidedigno, reproduzível, alcança resultados e custos prováveis, documentado de forma efetiva e fiscalizado habitualmente (DIAS, 2015).

Nesse contexto, Dias (2015) fala do quanto exitoso é o desenvolvimento de um protocolo clínico voltado para o atendimento na AB para a infertilidade. Ressalta ainda da contribuição singular para esse âmbito de assistência, uma vez que não exista protocolo clínico com esse objetivo no país. Com isso, transformando a assistência com maior qualidade, com redução de custos do tratamento aos usuários inférteis, com execução dos profissionais capacitados e respaldados de forma cientificamente em relação à condução dessa clientela.

Algumas das metas da Organização das Nações Unidas a serem alcançadas até o ano de 2015 por diversos países, inclusive o Brasil, era a garantia de acesso ao tratamento para essa clientela. Porém, foi exposto por um estudo brasileiro um panorama nacional que se encontrava longínquo de atingir as metas propostas (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013b).

Mesmo com as portarias em decreto algumas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui responsabilidade pela AB no país, possuem atendimento distante do que é preconizado. Dos municípios brasileiros, em 72,9%, a atenção à infertilidade tem que está introduzida em um composto de ações executadas no PR, não é realizado (DIAS et al., 2012).

Diante do que foi mostrado, identifica-se ausência ou baixa resolubilidade em relação ao atendimento de usuários em situação de infertilidade na AB, gerando encaminhamentos dispensáveis para a média e alta complexidade (DIAS et al., 2012).

O PR possui assistência que abrange um conjunto de ações com preferência destinada a AB, envolvendo atuações de promoção, prevenção e cuidados primários de saúde. Constatou-se diversas dificuldades na implementação da assistência ao PR: melhoria na acessibilidade, da qualidade ou da integração com outras ações de saúde; se encontram em um contexto maior e apontam aos desafios da AB no Brasil. Visto que, enfrenta grandes dilemas relacionados à integração ao conjunto da

rede de serviços e a sua tarefa de coordenar as ações e assistências e proporcionar a ininterrupção do cuidado (SILVA; BONAN; NAKANO, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, recorte de uma pesquisa maior intitulada “Planejamento Reprodutivo: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís - MA” que busca caracterizar a Política de Planejamento Reprodutivo nas Unidades Básicas de Saúde de São Luís -MA , realizado pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação e Saúde da Mulher do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

4.2 Local de realização do estudo

A pesquisa “Planejamento Reprodutivo: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís/MA” está sendo realizada nas Unidades Básicas de Saúde de São Luís - MA, que, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, oferecem o serviço de atendimento em Planejamento Reprodutivo.

O Município de São Luís está dividido em sete distritos de saúde, a saber: Distrito Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaqui Bacanga, Tirirical E Vila-Esperança. Tais distritos, contam com 48 unidades na sua totalidade e contam com 122 equipes da ESF (SMS, 2016).

Para este estudo optou-se por dois distritos de saúde que oferecem o serviço de planejamento reprodutivo, a saber: Distrito Bequimão, que contém 4 Unidades Básicas de Saúde e o Distrito Centro, possuindo 4 Unidades Básicas de Saúde.

4.3 População e amostra do estudo

Participaram deste estudo os gestores responsáveis pelo programa de saúde das oito Unidades Básicas de Saúde que fazem Atendimento em Planejamento Reprodutivo dos distritos acima citados. A amostra totalizou em 8 profissionais responsáveis pelas unidades ou profissionais indicados por este para responder o formulário onde se realizou a pesquisa.

4.4 Coleta dos dados e período de estudo

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados um formulário baseado no modelo proposto por Ishida Nagahama (2009), estruturado em três dimensões Dimensão Estrutural, Organizacional e Assistencial.

Na dimensão estrutural, são avaliados os recursos humanos, insumos, equipamentos e materiais, área física e material educativo. Na dimensão organizacional, os instrumentos de registro, protocolos do serviço, a referência e contra referência e instrumentos de avaliação do serviço e na Dimensão assistencial, são avaliados as consultas realizadas pelos profissionais médico/a e enfermeira/o, os atendimentos feitos pelos profissionais do serviço social e da psicologia, assim do agente comunitário e/ ou auxiliar de enfermagem. Nesta dimensão também são vistos os grupos educativos e a forma de divulgação da assistência.

Os dados deste estudo foram coletados a partir do mês de setembro até a primeira quinzena dezembro de 2017, nos dias de atendimento em ambos os turnos.

4.5 Análise dos dados

Os dados das entrevistas foram digitados e tabulados em uma planilha construída por meio do software Excel (Microsoft, 2003). Cada linha intitula as Unidades de Saúde enumeradas. As colunas contemplam as questões do formulário, em suas múltiplas respostas, separadas pelas dimensões, constituindo-se assim um banco de dados com registros para análise. Os gráficos das análises foram construídos com o auxílio do software Excel (Microsoft, 2010).

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo se desenvolveu, respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução CNS nº 466/12. Todos os sujeitos sociais envolvidos na pesquisa foram esclarecidos sobre o contexto da pesquisa, assim como da sua autonomia para fazer parte e para retirar-se da mesma, quando se sentisse prejudicado ou por qualquer motivo que julgar conveniente.

Também foram esclarecidos sobre os possíveis benefícios individuais e coletivos e riscos que poderiam advir com a pesquisa, comunicação dos resultados às autoridades de saúde, à equipe de saúde e aos participantes da pesquisa, os quais, representativos da sociedade. Todos os participantes que concordaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

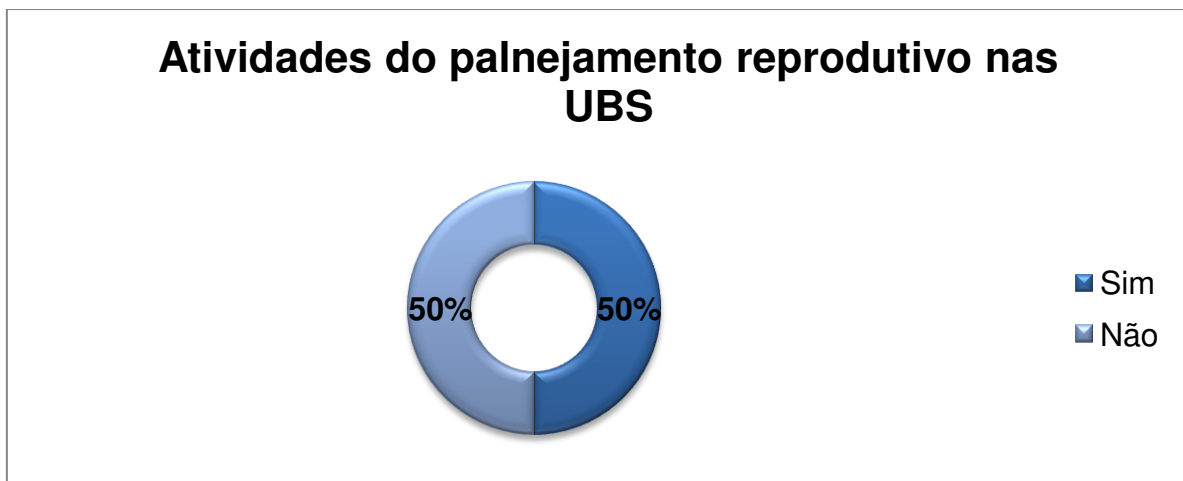
O projeto de pesquisa Planejamento Reprodutivo: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís/MA foi registrado na Plataforma Brasil, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 68689417.8.0000.5087. E aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com o parecer nº 2.249.389.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise das informações contidas no formulário aplicado aos gestores para a coleta de dados, os mesmos foram agrupados em figuras, tabelas e quadros mostrados e analisados a seguir.

Ao investigarmos se as unidades realizam as atividades específicas voltada para o planejamento reprodutivo, identificou-se que apenas 4 (50%) unidades de saúde desenvolvem essas atividades (FIGURA 1).

Figura 1. Operacionalização do planejamento reprodutivo nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.



Os dados deste estudo mostram que apenas metade das unidades de saúde pesquisadas realizam as atividades específicas do planejamento reprodutivo. Estes dados mostram a deficiência do programa. Estudo de Bonan et al. (2010), mostrou que em três municípios do Rio de Janeiro estudados contendo 120 unidades, também identificou a falta de realização de atividades específicas voltadas para o planejamento reprodutivo prejudicando a efetividade do programa.

As ações incluídas no planejamento reprodutivo englobam a área de promoção da saúde sendo integradas medidas de prevenção e educação. E essa característica educacional se apresenta como uma referência forte e peculiar dele, pois o indivíduo garantindo acesso às informações terá autonomia em decidir o que é melhor para a sua saúde (SILVA, 2011).

O planejamento reprodutivo tem como um de seus objetivos à assistência a saúde reprodutiva do casal, com a escolha livre e informada na demanda, até

mesmo no que diz respeito à concepção, exigindo do serviço à disponibilidade variada de insumos e tecnologias conceptivas (ALMEIDA et al., 2016)

Muitas vezes, as atividades específicas do planejamento reprodutivo se limitam aos usuários que se inscrevem neste grupo. Além disso, não dão condição ao acesso integral do cuidado com ausência de programação da prática clínica para que outras necessidades sejam atendidas (SILVA, 2011).

Percebe-se que ainda existe carência no desenvolvimento de atividades do PR nas unidades básicas de saúde e que, dessa forma, os indivíduos em situação de infertilidade que optam por uma gravidez, poderão ter dificuldade em garantir conhecimentos necessários e acesso a informação, bem como a qualidade da assistência disponível nos serviços de AB.

A tabela 1 mostra a relação entre os temas abordados e o número de unidades de saúde que trabalham com as temáticas das atividades do PR. Dentre estas 4 unidades que trabalham as atividades do PR, métodos contraceptivos foi o tema específico do planejamento reprodutivo com maior prevalência de abordagem realizadas nas 4 (100%) unidades de saúde. O segundo tema mais abordado foi a sexualidade, sendo essas atividades realizadas em 3 (75%) unidades de saúde; seguida de papeis sociais do homem e da mulher em 2 (50%) unidades; corpo feminino e masculino em 2 (50%) unidades; Infertilidade nas unidades 2 (50%); Tecnologias reprodutivas em 2 (50%) unidades e outros tipos de temas abordados em 2 (50%) unidades.

Tabela 1. Distribuição de temas abordados específicos do Planejamento Reprodutivo nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.

TEMAS ABORDADOS	Nº de Unidades que abordam os temas	(%)
Sexualidade	3	75
Papeis sociais do homem e da mulher	2	50
Corpo feminino e masculino	2	50
Métodos contraceptivos	4	100
Infertilidade	2	50

Tecnologias reprodutivas	2	50
Outros	2	50
Total	4	100

Observa-se que em todas as unidades de saúde que oferecem as atividades do planejamento reprodutivo a temática métodos contraceptivos é a mais destacada. Segundo Araújo (2014), os métodos contraceptivos possui o principal tópico abordado dentro das orientações do planejamento reprodutivo, negligenciando questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva, como por exemplo, informações sobre sexualidade, DST's, câncer de colo de útero, concepção e infertilidade.

O MS determina que os indivíduos tenham suas necessidades atendidas de acordo com a demanda específica de saúde reprodutiva, e que além da abordagem de anticoncepção, prever tratamento para casos de infertilidade, colocando-os no contexto da integração assistencial (ARAÚJO, 2014).

Em um estudo de Paiva et al. (2016) de revisão integrativa, em relação aos temas abordados sobre a saúde sexual e reprodutiva em grupos educativos, em dez artigos, somente 3 (30%) apresentaram os temas anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores masculino e feminino; 8 (80%) abordaram métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); 5 (60%) enfocaram o tema sexualidade. Os dados encontrados nesta pesquisa em relação à abordagem sobre infertilidade se aproximam da pesquisa.

No estudo de Rocha et al. (2017), as consultas em concepção tem como objetivo orientar a mulher ou casal sobre os métodos comportamentais afim que estes possam reconhecer o período fértil, realizar acompanhamento com consultas mensais onde o paciente é destinado a preencher uma tabela diariamente, fornecida pelo o enfermeiro, contendo temperatura basal, aspecto do muco cervical, sinais indicativos de ovulação, relações sexuais, dentre outros.

Logo, destaca-se que as atividades em PR precisam abordar em seus grupos, temas como concepção e infertilidade, com ações inovadoras para estes usuários do SUS, com propostas de oferecer informações e esclarecer dúvidas sobre reconhecer

o período fértil, fisiologia da reprodução, fatores que dificultam a gravidez, entre outros temas relacionados.

Quando investigou-se a disponibilidade de material educativo no serviço de planejamento reprodutivo destinado aos usuários das Unidades de Saúde, verificou-se, conforme a tabela 2, que apenas 2 (25%) das unidades possuem materiais educativos apropriados para os usuários.

Tabela 2. Distribuição dos dados de acordo com a disponibilidade de material educativo no serviço de planejamento reprodutivo para os usuários nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.

Disponibilidade de material educativo em PR destinando aos usuários		
Categoria	Nº	(%)
Sim	2	25
Não	6	75
Total	8	100

Os achados deste estudo revelam que, mais da metade das unidades de saúde pesquisadas não possuem materiais educativos disponíveis para o desenvolvimento de atividades para os usuários. Uma pesquisa de Moura e Silva (2004), realizada em municípios urbanos e rurais no Ceará, mostrou que apenas 34,5% de enfermeiros confirmaram a disponibilidade de material educativo mínimo indispensável para o planejamento reprodutivo.

Esse estudo do Ceará possui uma realidade que não se encontra distante dos achados desta pesquisa, visto que desde 2004 perdura quanto à necessidade de disponibilidade de materiais educativos, considerada essencial na promoção da saúde, e ainda sim sua utilização é desvalorizada nas unidades básicas de saúde.

Para o MS as atividades educativas são caracterizadas como importantes para que contenha resultados de qualidade na atenção ofertada e com a finalidade de proporcionar o aprendizado necessário das pessoas para a escolha livre e informada, além de levar reflexão a acerca de temáticas que envolvem a sexualidade e à reprodução (BRASIL, 2013).

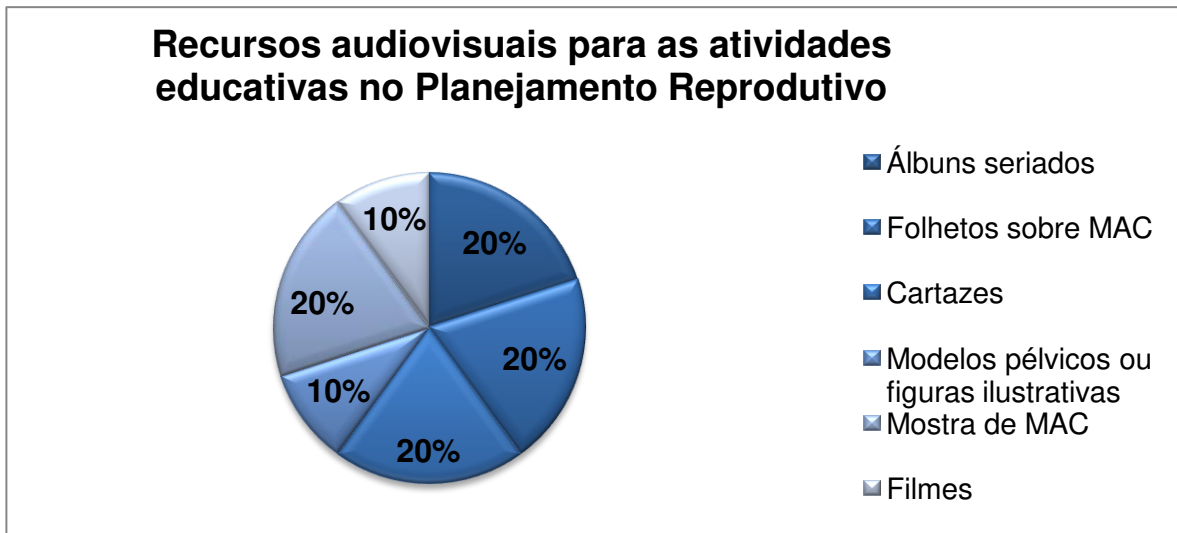
É necessário significar a educação em saúde baseando-se no princípio de que ensinar não é transferir conhecimentos ou conteúdos, mas é levar ao sujeito a

pensar de forma crítica e desenvolver a autonomia. Aliado a isso, existe as tecnologias educativas e recursos educativos, que tem o intuito de contribuir para essa ação. E os materiais educativos são utilizados como prática frequente no SUS, pois são considerados importantes na composição do conhecimento transformador (SOUSA; MORAIS; OLIVEIRA, 2015).

Desse modo, a não aplicação do recurso material educativo, implica negativamente na concepção dos usuários em planejamento reprodutivo, uma vez que é considerado essencial o recurso visual para a assimilação de conhecimentos (SOUSA; MORAIS; OLIVEIRA, 2015).

No que diz respeito às unidades de saúde que disponibilizam materiais educativos, os gestores afirmam dispor de recursos audiovisuais para estas atividades. Os recursos audiovisuais são: 2 (20%) utilizam álbuns seriados, 2 (20%) folhetos, 2 (20%) cartazes, 1 (10%) modelos pélvicos femininos e masculinos ou figuras ilustrativas, 2 (20%) mostra de métodos anticoncepcionais e 1 (10%) filmes. Logo a ausência ou deficiência vai comprometer a compreensão do uso e funcionalidade adequada do programa.

Figura 2. Recursos audiovisuais utilizados nas atividades educativas no planejamento reprodutivo nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.



Segundo Sousa, Morais e Oliveira (2015), o uso de serviços e recursos de saúde podem implementar o exercício da sexualidade como direito e indispensabilidade, que tem como objetivo a escolha ou não da reprodução, planejamento reprodutivo e o cuidado com a preservação e conservação da vida.

Nesse aspecto, a realidade deste estudo não difere da realidade de outros estudos. Um estudo realizado por Rocha et al., em 2016 no Ceará, em um projeto de extensão da Universidade Federal do Ceará - UFC, com acadêmicos e profissionais de enfermagem, verificou-se que os materiais demonstrativos disponíveis no serviço, continham uma pasta com alguns métodos contraceptivos, como preservativos femininos e masculinos, anticoncepcionais orais e injetáveis combinados, DIU, dois modelos genitais masculino e feminino para demonstrar o uso do preservativo.

Outro estudo de Sousa, Morais e Oliveira feito em 2015, no município de Jequié, na Bahia, com 6 enfermeiros, afirmaram que nas unidades possuíam materiais educativos impressos, identificando como os tipos mais prevalentes foram: folders, cartilhas, banners e álbuns seriados.

Para Nogueira, Modena e Schall (2009), são materiais educativos como vídeos, folhetos, cartilhas, instrumentos relevantes na área de educação em saúde pelo seu potencial cunho informativo. No entanto, os materiais precisam ter uma significação para os usuários, de forma que a informação produza conhecimento e problematize a sua realidade.

No estudo devido a não utilização de material educativo no decorrer do atendimento, reflete o descaso com tais ferramentas. Dessa forma, a atenção aos usuários inférteis pode se tornar de baixa qualidade, pois o atendimento clínico para essa clientela na maioria das vezes é baseado nos métodos comportamentais para proporcionar a concepção, colocando como necessário os recursos audiovisuais para facilitar o aprendizado.

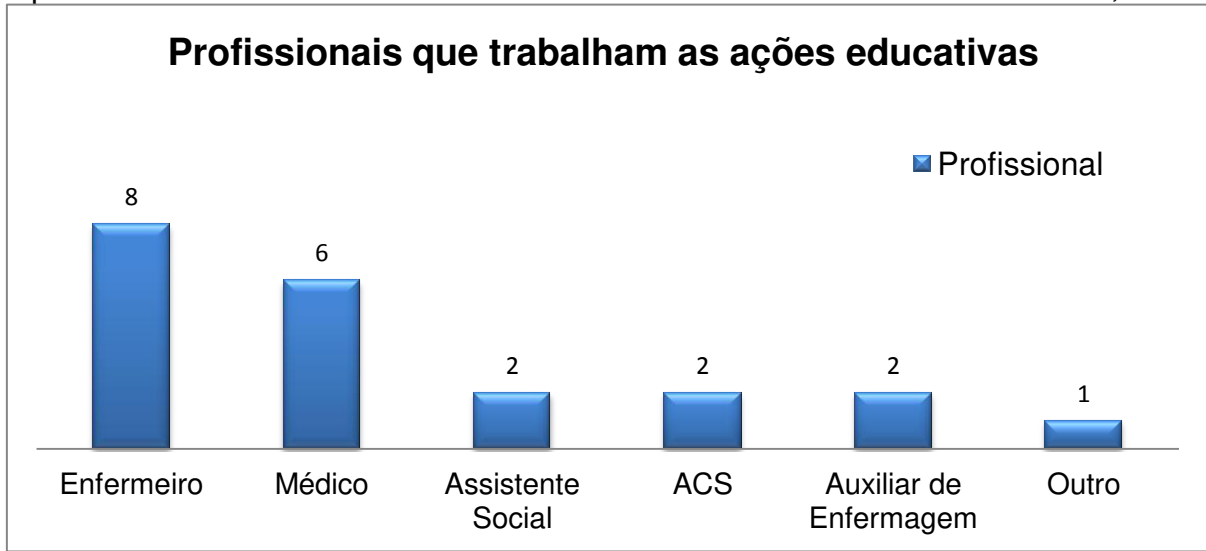
A indisponibilidade de materiais educativos, em mais da metade das unidades de saúde pesquisadas, foi identificada pelos gestores que se deve em circunstância da não expedição pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

No estudo de Sousa, Morais e Oliveira (2015), os profissionais mencionam sobre a disponibilidade de materiais, que não possuía na unidade, porém, tinham disponível na Secretaria Municipal de Saúde. Percebe-se ainda limitações relacionada às atividades educativas pela falta destes recursos.

É evidenciada a relevância do comprometimento das secretarias municipais de saúde e da participação social no propósito de contribuir na preparação e organização de estratégias, tendo em vista atentarem para as necessidades locais quanto ao uso dos materiais educativos (SOUSA; MORAIS; OLIVEIRA, 2015).

Ao investigar quais profissionais executam as ações educativas do planejamento reprodutivo nas Unidades de Saúde, levantou-se a participação de 8 (100%) enfermeiros, seguido de 6 (75%) médicos, 2 (25%) ACS, 2 (25%) assistente social, 2 (25%) auxiliar de enfermagem e 1 (12,50%) outros.

Figura 3. Profissionais que atuam nas ações educativas do planejamento reprodutivo de acordo com as Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.



Ressalta-se que a educação em saúde deve ser empregada como ferramenta de trabalho, refletindo da equipe de saúde o seu desempenho em distinguir a realidade da população, oferecer atenção de qualidade às carências sociais e saúde, e na sua abrangência como um todo (ROCHA et al., 2017).

No estudo realizado os enfermeiros são os profissionais que mais atuam nas ações educativas nas unidades de saúde. O enfermeiro exerce influência em relação à participação dos usuários no planejamento reprodutivo, através de estimulação e orientação. O enfermeiro como o profissional de maior participação em atividades educativas no PR, tem que adiantar a prevenção e assistência na área do PR, em especial na atenção pré-concepcional, realizando apoio e orientações aos casais em situação de infertilidade primária ou secundária, intervenções de enfermagem e reavaliação da situação clínica para identificar possíveis fatores para o desenvolvimento de infertilidade (ROCHA et al., 2017). Além disso, falta a capacitação de muitos profissionais que fazem parte da AB.

Estudo de Fiuza et al. (2015), realizado no município de Monte Claros - MG, quanto a participação dos profissionais nas ações do planejamento reprodutivo, 64,7

% (33) técnicos e/ou auxiliar de enfermagem foram considerados de qualidade incipiente pois a não participação se deve por falta de capacitação ou excesso de outras atividades; 56,9% ACS (29) foram caracterizados com qualidade avançada devido a participação das práticas educativas em planejamento reprodutivo; a atuação em PR da psicologia e assistente social foram classificados como incipiente pois estes profissionais não faziam parte da ESF e conseqüentemente do PR; 45,1% (23) relacionada a consulta médica foi considerado como avançado por fazer parte da assistência ao planejamento familiar e que 75% (38) da consulta de enfermagem no planejamento reprodutivo foram consideradas padrão avançado de qualidade, por ser integrada à assistência ao PR.

Enquanto parte integrante dos passos fundamentais para a efetividade do PR, o enfermeiro realiza a dispensação dos métodos contraceptivos e conceptivos; tem papel relevante no processo de educação aos usuários; reconhece problemas e intercede em ações e atitudes que podem comprometer a eficácia do método de escolha, buscando conhecer os múltiplos determinantes, sociais, culturais e econômicos envolvidos nas ações de saúde (ALMEIDA et al., 2016).

O profissional de saúde da AB tem como função esclarecer ao cliente ou casal em relação à fisiologia da concepção, pois muitos casais não sabem reconhecer o período fértil e para isso, o profissional de saúde deve empregar aos MBPF, que são técnicas de auto-observação de sinais e sintomas de fertilidade na mulher no decorrer do ciclo menstrual, como por exemplo, TCB, Billings ou muco cervical, entre outros.

Os profissionais de saúde da atenção básica precisam esclarecer também a respeito de atividades que possam impedir a concepção, como uso de lubrificantes. E através das atividades educativas, estes profissionais devem promover estilos de vida saudáveis, encorajando a exclusão de hábitos desvantajosos a concepção (MOURA et al., 2013).

A Atenção Básica ainda possui como limitação o trabalho multiprofissional de uma forma geral, visto que os profissionais devem trabalhar em conjunto (SILVA, 2011).

Os dados do quadro 1, representam os profissionais que trabalham as ações educativas do planejamento reprodutivo, demonstrando o quantitativo do corpo profissional por Unidades de Saúde.

Do total, reconheceu-se que o maior quadro de profissionais apresentado para a realização das ações educativas incluindo médico, enfermeiro, assistente social, ACS e auxiliar de enfermagem foi na unidade de saúde 3; seguida pela unidade 5 incluindo médico, enfermeiro e outros profissionais; a unidade 6 apresentou em seu quadro de profissionais o médico, enfermeiro e assistente social; na unidade de saúde 4 e 8 possuíram resultados semelhantes, fazendo parte das ações educativas o médico e enfermeiro e, nas unidades de saúde 1 e 2 contou apenas com a participação do profissional Enfermeiro.

Quadro 1. Distribuição dos profissionais que trabalham as ações educativas do Planejamento Reprodutivo por Unidade Básica de Saúde. São Luís - MA, 2017.

Unidade de Saúde	Profissionais
1	Enfermeiro
2	Enfermeiro
3	Médico Enfermeiro Assistente Social ACS Auxiliar de Enfermagem
4	Médico Enfermeiro
5	Médico Enfermeiro Outro
6	Médico Enfermeiro Assistente Social
7	Médico Enfermeiro ACS Auxiliar de Enfermagem
8	Médico Enfermeiro

Quanto à oferta de recursos humanos, apenas a unidade de saúde 3 e 7 apresentou maior quadro de profissionais para as ações educativas em planejamento reprodutivo. No estudo de Fiuza et al. (2015), realizado no município de Monte Claros - MG, em relação à acessibilidade de recursos humanos, 56,9% (29) equipes foram consideradas de qualidade intermediária, demonstrando a carência em se contratar profissionais para assim completar as equipes e investir em políticas de acessibilidade de trabalhadores da saúde em número suficiente.

Quando investigou-se sobre a existência de suprimentos adequados de equipamentos e instrumentos de trabalho, como, balança, aparelho de pressão, espelho vaginal, estetoscópio, e outros, é revelado na tabela 3, que do total pesquisado, 7 (87,50%) das unidades, os gestores declararam possuir equipamentos e instrumentos de trabalho necessários e 1 (12,50%) unidade, o gestor revelou não conter suprimentos adequados de materiais e instrumentos.

Tabela 3. Existência de suprimento adequado de equipamentos e instrumentos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. São Luís - MA, 2017.

Suprimento adequado de equipamentos e instrumentos de trabalho		
Categoria	Nº	(%)
Sim	7	87,50
Não	1	12,50
Total	8	100

Assim, os dados mostram que a maior parte das unidades de saúde pesquisadas 87,50% (7) possui suprimento adequado de materiais e instrumentos de trabalho.

Em um estudo de Pedrosa (2011), em relação as disponibilidade de equipamentos básicos de meios diagnósticos para a realização de exame físico complementar 100% das unidades possuía balança adulto e glicosímetro; 94% (17) possuíam esfigmomanômetro e estetoscópio; quanto aos instrumentos para a realização de consulta ginecológica as 100% (18) unidades possui mesa ginecológica, 94% (17) foco e quanto aos materiais e insumos indispensáveis ao exame ginecológico como escova para coleta endo-cervical, espátula de Ayres,

lâmina fosca continha em 100% (18) das unidades; fixador de lâminas 94% (17) e os espéculos descartáveis 89% (16).

Embora a disponibilidade de equipamentos seja considerada maior parte adequada para a realização do PR, não significa que haja efetividade e qualidade do serviço prestado (FIUZA et al., 2015). Em várias situações, usuárias inférteis são encaminhadas para serviços de maiores complexidade sem ter realizado exame citológico cervical e/clinico, ainda que possua materiais de trabalho disponível.

De acordo com o MS cerca de 85% dos problemas da comunidade pode ser resolutivo com a disponibilidade de recursos estruturais e equipamentos compatíveis, possibilitando o desempenho dos profissionais no que diz respeito a esse compromisso. Devido a isso, existe o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde com a proposta de que as UBS possuam estrutura física atuando como facilitadora de mudanças das práticas em saúde (Brasil, 2008).

Então para Pedrosa (2011), a valorização da infraestrutura dos serviços de saúde é investir no desenho do sistema e contribuir para as boas práticas assistenciais, já que a qualidade da assistência ofertada seja sensível às condições ambientais e estruturais.

Entretanto, 1 (12,50%) gestor afirmou que a inexistência deste suprimento de materiais e instrumentos necessários para o trabalho se deve pela ausência de encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a unidade de saúde.

Diante disso, a PNAB decreta que os municípios tem a responsabilidade de ofertar estrutura indispensável para o funcionamento devido das unidades de saúde contribuindo de recursos materiais, insumos e equipamentos para o desenvolvimento das atividades propostas (BRASIL, 2006).

Segundo Silva (2011), as limitações na gestão municipal e/ou local contribuem também como interferência na qualidade da assistência prestada no planejamento reprodutivo.

No que diz respeito à existência de oferta da assistência aos usuários inférteis nas unidades básicas de saúde, levantou-se que 8 (100%) das unidades de saúde pesquisada são isentas de práticas e assistência que deveriam ser ofertadas na Atenção Básica aos usuários inférteis.

A infertilidade é um problema que atinge uma quantia significativa dos casais em fase reprodutiva, porém os serviços oferecidos podem resultar na não concepção

desses casais. Nota-se que o atendimento a essas pessoas na área da atenção básica, na maioria das vezes é de baixa resolução ou ausente, refletindo em encaminhamentos dispensáveis para os outros níveis de complexidade. Os profissionais de saúde devem prestar cuidado integral e transformador (Dias et al., 2012).

No estudo de Costa et al. (2006), na estimativa de 72,9% dos municípios pesquisados não possuíam serviços para atender as necessidades em casos de infertilidade. Em outro estudo de Osis et al. (2006), identificou-se que à assistência a infertilidade não é considerada parte integrante do planejamento reprodutivo em duas das quatro capitais estudadas. Porém, nas outras duas, profissionais e gestores julgam a necessidade de integrar esta assistência, e apenas uma delas possuía a disponibilidade do serviço organizado.

As tentativas dos casais em engravidar sem sucesso podem gerar ansiedade, frustrações, inveja, culpa ou mesmo raiva, porém, uma vez que o casal tenha informações sobre as alternativas de tratamento, irá descobrir que as diversas opções existentes oferecem esperança de sucesso com a gravidez (BRASIL, 2013).

Uma experiência produzida na Clínica de Educação para a Saúde, da Universidade do Sagrado Coração de Bauru-SP, acompanhou-se 16 casais em situação de infertilidade e estes receberam orientações sobre o método de Billings ou da ovulação. Dentre estes, 9 conseguiram engravidar e 3 bebês já nasceram. Normalmente, o casal consegue engravidar após 2 anos apenas com a adoção do método baseado na percepção da infertilidade (MOURA et al., 2013)

A atenção básica é considerada o espaço adequado para o aconselhamento reprodutivo, realizando a identificação, investigação de infertilidade e o tratamento de doenças capaz de impedir na concepção (BRASIL, 2013).

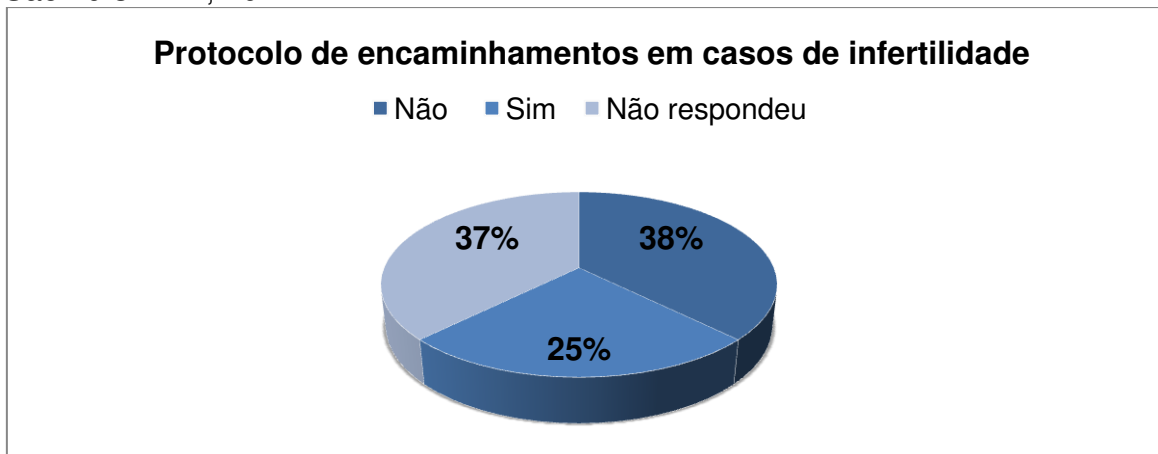
Nessa circunstância, o PR enfrenta desafios no que diz respeito às questões de infertilidade. Na grande maioria, os profissionais de saúde desconhecem suas atribuições, principalmente em relação à orientação do período fértil e atividades adequadas para proporcionar a concepção (ALAMEIDA et al., 2016)

Os avanços nas políticas no campo da saúde sexual e reprodutiva são perceptíveis, embora permaneçam limitações e problemas na atenção ao PR no Sistema Único de Saúde, como a restrita oferta de assistência à infertilidade (SILVA; BONAN; NAKANO, 2014).

Torna-se uma situação preocupante pelo fato de que o planejamento reprodutivo foi implantado por lei no sentido de prevenção e promoção, há 20 anos, à saúde da mulher (ROCHA et al., 2017). Compreende que ainda existe uma lacuna voltada a assistência no planejamento reprodutivo que deveria ser ofertada para os usuários inférteis, referente tanto à concepção quanto à infertilidade.

Ao investigar a existência de protocolos que abordam encaminhamentos em casos de infertilidade, percebe-se que de 38% das unidades de saúde pesquisadas não possuem protocolo de encaminhamento, 25% das unidades possuem o protocolo e 37% das unidades não responderam sobre a existência deste o protocolo, conforme mostra a figura 4. De acordo com os dados dessa pesquisa, somente 2 unidades de saúde possui protocolo de encaminhamento.

Figura 4. Existência de protocolos de encaminhamentos para casos de infertilidade. São Luís - MA, 2017.



O planejamento reprodutivo tem como principal finalidade a promoção da saúde, englobando o atendimento pela procura e necessidades de usuários, porém, na maioria das vezes se tem necessidade de utilizar recursos de serviços e tecnologias e que não são inclusas na atenção primária, logo as unidades de saúde precisam estar integradas com outros níveis da rede assistencial com processo de referência e contra-referência bem estabelecidos, como por exemplo, em casos de necessidade de investigação de infertilidade (SILVA, 2011).

No estudo de Rocha et al. (2017), no atendimento a concepção, considerando a idade e o tempo de acompanhamento, as mulheres devem ser encaminhada para o ambulatório de infertilidade.

Em outro estudo, de Bonan et al. (2010), evidenciou-se em um município que

apesar de contar com uma ampla rede de serviços em todos os níveis de complexidade, os profissionais não conseguiram atender e monitorar as demandas como infertilidade, esterilização cirúrgica por conta da inexistência ou a não solidificação do processo de referência e contra-referência.

Com isso, percebe-se que existe dificuldade na articulação entre atenção básica e a assistência ofertada nos níveis de media e alta complexidade, gerando restrição no que se refere à resolubilidade das necessidades oriundas dos usuários (BONAN et al., 2010).

O estudo de Moura et al. (2013), mostrou que em 2 capitais do país na atenção ao planejamento reprodutivo não inclui assistência à infertilidade, inexistindo protocolo de atendimento e sistema de referência. Realidade que se aproxima dos achados desta pesquisa.

No Brasil, usuários de baixa renda possuem dificuldades para acessar ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), devido à oferta de poucos serviços públicos que possua todas as técnicas de reprodução assistida (TRA) e de forma gratuita no geral (FERNANDES et al., 2016).

E no momento atual, poucos serviços públicos especializados na área de reprodução humana assistida são ofertados e a maioria está estabelecida nas regiões sudeste e sul. Com isso, para o adequado encaminhamento é necessário também identificar a existência do serviço da rede para garantir a acessibilidade e atendimento (BRASIL, 2013).

É necessária a divulgação das rotinas e protocolos, produzidos e reconhecidos por gestores municipais, em concordância com as legislações vigentes, para possibilitar a atuação de qualidade e segura em programas da atenção primária, em especial no PR (ALMEIDA et al., 2016).

Dessa forma, os níveis de complexidade precisam possuir serviços de saúde articulados e integrados, onde a atenção básica seja a porta de entrada para que os usuários tenha acesso aos outros níveis de serviços de acordo com suas necessidades. Estas ações e serviços precisam estar em horizontalizadas, ou seja, articuladas e coordenadas, permitindo que o usuário tenha suas demandas atendidas como um todo, sem descuidar de alguma necessidade (SILVA, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos, constatou-se que a assistência aos usuários em casos de infertilidade, revela-se baixa cobertura nas unidades de saúde, destacando questões importantes nas unidades pesquisadas, tais como: abordagem apenas em métodos contraceptivos nas atividades específicas do planejamento reprodutivo negligenciando a concepção e outras temáticas, carência em número efetivo de profissionais e sua participação no programa, indisponibilidade de recursos audiovisuais para educação sexual e reprodutiva e inexistência da sistematização de protocolos de encaminhamento para outros serviços de maior complexidade. Observa-se também o descuido quanto à abordagem ao tema sobre infertilidade nas unidades de saúde, se fazendo necessário abranger assuntos relacionados ao campo da saúde sexual e reprodutiva e que, considere a especificidade e necessidades dos indivíduos inférteis.

Tais resultados implicam na necessidade de elaborarem intervenções de acordo com a peculiaridade dessa clientela nas unidades de saúde e integrada ao Planejamento Reprodutivo. Uma vez que, a Atenção Básica é considerada a porta de entrada e tem a função de identificar e ofertar assistência para a especificidade desses usuários.

A pesquisa apresenta como limitações período de tempo mínimo para realizar a coleta em todos os distritos.

Admite-se que a efetividade das ações de saúde aos usuários inférteis, deve englobar educação em saúde no planejamento reprodutivo, recursos materiais e humanos adequados, integração e articulação dos serviços na rede de saúde com método de referência-contrareferência, tendo em vista a autonomia desses indivíduos no cuidado da sua saúde e conhecimento e reflexões para a livre escolha.

Isto se faz necessário para que possa haver promoção da saúde, esclarecer as dúvidas que possam surgir, alcançar à tão esperada concepção, estabelecer uma estruturação às ações a infertilidade, evitando a fragilidade na AB para atender as demandas dessa clientela.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, B. et al. Da infertilidade à parentalidade: Respostas emocionais dos casais e o envolvimento do enfermeiro no processo. **Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, Portugal, p.28-34, 31 jul. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/jv/Desktop/SS-110.pdf>>. Acesso em: 20 de novembro. 2017.

ALMEIDA, M. P. et al. Atenção em saúde no planejamento reprodutivo: atitudes e práticas de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.270-280, 30 jun. 2016. Universidade Federal de Santa Maria. <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769220490>>. Acesso em: 15 de dezembro. 2017.

ARAÚJO, Y. P. de. **IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ROTINAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. 2014. 29 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-sc, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173250>>. Acesso em: 17 de dezembro. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. 1º edição. Brasília-DF. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 17 de agosto. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Mulher: Princípios e Diretrizes**. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 13 de dezembro. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 426/GM, de 22 de março de 2005**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm. acesso em: 13 de dezembro. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em:<
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 de dezembro. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Subchefia para Assuntos para Assuntos Jurídicos**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 de dezembro. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <
<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/490199.pdf>>. Acesso em: 12 de dezembro. 2017.

BEZERRA, Andressa Carioca et al. Diagnósticos de enfermagem dos domínios autopercepção e enfrentamento/tolerância ao estresse relacionados à infertilidade feminina. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Internet, v. 18, n. 1177, p.2-11, 1 fev. 2016. Disponível em: <
<https://revistas.ufg.br/fen/article/download/37659/21997>>. Acesso em: 28 de novembro. 2017.

BONAN, C. et al. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 1, n. 10, p.110-118, nov. 2010. Disponível em:<
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/1743/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%Aancia.pdf>>. Acesso em: 21 de

Costa A. M. Guilherme D., Silver L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil** 2006; 6 (1): 75-84. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1.pdf>>. Acesso em: 5 de dezembro. 2017.

DIAS, A. A. **Desenvolvimento de protocolo clínico para atendimento à infertilidade na atenção básica à saúde**. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza- CE, 2015. Disponível em:<
http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13722/1/2015_dis_aadias.pdf>. Acesso em: 18 de novembro. 2017.

DIAS, A. A. et al. Estratégia educativa voltada para enfermeiros sobre atenção básica à infertilidade: estudo de intervenção. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33, n. 2 Porto Alegre, p. 69-77, June 2012. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13722/1/2015_dis_aadias.pdf>. Acesso em: 26 de Agosto. 2016.

FARIA, D. E. P.; GRIECO, S. C.; BARROS, S. M. O. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 794-801. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400002>. Acesso em: 13 de agosto. 2016.

FÉLIS, K. C.; ALMEIDA, R. J. de. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. **Reprodução e Climatério**, São Paulo, v. 2, n. 31, p.105-111, 2 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716000078>>. Acesso em: 2 de dezembro. 2017.

FERNANDES, E. S. B et al. ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DIANTE DA INFERTILIDADE MASCULINA. *Rev Enferm UFPE On Line.*, Recife, v. 8, n. 10, p.2870-2876, ago. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/i.APD01BIBLI/Meus%20documentos/Downloads/11355-25894-1-PB.pdf>>. Acesso em: 18 de novembro. 2017.

FIUZA, Erica Santana de Sá et al. Family planning: quality assessment on structure dimensions, organization and assistance. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 7, n. 4, p.3227-3238, 1 out. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3227-3238>. disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750948008.pdf>>. Acesso em: 21 de dezembro. 2017.

GRADVOHL, Silvia M. Obana; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y.. Características de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade em serviço público de saúde. **Reprodução e Climatério**, São Paulo, v. 1, n. 28, p.18-23, jul. 2013. 2013 a. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208713000186?via%3Dihub>>. Acesso em: 24 de novembro. 2017.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Campinas, v. 6, n. 35, p.255-261, 27 maio 2013. 2013 b. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208713000186?via%3Dihub>>. Acesso em: 21 de novembro. 2017.

GUIMARÃES, M. A. M.; ALEXANDRE, A. E.; RIBEIRO, J. A. A. C. Prevalência e práticas preventivas em infertilidade entre mulheres atendidas em um serviço público de saúde. **Reprodução e Climatério**, São Paulo, v. 2, n. 28, p.57-60, 14 ago. 2013. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208713000526>

>. Acesso em: 25 de novembro. 2017.

LEITE, R. R. Q.; FROTA, A. M. M. C. O Desejo de Ser Mãe e a Barreira da Infertilidade: Uma Compreensão Fenomenologica. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**, v. XX, n. 2, p. 151-160, jul-dez, 2014.

Disponível em: <<http://biblat.unam.mx/pt/revista/revista-da-abordagem-gestaltica/articulo/o-desejo-de-ser-mae-e-a-barreira-da-infertilidade-uma-compreensao-fenomenologica>>. Acesso em: 20 de agosto. 2017.

LINS, P. G A. et al. O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n.3, p. 387-392, jul/set. 2014.

Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2014000300007&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em: 20 de novembro. 2017.

LOURENÇO, J. W.; LIMA, A. P. W. Infertilidade Humana: Comentando suas causas e consequências. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, UFPRr, v. 10, n. 5, p.111-124, dez. 2016.

MENDONÇA, C. R.; ARRUDA, J. T.; AMARAL, W. N. **Função sexual de mulheres submetidas à reprodução assistida**. Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. DOI: 10.1590/SO100-720320140004952. Set. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014001100484&script=sci_abstract&tIng=pt

>. Acesso em: 13 de dezembro. 2017.

MOURA, E. R. F. et al. Atenção Básica e Infertilidade: conhecimento e prática de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p.234-240, 06 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7209>>. Acesso em: 20 de agosto. 2016.

NAGAHAMA, EEI. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no município de Maringá, Paraná. **Caderno. Saúde Pública**. Rio de Janeiro 2009; 25(5): 279-90.

NOGUEIRA, M. J.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. Materiais educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. **RECIIS- R. Eletr. de Com. Inf. Inov.**

Saúde, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 169-179, 2009. Disponível em: <
<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/727>>. Acesso em: 21 de dezembro. 2017.

Osis M. J. D., Faúndes A, Makuch M. Y., Mello M. B., Sousa M. H., Araújo M. J. O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os res, Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa ultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, 2006; 22: 2481-2490. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100023. Acesso em: 20 de dezembro. 2017.

PAIVA, C. C. N. de et al. Temas abordados nos grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa Themes addressed in educational groups of sexual and reproductive health. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 8, n. 3, p.4872-4881, 15 jul. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4872-4881>.

PEDROSA, I. de C. F. **A INFRAESTRUTURA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT E SUA RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO**. 2011. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós- Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuibá-mt, 2011.

PEREIRA, Leila Lamas. **Assistência aos casais inférteis: uma análise da rede de do sistema único de saúde na macrorregião de juiz de fora - minas gerais**. 2013. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em:
 <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1179/1/leilalampereira.pdf>
 >. Acesso em: 19 de novembro. 2017.

RICARDO, A. T.; OKAZAKI, E. L. F. J. Atuação do enfermeiro em Reprodução Humana Assistida. **Rev Enferm UNISA**, v. 11, n. 1, p. 38-42. 2010.

ROCHA, A. C. F. et al. ATIVIDADES DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 1, n. 13, p.69-82, jun. 2017. Disponível em: <
<http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/19709>>. Acesso em: 21 de dezembro. 2017.

SILVA, K. C. S. **A assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. 2011. 115 f. Dissertação

(Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher)- Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro. 2011. DISPONÍVEL EM: < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8031/1/Keila%20Cristina%20Santana%20Silva.pdf>>. Acesso em: 18 de dezembro. 2017.

SILVA, K. C. S.; BONAN, C.; NAKANO, A. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: DESAFIOS DE INTEGRAÇÃO, COORDENAÇÃO E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 4, n. 17, p.497-506, dez. 2014. Trimestral. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/i.APD01BIBLI/Meus%20documentos/Downloads/2008-13632-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 de novembro. 2017.

SOUSA, L. M. de; MORAIS, R. L. G. L.; OLIVEIRA, J. S.. Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p.683-693, set. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300683&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 de dezembro. 2017.

APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA EM SAÚDE DA MULHER - NEPEM

**APÊNDICE-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -
GESTORES**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: “PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís-MA”.

Os objetivos desta pesquisa são: Avaliar as ações e assistência de planejamento reprodutivo nas instituições de saúde da rede pública municipal de São Luís- MA; Descrever a estrutura física e operacional das unidades que atendem o Planejamento Reprodutivo (PR); Conhecer a partir dos discursos das mulheres como vivenciam o planejamento reprodutivo; Conhecer a percepção das/dos usuárias/os sobre o funcionamento do Planejamento Reprodutivo na Unidade; Investigar o conhecimento dos sujeitos sobre o PR; Identificar o perfil socioeconômico, demográfico e reprodutivo das/os participantes do planejamento reprodutivo; Conhecer e avaliar as informações recebidas pelas mulheres no planejamento reprodutivo; Descrever a assistência prestada pelos profissionais em relação a livre escolha e oferta dos métodos contraceptivos; Identificar os profissionais que prestam assistência em planejamento reprodutivo; Identificar a prevalência de usuárias/os em situação.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de um questionário que o (a) senhor (a) deverá responder. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento ou qualquer outro sentimento que dificulte sua participação podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) quiser mais esclarecimentos sobre o estudo, por favor procure a coordenadora responsável a prof^a. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias, no endereço: Rua 07, Quadra 05, Casa 16, Cohajap telefone: (98) 32262646 – CEP 65072-590 e em caso de dúvidas sobre seus direitos entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 21091250, que é um Comitê que tem a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes

nas pesquisas, no endereço: R. Barão de Itapari, 227 - Centro, São Luís - MA, 65020-070, 4º andar e pelo telefone: (98) 21091250.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura (ou digital) do entrevistado ou de seu representante legal

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

DIMENSÃO ESTRUTURAL

1) Esta UBS possui sala de espera para comportar os usuários de acordo com o número de ESF?

[1] não [2] sim

2) Se não, por que?

[1] não há espaço físico

[2] não foi requisitado pela unidade

[3] não há recurso

[4] não sabe

[5] outro

3) Há espaço físico destinado para as atividades educativas?

[1] não [2] sim

4) Se não, por que?

[1] não há espaço físico

[2] não foi requisitado pela unidade

[3] não há realização da atividade

[4] não sabe

[5] outro

5) Se sim, esse espaço tem:

[1] ventilação e iluminação

[2] cadeiras em número compatível para as pessoas se acomodarem

[3] quadro negro ou branco

[4] televisão

[5] projetor multimídia

[6] outros

6) Há espaço isento de umidade, com ventilação e com iluminação natural

para armazenamento dos métodos anticoncepcionais?

[1] não [2] sim

7) Esta UBS possui consultório para atendimento individual para as/os usuárias/as?

[1] não [2] sim

8) Se não, por que?

[1] não há espaço físico

[2] não foi requisitado pela unidade

[3] não há recurso

[4] não sabe

9) Quantas equipes de estratégia da saúde da família há na UBS?

[1] uma

[2] duas

[3] mais de duas

[4] não sabe

10) Quantos profissionais atuam no PR?

[1] um

[2] dois a três

[3] quatro a seis

[4] todos os profissionais da equipe

11) Quais profissionais receberam capacitação para trabalhar com o planejamento

familiar?

[1] médico

[2] enfermeiro

[3] psicólogo

[4] assistente social

[5] ACS

[6] auxiliar de enfermagem

[7] outro

[8] não sabe

Há quanto tempo?

Houveram outras?

Quanto tempo de atuação em planejamento reprodutivo?

12) Quais profissionais trabalham as ações educativas do Planejamento Reprodutivo?

[1] médico

[2] enfermeiro

[3] psicólogo

[4] assistente social

[5] ACS

[6] auxiliar de enfermagem

[7] outro

[8] não sabe

13) Quais profissionais trabalham no atendimento clínico?

[1] médico

[2] enfermeiro

[3] psicólogo

[4] assistente social

[5] ACS

[6] auxiliar de enfermagem

[7]outro

14) Quais métodos anticoncepcionais foram solicitados e recebidos no último ano?

[1] Pílula oral combinada

[2] Injetável mensal

[3] Injetável trimestral

[4] Pílula de emergência

[5] DIU

[6] Diafragma

[7] Minipílula

[8] Preservativo masculino

[9] Preservativo feminino

15) Caso a unidade de saúde não tenha recebido alguns dos métodos, seria por:

[1] falta de solicitação

[2] a SMS não envia , apesar da solicitação

[3] não sabe

16) Quais métodos estão disponíveis para oferta às usuárias?

[1] Pílula oral combinada

[2] Injetável mensal

[3] Injetável trimestral

[4] Pílula de emergência

[5] DIU

[6] Diafragma

[7] Minipílula

[8] Preservativo masculino

[9] Preservativo feminino

17) Foi suficiente o quantitativo de anticoncepcionais recebidos no último ano para atender a demanda?

[1] é suficiente

[2] é insuficiente

[3] está em excesso

[4] não recebe

[5] não sabe

[6] outro

18) Esta UBS possui mesa para exame ginecológico?

1. () não 2. () sim

19) Se não, por que?

1. () não há espaço físico

2. () não foi requisitada pela unidade

3. () não há recurso

4. () é usada mesa de exame clínico

5. () outro

20) Esta UBS realiza procedimentos de inserção do DIU?

1. () não 2. () sim

21) Se não, por que?

1. () não há espaço físico

2. () não há profissionais capacitados

3. () não há DIU

4. () não há procura

5. () há encaminhamento para um centro de referência

6. () não sabe

22) Esta UBS realiza procedimentos de orientações para medição e inserção do diafragma?

1. () não 2. () sim

23) Se não, por que?

24) Há suprimento adequado de equipamentos e instrumentos de trabalho, como, balança, aparelho de pressão, espéculo vaginal, estetoscópio e outros?

1. () não 2. () sim

25) Se não, por que:

1. () a SMS não envia

2. () a unidade não solicita

4. () não sabe

26) Há disponibilidade de material educativo em PF destinado aos usuários?

1. () não 2. () sim

27) Se não, porque:

1. () a SMS não envia

2. () a unidade não solicita

3. () não sabe

28) Se sim, quais os recursos audiovisuais para as atividades educativas?

1. () álbuns seriados

2. () folhetos sobre métodos anticoncepcionais

3. () cartazes

4. () modelos pélvicos femininos e masculinos ou figuras ilustrativas

5. () mostra de métodos anticoncepcionais

6. () filmes

7. () TV

8. () Data show

29) Se não, porque:

1. a SMS não envia
2. a unidade não solicita
3. não sabe

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

1) Existe coordenação do Planejamento Reprodutivo na unidade?

1. não 2. sim

2) Qual profissional coordena o programa?

1. enfermeiro/a
2. médico/a
3. técnico de enfermagem
4. psicólogo/a
5. assistente social
6. outro profissional
7. a equipe multiprofissional

3) Nos casos de solicitação de laqueadura, como é feito encaminhamento para unidades de referência?

[1] Ficha de protocolo elaborado pela SMS

[2] Encaminhamento informal pelos profissionais

[3] Não há encaminhamento feito pela USB

[4] Não sabe

4) Qual a faixa etária de maior frequência de solicitação de laqueadura?

1. 19 a 24 anos

2. 24 a 29 anos

3. 29 a 34 anos

4. 34 a 39 anos

5. 44 a 49 anos

6. acima de 49 anos

5) Da indicação à realização do procedimento, o tempo médio de espera é:

1. um mês

2. de dois a seis meses

3. de sete meses a um ano

4. mais de um ano

5. não sabe

6) Caso haja dificuldades para a realização da laqueadura, assinale-o(s).

1. leitos insuficientes;

2. falta de indicação médica

3. obstáculos impostos pela Lei n 9.263

4. falta de vontade do gestor

5. não sabe

7) Nos casos de indicação de vasectomia, onde o procedimento é realizado?

8) A solicitação da vasectomia ocorre com maior frequência em qual faixa etária?

1. 19 a 24 anos

2. 24 a 29 anos

3. 29 a 34 anos

4. 34 a 39 anos

5. 44 a 49 anos

6. () acima de 49 anos

9) Da solicitação à realização do procedimento, o tempo médio de espera é:

1. () um mês

2. () de dois a seis meses

3. () de sete meses a um ano

4. () mais de um ano

5. () não sabe

10) Caso haja dificuldades para a realização da vasectomia, assinale-o(s).

1. () falta de demanda

2. () falta de indicação médica

3. () obstáculos impostos pela Lei n 9.263

4. () falta de vontade do gestor

5. () não sabe

11) Qual é a rotina para seguimento da distribuição dos métodos às/aos usuáries?

1. () as usuáries passam por outro atendimento médico

2. () os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo seguimento das usuáries

3. () não há rotina estabelecida , ora há entrega, ora não há

4. () não sabe

12) Há produção mensal de balancetes para controle de estoques dos anticoncepcionais?

1. () não 2. () sim

13) Há registros dos grupos educativos?

1. () não 2.() sim

14) Há monitoramento da procura dos métodos?

1.() não 2.() sim

15) Os dados são consolidados e transformados em dados estatísticos?

1. () não 2. () sim

16) Se consolidados, quem utiliza os dados?

1. () a própria UBS

2. () os dados são enviados para a SmS

5. () não sabe

17) A UBS recebe material educativo para o público?

1. () não 2.() sim'

18) Se não , por que?

1. () falta de orientação e organização dos fluxos de trabalho

2. () a unidade não solicita à SMS

3. () não sabe

19) Há protocolos de PR elaborados pela SMS?

1. () não 2.() sim

20) Os protocolos abordam encaminhamentos para casos de diabetes, pressão alta, e outras patologias?

1.() não 2.() sim

21) Os protocolos abordam encaminhamentos para casos de infertilidade?

1.() não 2.() sim

22) Na unidade é feita avaliação do Programa de Planejamento Reprodutivo?

1. () não 2.() sim

23) Se sim, qual profissional é responsável?

1. () o responsável pela ESF
2. () o diretor ou gerente da UBS
3. () não há um profissional designado
4. () não sabe

24) A avaliação inclui escuta ao cliente?

1. () não 2. () sim

25) A avaliação é feita em qual intervalo de tempo?

1. () de seis em seis meses
2. () anualmente
3. () mais de um ano
4. () não sabe

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

1) Como se dá a entrada no Planejamento Reprodutivo?

[1] grupos de inscrição mistos e periódicos

[2] livre demanda

[3] não há ações próprias para o Planejamento Familiar

[4] não sabe

2) O que contempla o serviço de Planejamento Reprodutivo na unidade?

1() Ação Educativa

2() Atendimento clínico individual

3 () Distribuição de métodos contraceptivos

4) () Encaminhamentos para Unidades Especializadas

5 () Outros

3) Em caso de realização de atividades educativas, elas realizadas em qual intervalo de tempo?

1. () semanalmente
2. () quinzenalmente
3. () mensalmente
3. () de 6 em 6 meses

4) As atividades são específicas para o planejamento reprodutivo?

1.() não 2.() sim

5) Se sim, quais os temas abordados?

[1] Sexualidade

[2] Papeis sociais do homem e da mulher

[3] Corpo feminino e masculino

[4] Métodos contraceptivos

[5] Infertilidade

[6] Tecnologias reprodutivas

[7] Outros

6) Todas as pessoas inscritas passam pelas atividades educativas?

1. () não 2.() sim

7) Os grupos das atividades educativas são formados respeitando a faixa etária?

1. () não 2.() sim

8) Os grupos das atividades educativas são formados por:

1. () menos de 20 pessoas

2. () 20 pessoas
3. () mais de 20 pessoas
4. () não sabe
- 9) Há orientação individual para adultos e adolescentes?
1. () não 2.() sim
- 10) Qual a periodicidade do atendimento clínico individual?
1. () Diárias
2. () Semanal
3. () Mais de uma vez por semana
4. () Quinzenalmente
5. () Mensalmente
6. () Não acontecem
7. () Outros
- 11) Qual(is) o(s) método(s) reversível/irreversível(eis) mais solicitado(s) Assinale pelo menos duas opções.
1. () pílula oral
2. () DIU
3. () injetáveis
4. () laqueadura
5. () preservativo masculino
6. () diafragma
7. () pílula de emergência
8. () vasectomia
9. () preservativo feminino
- 10.() outros métodos
- 12) Qual a periodicidade da distribuição dos métodos contraceptivos?
1. () Diárias
2. () Semanal
3. () Mais de uma vez por semana
4. () Quinzenalmente
5. () Mensalmente
6. () Não acontecem
- 13) Existe alguma dificuldade no programa do Planejamento Reprodutivo?
1. () sim 2. () não
- 14) Se sim, quais?
1. () falta dos métodos
2. () falta do médico/a
3. () falta de enfermeiros/as
4. () falta das atividades educativas
5. () não sabe
- 15) Em relação à pílula de emergência , o método está disponível na unidade?
1. () não 2.() sim
- 16) Se não, por que?
1. () a SMS não envia, apesar da solicitação
2. () a unidade não solicita
3. () por falta de profissionais capacitados
4. () por questões éticas e religiosas
5. () não sabe
6. () Outros -
-
- 17) Os outros profissionais de saúde fornecem a pílula de emergência na ausência do médico?
- 1.() não 2.() sim

18) Para as retiradas subsequentes dos métodos é necessária a participação nas atividades educativas?

1. não 1. sim

19) Qual a forma de divulgação das ações em PR na unidade ?

1. folhetos/ informes

2. boca a boca

3. palestras

4. não há divulgação

5. não sabe

20) Fora da unidade de saúde, a divulgação ocorre :

1. pelos agentes comunitários de saúde -ACS

2. pelo Programa Saúde na Escola

3. por palestras feitas pelos profissionais da unidade em centros comunitários, clubes, e associações

4. nas maternidades através de cartazes , folhetos e pelos próprios profissionais de saúde.

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: ações e assistência em Unidades de Saúde de São Luís - MA

Pesquisador: Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68689417.8.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.249.389

Apresentação do Projeto:

A pesquisa em pauta destina-se a avaliar dentre outros pontos ações do Planejamento Reprodutivo vai permitir um delineamento da atenção que está sendo prestada às mulheres, o que pode levar os gestores a uma reestruturação da atenção às mulheres e homens que procuram os serviços, levando a melhor disponibilidade, maior satisfação das/os usuárias/os e profissionais, proporcionar uma agilidade nos serviços e a consequente redução da vulnerabilidade das mulheres, principalmente adolescentes, além da implementação de serviços para as mulheres/homens/casais que desejam a concepção.

Justifica-se como os autores indicam, em tema de extrema relevância tanto para a sociedade, quanto para profissionais de saúde e gestores desse serviço, que através da caracterização do perfil de sua população alvo conseguem dispensar uma assistência com maior qualidade, atingindo as necessidades específicas desses sujeitos e consequentemente mudanças favoráveis nos indicadores de saúde reprodutiva.

Continuação do Parecer: 2.249.389

- Conhecer a como as mulheres vivenciam o planejamento reprodutivo;
- Descrever a estrutura física e operacional das unidades que atendem o Planejamento Reprodutivo (PR);
- Conhecer a percepção das/dos usuárias/os sobre o funcionamento do Planejamento Reprodutivo na Unidade;
- Investigar o conhecimento das mulheres sobre o PR;
- Identificar o perfil socioeconômico, demográfico e reprodutivo das/os participantes do planejamento reprodutivo;
- Conhecer e avaliar as informações recebidas pelas mulheres no planejamento reprodutivo;
- Descrever a assistência prestada pelos profissionais em relação a livre escolha e oferta dos métodos contraceptivos;
- Identificar os profissionais que prestam assistência em planejamento reprodutivo;
- Identificar a prevalência de usuárias/os em situação de infertilidade que procuram o serviço e descrever a assistência prestada;
- Identificar os métodos em maior prevalência utilizados por usuárias/os;
- Descrever a participação dos homens no planejamento reprodutivo, como usuários e/ ou acompanhantes.
- Descrever o processo de solicitação, encaminhamento e realização dos métodos definitivos pelas usuárias do PR;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos diretos aos sujeitos da pesquisa. Os benefícios são recompensadores em todos os níveis: para os sujeitos que estão envolvidos diretamente no trabalho; Os responsáveis pelo programa de saúde de cada Unidade de Atendimento em Planejamento Reprodutivo pois serão lembrados das ações necessárias as boas práticas para realização da assistência de planejamento reprodutivo nas instituições de saúde da rede pública; bem como para o grupos de usuários e usuárias das unidades/serviço que poderão relatar sua percepção sobre o funcionamento do Planejamento Reprodutivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto respeita os aspectos éticos conferidos pela Resolução CNS nº 466/12.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.249.389

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatório foram entregues.

Recomendações:

Não temos recomendações a ser feitas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 823374.pdf	17/05/2017 14:39:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLUusuarios.docx	17/05/2017 14:39:11	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoplanejamentoreprodutivo.pdf	17/05/2017 14:36:14	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoplanejamentoreprodutivo.docx	17/05/2017 14:35:44	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aut_secretariadesaude.docx	17/04/2017 14:18:54	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	12/01/2017 13:15:28	Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

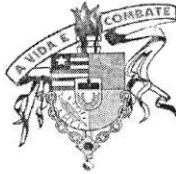
Não

SAO LUIS, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO C – PARECER DO COLEGIADO DE CURSO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n. ° 5.152 de 21/10/1966.
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE MONOGRAFIA

PARECER

1. **TÍTULO:** Investigação da assistência prestada aos usuários em situação de infertilidade em unidades básicas de saúde de São Luís.

2. **ALUNO (A):** Samira Rodrigues dos Santos

3. **ORIENTADOR (A):** Prof^ª. Dr^ª Claudia Teresa Frias Rios

4. **INTRODUÇÃO:** A aluna aborda a temática em questão fundamentada em referenciais atualizados, mostrando que no Brasil 278 mil casais possuem alguma dificuldade em fase fértil. Tal situação coloca a temática em questão como um problema de saúde pública.

5. JUSTIFICATIVA

Na justificativa a aluna destaca que a importância de estudar a tema em questão, devido o impacto que a infertilidade causa na vida das pessoas e pode ser detectada em qualquer classe social, assim sendo, o estudo poderá contribuir para melhorar a assistência aos casais inférteis. A aluna enfatiza a motivação pessoal pela escolha do tema.

6. OBJETIVOS

Bem delineados e passíveis de serem alcançados, porém deve ser mantido somente a palavra GERAL e ESPECÍFICO.

7. PROCESSO METODOLÓGICO

Apresenta os elementos básicos para alcance dos objetivos, melhorou a descrição do local de pesquisa, bem como da população e amostra. Apresenta o parecer de aprovação do projeto de pesquisa no CEP da UFMA.

8. CRONOGRAMA

Atualizado.

9. TERMO DE CONSENTIMENTO

Atende as normas da Resolução vigente.

10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Obedece a normatização pela ABNT.

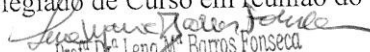
11. CONCLUSÃO DO PARECER:

O projeto apresenta viabilidade para ser desenvolvido, após a aluna ter feito os ajustes na justificativa e nos itens 4.2 e 4.3 da metodologia, conforme solicitação na análise anterior e diante da relevância social do projeto, somos de parecer favorável a aprovação e desenvolvimento.

São Luís, 02 de outubro de 2017.


 Professora relator

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 04/10/2017.
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em / / .
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .


 Prof^ª Dr^ª Lenam Barros Fonseca
 Coordenadora do Curso de Enfermagem