

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Leila Lamas Pereira

**ASSISTÊNCIA AOS CASAIS INFÉRTEIS: UMA ANÁLISE DA REDE DE
ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA MACRORREGIÃO DE JUIZ DE
FORA – MINAS GERAIS**

Juiz de Fora

2013

Leila Lamas Pereira

**ASSISTÊNCIA AOS CASAIS INFÉRTEIS: UMA ANÁLISE DA REDE DE
ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA MACRORREGIÃO DE JUIZ DE
FORA – MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG para obtenção do grau de Mestre.
Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Estela Márcia Saraiva Campos.

Juiz de Fora
2013

Para meu pequeno Gui,
sinônimo de amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à minha orientadora Professora Estela, que literalmente “me pegou pela mão”, me ensinando o que é e como fazer uma dissertação de mestrado. Nunca mais seus ensinamentos me deixarão. Obrigada por ser, muito mais que uma professora, uma verdadeira amiga.

Ao Professor Luis Cláudio, que me mostrou os caminhos obscuros da estatística e decifrou os enigmas dos números.

Ao meu marido, João Carlos, que superou as broncas, os estresses e todos os momentos difíceis. Que permaneceu ao meu lado em cada pequena conquista, contribuiu em todas as etapas e foi o maior incentivador desta empreitada.

À minha mãe, Jaciléa, exemplo e suporte, não sou nada sem ela.

À Carolaine Bitencourt, irmã por opção, que iniciou essa jornada científica (sua vez vai chegar!).

À Renata Marcato, outra irmã de coração, obrigada por “cobrir” minhas falhas, ouvir minhas lamentações e, sempre, sempre ter uma palavra de conforto pra oferecer.

À Gaga, por cuidar do Gui como se fosse dela, para que eu me dedicasse a estudar e escrever.

À Gracciela, por compartilhar as alegrias e angústias da prática da infertilidade e por se transformar em uma amiga.

A todas as pacientes do Hospital Universitário, mesmo aquelas que não concordaram em participar da pesquisa, por compartilharem um pedaço e, às vezes, o todo de sua vida comigo.

Aos funcionários do HU, que fizeram o possível para facilitar meu acesso aos prontuários nos momentos mais complexos de mudanças no serviço.

Às residentes Rany e Ana Cristina e às acadêmicas Leticia e Andressa, por dividirem as tarefas e compartilharem das loucuras de uma coleta de dados.

Ao meu amigo de longa data, Henrique Campos, por me emprestar seus conhecimentos linguísticos: “Thank you very much”!

Sem cada ajuda essa dissertação não existiria.

*Famílias desertas num mundo aparentemente superpovoado.
Casais sem filhos num país que pratica três milhões de abortos por ano.
O drama da infertilidade é um imenso contraste.
(autor desconhecido)*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 DESENVOLVIMENTO	16
2.1 INFERTILIDADE: A CONTEMPORANEIDADE DA QUESTÃO.....	16
2.2 ENTENDENDO A INFERTILIDADE.....	18
2.2.1 Fisiologia da reprodução	18
2.2.2 Investigando a infertilidade	20
2.3. TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA.....	23
2.3.1 Breve histórico da reprodução assistida	23
2.3.2 As técnicas de reprodução assistida	27
2.4 INFERTILIDADE: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	32
2.4.1 A Integralidade e sua relação da atenção à infertilidade	41
2.4.2 A concepção de rede assistencial como organizadora da atenção integral	43
3 OBJETIVOS	46
3.1 OBJETIVO GERAL.....	46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
4 METODOLOGIA	47
4.1 O ESTUDO.....	47
4.1.1 População de estudo	48
4.1.2 Instrumentos de coleta de dados	50
4.1.3 Análise de dados	51
4.1.4 Aspectos éticos	51
4.1.5 Cenários do estudo	52

4.1.5.1 Juiz de Fora e sua rede assistencial.....	52
4.1.5.2 O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.....	55
5 RESULTADOS	58
5.1 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA – DADOS DOS PRONTUÁRIOS.....	58
6 DISCUSSÃO	65
6.1 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS.....	65
6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	68
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXO A.....	85
ANEXO B.....	93
ANEXO C.....	95
ANEXO D.....	96

LISTA DE SIGLAS

CAS	Centro de Atenção à Saúde
CC	<i>Clomiphene Citrate</i> – Citrato de Clomifeno
CFA	Contagem de Folículos Antrais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMC	Central de Marcação de Consultas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CP	Coito Programado
DF	Distrito Federal
DSM	Departamento de Saúde da Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
E ₂	Estradiol
ESCA	Esterilidade Sem Causa Aparente
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
FSH	<i>Follicle-stimulating hormone</i> – Hormônio Folículo Estimulante
GnRH	<i>Gonadotropin Releasing Hormone</i> – Hormônio Liberador de Gonadotrofina
HAM	Hormônio Antimülleriano
HCG	<i>Human Chorionic Gonadotropin</i> – Gonadotrofina Coriônica Humana
HMG	<i>Human Menopausal Gonadotropin</i> – Gonadotrofina Humana de Menopausa
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSI	<i>Intra Cytoplasmic Sperm Injection</i> – Injeção Intracitoplasmática de espermatozóide
IUI	Inseminação Intrauterina
IM	Intramuscular
LH	<i>Luteinizing Hormone</i> – Hormônio Luteinizante
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGD	<i>Pre-implantation Genetic Diagnosis</i> – Diagnóstico Pré-implantação
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RA	Reprodução Assistida
REDLARA	<i>Red Latinoamericana de Reproducción Assistida</i> – Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida
SBE	Sociedade Brasileira de Esterilidade
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SBRH	Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
SC	Subcutâneo
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Transferência de Embriões
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TRA	Técnicas de Reprodução Assistida
UAPS	Unidades de Atendimento Primário
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal do Estado de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
β HCG β	<i>Human Chorionic Gonadotropin</i> – Fração beta da Gonadotrofina Coriônica Humana

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil do Estado civil das mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011.....	57
Tabela 2 - Distribuição em relação ao município de Origem do Encaminhamento das mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011	58
Tabela 3 - Motivos de Encaminhamento da mulher ao ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011	59
Tabela 4 - Distribuição das Causas da Infertilidade das mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011	60
Tabela 5 - Tipos de Tratamentos Indicados para as mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011	61
Tabela 6 - Distribuição dos tipos de Tratamentos Realizados para as mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011	62
Tabela 7 - Percentual do número de consultas realizadas pelas mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011	62
Tabela 8 - Frequência e Percentual do Tempo de Permanência das mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011	63

RESUMO

A Infertilidade é hoje reconhecida como doença pela Organização Mundial de Saúde, porém ainda não há no Sistema Único de Saúde brasileiro uma política que contemple as suas particularidades, apesar de cada vez mais casais procurarem assistência para ter um filho. Os atendimentos disponíveis não disponibilizam a totalidade das terapêuticas, muitas vezes por se constituírem em procedimentos de alto custo. Porém a demanda de casais inférteis existe e cresce a cada dia. O presente estudo visou traçar um perfil dos casais atendidos pelo Ambulatório de Infertilidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), serviço integrado ao Programa Estadual Viva-Vida em Minas Gerais, de caráter secundário, através de método quantitativo e conhecer os anseios e projeções destes casais quando referenciados a outros serviços não disponíveis no HU, através de métodos qualitativos (entrevista semi-estruturada). De forma geral foi possível perceber que a rede assistencial aos casais inférteis na macrorregião de Juiz de Fora é falha, tanto em seu início, quando apresenta entraves que impedem o acesso ao HU-CAS (Centro de Atenção à Saúde) dos usuários da própria cidade e de cidades vizinhas, quanto com relação à garantia de continuidade do processo de tratamento, no momento que não há transposição das barreiras burocráticas para que os usuários cheguem até o atendimento terciário de referência. Espera-se que o trabalho contribua para melhor assistência à demanda de casais inférteis e melhor estruturação entre os níveis de atendimento.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Assistência em Saúde, Infertilidade.

ABSTRACT

Infertility is now recognized as a disease by the World Health Organization, but there is still not in the Brazilian Health Unified System a policy that addresses their particularities, although more couples are seeking assistance to have a child. The available services do not provide all of the therapies, often because they are in high-cost procedures. But the demand for infertile couples exists and grows every day. This study aimed to define a profile of couples treated by Infertility Clinic of the University Hospital (UH) of the Federal University of Juiz de Fora (FUJF), an integrated service to the State 'Live-Life' Program in Minas Gerais, of secondary character through quantitative method and meet the desires and projections of these couples when referenced to other services not available at UH, through qualitative methods (semi-structured interview). Overall it was possible to notice that the health care network to infertile couples in the macro-region of Juiz de Fora is failed, both in its beginning, when it presents barriers which impede access to the UH-HCC (Health Care Center) users of the city itself and surrounding towns, as with relation to ensuring continuity of treatment, when there is no transposition of bureaucratic barriers for users to come to the tertiary care of reference. It is expected that the work will contribute to better service the demand from infertile couples and better structuring between levels of care.

Keywords: Public Health System; Health Care, Infertility.

1 INTRODUÇÃO

Cerca de 20% de todos os casais em idade fértil não conseguem engravidar após dois anos de tentativas (SPEROFF & FRITZ, 2013), número este que situa a infertilidade como uma das mais prevalentes doenças do planeta. No entanto, a incapacidade de perpetuar a espécie por meios naturais é ainda encarada como uma exceção, quase uma aberração que deve ser relegada ao foro íntimo dos interessados diretos.

Planos de saúde não cobrem tratamentos. Políticas de saúde pública, em níveis federal, estadual e municipal, nunca contemplaram a terapia de casais sem filhos, como se a infertilidade fosse uma síndrome sofisticada e exclusiva da elite.

O caráter essencialmente democrático da esterilidade conjugal, que afeta ricos e pobres na mesma medida, e afeta profundamente, ainda não foi capaz de sensibilizar governos suficientemente para que se crie uma política eficaz e contundente.

O desejo da maternidade/paternidade está impresso na memória ancestral de nossas células, é mais forte que conjunturas sociais e econômicas e está completamente alheio à suposta explosão demográfica. Entende-se daí o enorme sentimento de frustração e estresse psicológico social quando o casal se vê diante do choque da esterilidade.

A ciência da Reprodução Assistida, neste início do século XXI, é a resposta mais objetiva e mais feliz às preces de um casal infértil.

A infertilidade não compreende tratamento de urgência, mas é preciso lembrar que o tempo segue um sentido único e a idade é o mais forte fator de insucesso. Para casais onde a mulher tem mais de 35 anos, o tempo é cada vez mais escasso e é preciso intervir o quanto antes.

Os avanços da ciência médica não são acompanhados da necessária conscientização de que a infertilidade é um problema de saúde pública. As técnicas

cada vez mais modernas de produção de bebês em laboratório serão apenas um rodapé nas páginas de tecnologia se não forem democratizadas e estendidas à maioria dos casais inférteis.

Diante de tal contexto, a realidade do Ambulatório de Infertilidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora não é diferente, apesar de inserido em um dos programas da política estadual de saúde. Com recursos escassos, o Ambulatório sobrevive da luta diária de seus profissionais, que se empenham em tentar o melhor para os usuários do serviço. Três anos de participação nos atendimentos permitiram vivenciar, de um lado, as angústias de casais à procura de seus filhos ou de uma resposta para ausência deles, e, por outro, a limitação dos profissionais em efetivamente ter resolutividade em suas práticas clínicas.

Casais de todas as classes sociais, tentando “um lugar ao sol” nesta fascinante realidade da Reprodução Assistida compõem a demanda deste serviço. Logicamente, não se consegue sanar todos os problemas e diante das dificuldades, entre elas, a inexistência de exames mais complexos, como, por exemplo, a videolaparoscopia, a incerteza do seguimento ultrassonográfico das induções de ovulação e, indubitavelmente, a mais importante, e por que não dizer mais frustrante, a ausência de continuidade dos tratamentos iniciados.

Vivenciando tal problemática é que surge o interesse de pesquisar as falácias da rede de atenção à infertilidade no cotidiano da assistência.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 INFERTILIDADE: A CONTEMPORANEIDADE DA QUESTÃO

Desde a Antiguidade o ato de ter filhos constitui um dos pilares das sociedades, seja simplesmente para procriar, seja pela demonstração da capacidade reprodutiva, principalmente masculina. Um filho representa herdeiro, aquele para quem os pais passam sua genética, seu conhecimento, seus bens, suas conquistas. É no descendente que procuram realizar os sonhos, principalmente aqueles que eles próprios não concretizaram (CORRÊA, 2001).

A busca por um filho não ocorre apenas em famílias tradicionais – laço matrimonial formal, como se via até meados do século XX. Hoje, mulheres e homens solteiros, independentemente da orientação sexual, manifestam desejo de cuidar e ver crescer uma criança. Isto pode ser alcançado pela procriação ou por comportamentos de doação, decorrentes da impossibilidade de uma procriação.

Nas últimas três décadas não houve aumento na incidência global da infertilidade, mas uma evolução notável na avaliação e no tratamento, além da mudança na demografia. O resultado é o grande número de mulheres que tenta gravidez em idades avançadas (SPEROFF & FRITZ, 2013).

Mulheres postergam a maternidade em função da valorização da formação profissional, para constituir carreira sólida (CORRÊA, 2001).

Outros fatores podem ser implicados na diminuição das taxas de fertilidade, como o casamento tardio e maior número de divórcios, maior acesso aos programas de planejamento familiar e diminuição do número de filhos (SPEROFF & FRITZ, 2013).

Por muito tempo considerou-se a impossibilidade de procriar como problema social, por entender que o casamento encerrava função elementar de procriação, excluindo casais sem filhos e relegando-os à margem da sociedade.

Considera-se a impossibilidade de gerar descendentes uma doença denominada Infertilidade. Assim, buscou-se a “cura” através de estudos e experimentos que viabilizassem a fecundação.

Speroff & Fritz (2013) definem infertilidade como “a ausência de gravidez com pelo menos um ano de tentativas desprotegidas e atividade sexual frequente” (SPEROFF & FRITZ, 2013).

Ao final do século XVII, Lázaro Spallanzani, biólogo italiano, utilizou semên de cachorro e fecundou uma cadela e, em 1790, o médico John Hunter inseminou uma mulher com o sêmen de seu marido (GARRAFA, 2007).

Desde então, estudos se aperfeiçoaram para permitir a fecundação (encontro dos gametas feminino – óvulo – e masculino – espermatozóide) em laboratório. Até então, só era possível no próprio organismo feminino.

Cada vez mais pesquisadores se dedicam à ciência da reprodução. Segundo a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida (REDLARA) existem hoje 63 centros brasileiros cadastrados. Em seu último censo de 2011, a maioria dos procedimentos foi realizada no Brasil e na Argentina (REDLARA, 2013).

O desenvolvimento científico e o aumento da oferta de serviços especializados incrementam a Reprodução Assistida, evocando-se questões sociais como o aumento do acesso da mulher ao mercado de trabalho e adiamento da maternidade. Em um mercado capitalista cada vez mais exigente, obriga aperfeiçoamentos de habilidades e atualizações, com conseqüente atraso dos planos familiares. Neste contexto de resposta às demandas sociais, a ciência da reprodução responde com a oferta de novas tecnologias, tanto em procedimentos diagnósticos como terapêuticos (MOURA *et al.*, 2004)

No entanto, essa tecnologia não está amplamente disponível a todos. A Infertilidade acomete casais brasileiros e sua cura ainda está distante de fazer parte a realidade na saúde pública (MAKUCH *et al.*, 2010).

Diversos aspectos que cercam a Infertilidade constituem real problema de saúde pública e como tal deve ser abordado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma concreta e abrangente, contemplando seus três princípios básicos: Integralidade, Universalidade e Equidade.

2.2 ENTENDENDO A INFERTILIDADE

2.2.1 Fisiologia da reprodução

Para ocorrer uma gravidez, além do encontro de um óvulo e um espermatozoide, há outros fatores envolvidos na dinâmica da fertilização. Define-se como fertilização o momento em que os DNA, ou seja, a carga genética, dos gametas feminino e masculino se fundem, formando uma célula diploide ($2n$), com 46 cromossomos (COTA *et al.*, 2007).

Este encontro de gametas ocorre nas trompas, na porção ampular onde o espermatozóide deve chegar após ascender por todo o trato ginecológico (colo uterino, cavidade endometrial e trompas) oriundo da ejaculação no fundo de saco vaginal.

Todo esse trajeto deve estar intacto e livre de obstruções.

A cada ejaculação são liberados aproximadamente 200-300 milhões de espermatozoides no fundo de saco vaginal. A ascensão dos espermatozoides induz a uma seleção natural com o objetivo de “escolher” apenas o gameta mais saudável para fertilizar o óvulo (GLASS, 1990).

O pH ácido da vagina imobiliza a maior parte dos espermatozoides depositados até duas horas. Os mais fortes vencem esse obstáculo e chegam à cavidade endometrial. Apenas 200 espermatozoides alcançam o óvulo (GLASS, 1990).

O trato genital feminino promove também a capacitação e hiperativação destas células tornando-as aptas a fertilizar o gameta feminino (COTA *et al.*, 2007).

Para fertilizar o óvulo, os espermatozóides devem romper a corona radiata e ligar-se à zona pelúcida, liberando o conteúdo do acrossoma. Neste momento, alterações na

zona pelúcida impedem a entrada de novos espermatozóides, bloqueando a polispermia (COTA *et al.*, 2007).

Além da integridade e da permeabilidade de todo o trajeto, os gametas femininos devem ser de ótima qualidade; os masculinos, além da qualidade, devem se apresentar em quantidade adequada.

Os óvulos já estão formados na vida intrauterina. Por volta da 20ª semana de gestação o número de oócitos é de seis a sete milhões. Há um processo de degeneração e, até o nascimento, este número reduz-se a cerca de um milhão. Neste momento estas células estão estacionadas no seu desenvolvimento em uma das fases da divisão celular – a fase de diplóteno da prófase I da meiose. Este processo completar-se-á na adolescência com o amadurecimento do eixo hormonal Hipotálamo-Hipófise-Ovário (HHO) e a liberação de gonadotrofinas iniciam o complexo ciclo menstrual (POLISSENI *et al.*, 2001; GEBER, 2003).

Do nascimento à puberdade, ocorre nova onda de atresia dos folículos ovarianos, restando em torno de 400-500 mil a serem efetivamente “utilizados”. A cada ciclo menstrual, pela ação do Hormônio Folículo Estimulante (FSH) ocorre o recrutamento de aproximadamente 1.000 folículos; destes, apenas um ovulará (SABINO, 2007).

Por volta dos 40 anos, a mulher já apresenta importante redução na reserva de folículos ovarianos, diminuindo suas chances de gravidez.

Pesquisa da empresa Maplan realizada em 1998, em nove capitais brasileiras, “em dez anos, a proporção de mulheres gestantes entre 30 e 44 anos subiu de 30% para 41%” (COLLUCCI, 2000, p. 63).

Alguns motivos para esse retardo no projeto de maternidade seriam a ampla disponibilidade de métodos contraceptivos, a postergação do matrimônio, a maior incidência de divórcios, o desejo de atingir níveis educacional e profissional elevados, de conquistar estabilidade e independência financeiras, e o aprimoramento das técnicas de fertilização artificial (BORLOT & TRINDADE, 2004).

Assim, muitas mulheres, que deixaram em segundo plano a concretização do desejo de ser mãe, hoje depositam suas esperanças na evolução da ciência com técnicas avançadas e resultados vantajosos (SOUZA, 1995).

A produção de espermatozoides é contínua e cíclica e ocorre durante toda a vida do homem a partir da puberdade (ARAÚJO *et al.*, 2007). Em sua formação, os espermatozoides apresentam-se em número, formato e movimentação adequados a fim de vencer os obstáculos que os separam do óvulo.

Compreende-se o aumento na procura, principalmente pela população feminina por tratamentos de reprodução assistida. “O investimento feminino nas carreiras é parte nuclear da busca por sua autonomia pessoal, elemento importante no ideário feminino e masculino de camadas médias no pós-feminismo” (OLIVEIRA & MARCONDES, 2004). Apesar da luta por independência financeira, concretização de planos pessoais e autonomia, as mulheres não negam suas atribuições na relação de gênero; a união conjugal e a maternidade fazem parte das intenções de vida da maioria das mulheres, apenas não ocupando o primeiro lugar nas prioridades (OLIVEIRA & MARCONDES, 2004).

2.2.2 Investigando a infertilidade

A infertilidade afeta cerca de 15% dos casais em idade reprodutiva, chegando a 25% quando a idade da mulher é igual ou superior a 40 anos (SPEROFF & FRITZ, 2013). Tal prevalência aponta a necessidade de se conhecer e melhor estudá-la, avançando não apenas no entendimento teórico de seus métodos diagnósticos e propedêuticos, mas também na discussão sobre a abordagem da situação dos serviços de saúde, passando a influenciar a elaboração de políticas de saúde.

O entendimento de dois conceitos é importante, são o de **fecundabilidade**, entendida enquanto a capacidade de se conseguir uma gravidez dentro de um único ciclo menstrual com relações sexuais frequentes. E o da **fecundidade** entendida como a obtenção de um nascido vivo dentro de um único ciclo (SPEROFF & FRITZ, 2013).

A fecundabilidade de um casal foi estimada entre 20 e 25% a cada ciclo menstrual. Com base nesta informação, espera-se que de 85 a 90% dos casais devam conceber após 12 meses (CANÇADO, 2007). Assim sendo, o início da propedêutica deverá ocorrer após um ano de tentativas.

Segundo Olmedo *et al.* (2003), as causas de infertilidade são: 30% atribuídas ao fator tubo-peritoneal, que incluem as anormalidades que comprometem a anatomia do aparelho genital feminino; outros 30% são relacionados a fatores masculinos, incluindo alterações de quantidade e qualidade dos espermatozoides; 20% estão ligados a fatores ovulatórios, condição na qual o recrutamento, desenvolvimento e ruptura folicular estão comprometidos; 10% das causas se relacionam com fatores de migração espermática, ou seja, situações que alterem a relação entre o muco cervical e os espermatozoides, indispensável para que os gametas masculinos cheguem às trompas e fertilizem o óvulo. Existem ainda situações em que não se encontram causas específicas para a ausência de gravidez, esses eventos são responsáveis por aproximadamente 10% das causas de infertilidade e são denominados Esterilidade Sem Causa Aparente (ESCA). É comum a associação de fatores; um casal pode apresentar causas femininas e masculinas concomitantemente, esta situação está presente em 40% das pacientes pesquisadas (OLMEDO *et al.*, 2003). Portanto a propedêutica inclui a investigação da mulher e do parceiro.

De acordo Freitas & Lima (2003), a propedêutica básica para os casais inférteis inicia-se com anamnese dirigida, com a abordagem do tempo de infertilidade e a presença de fatores associados.

O exame físico e ginecológico é indispensável e a investigação complementar feminina inclui exames para avaliação ovariana morfológica (ultrassonografia) e funcional (dosagens hormonais dos hormônios ovarianos: Estradiol e Progesterona e hormônios hipofisários responsáveis pela estimulação ovariana: FSH e Hormônio Luteinizante – LH), avaliação tubária (histerossalpingografia) e avaliação uterina (histerossalpingografia e ultrassonografia, além da histeroscopia).

Os exames masculinos incluem avaliação física e seminal compreendendo basicamente o espermograma (LAMAITA *et al.*, 2001).

Com a propedêutica básica procura-se responder quatro perguntas:

1. A avaliação seminal é normal?
2. A ovulação é normal?
3. O canal reprodutor é normal?
4. A reserva ovariana é adequada?

A avaliação seminal é realizada seguindo os padrões da OMS (2010), apresentados abaixo. É recomendada a coleta de duas amostras de sêmen com intervalo de quatro semanas (SPEROFF & FRITZ, 2013), admitindo-se que possa haver alterações oscilatórias no intervalo referente à espermatogênese (60-75 dias). De acordo com a OMS (2010), a avaliação segue as seguintes referências:

- Volume da amostra: 1,5ml;
- pH acima de 7,2;
- Concentração espermática: maior que 15 milhões/ml;
- Número total do ejaculado: maior ou igual a 39 milhões/ejaculado;
- Porcentagem de espermatozoides móveis: grau A (progressivos rápidos) + B (progressivos lentos) devem totalizar 32%;
- Vitalidade: acima de 58% vivos;
- Morfologia Estrita de Kruger: valores iguais ou acima de 4%.

Para a pesquisa da ovulação a anamnese pode indicar a alterações. Pacientes eumenorreicas, em 80% têm ovulação satisfatória, dispensando outra investigação. Nas demais, é necessária avaliação complementar com dosagens hormonais de progesterona em fase lútea (segunda metade) do ciclo menstrual (LAMAITA *et al.*, 2001).

O exame físico ginecológico possibilita avaliação da genitália externa e canal vaginal. O canal cervical, a cavidade uterina e as trompas são investigadas por histeroscopia, que permite visão direta da cavidade uterina e dos óstios tubários, ou histerossalpingografia, exame com contraste iodado e radiografias sequenciais da pelve (LAMAITA *et al.*, 2001; CANÇADO, 2007).

Na avaliação da reserva ovariana, recorre-se às dosagens dos hormônios hipofisários, responsáveis pela estimulação e pelo recrutamento foliculares, assim como a dos hormônios ovarianos. Necessária principalmente em pacientes com idade acima de 30 anos e as candidatas a tratamento por técnicas de reprodução assistida. Os níveis considerados normais são abaixo de 15 mUI/ml para FSH e abaixo de 80pg/ml para estradiol (GEBER, 2003; DZIK, 2010). Mais recentemente, o Hormônio Antimülleriano (HAM), tradicionalmente mais reconhecido por seu papel na diferenciação sexual masculina, pois induz a regressão dos ductos müllerianos. Na sua ausência, os ductos müllerianos irão desenvolver o terço superior da vagina, o útero e as trompas de falópio, é dosado como marcador de reserva ovariana (TRAN, 2011). Outro parâmetro ultrassonográfico utilizado para avaliação da reserva ovariana é a Contagem de Folículos Antrais (CFA). Metanálise recente concluiu que a precisão dos modelos multivariados para a predição de resposta ovariana em mulheres submetidas a FIV é semelhante à precisão da CFA (VERHAGEN, 2008).

2.3 TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

2.3.1 Breve histórico da reprodução assistida

Após 1779 e 1780, com os experimentos de Spallanzani e Hunter, inicia-se a história da Reprodução Assistida (RA).

Os aprimoramentos das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) resultaram, em 1978, com o nascimento de Louise Brown na Inglaterra. O “bebê de proveta” como foi apelidado o procedimento de Fertilização *in vitro* (FIV) evidenciava seu primeiro sucesso com o nascimento da menina, filha de mãe com obstrução das tubas uterinas bilateralmente (MOURA *et al.*, 2009).

Na década de 1980, pesquisas de Heape resultaram no nascimento de coelhos da raça angorá de uma fêmea belga, através da transferência de embriões coletados do oviduto da fêmea angorá, após a cruza, para o oviduto de outra fêmea da raça belga (*apud* MOURA *et al.*, 2009).

Heape demonstrara que era possível a manipulação de embriões. A partir de seus estudos surgiram pesquisas com o objetivo de cultivar embriões em laboratório. Hammond Jr, Whitten, McLaren e Biggers aperfeiçoaram meios de cultura e associaram as técnicas de Heape para se conseguir o desenvolvimento embrionário *in vitro* até a fase de blastocisto, quando eram transferidos para o útero de uma fêmea e se desenvolviam normalmente (*apud* MOURA *et al.*, 2009).

A evolução dos estudos em humanos esbarrava de se conseguir óvulos maduros para serem fertilizados em laboratório. Assim, com o advento da laparoscopia com Steptoe (1968), vislumbrava-se a possibilidade de captação dos óvulos maduros em processo muito semelhante ao natural quando se administrava Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG) (*apud* MOURA *et al.*, 2009).

O número de óvulos captados incrementou as chances de gestação, pois aumentava o número de embriões fertilizados; com isso técnicas de superovulação se desenvolveram em humanos a partir de 1960 com o uso do Hormônio Folículo Estimulante (FSH). Outros medicamentos como a Gonatrodofina Humana de Menopausa (HMG), Citrato de Clomifeno (CC), Hormônio Luteinizante (LH) passaram a ser empregados para a estimulação dos ovários e obtenção de oócitos cada vez em maior número (MOURA *et al.*, 2009).

Em 1982, Lenz & Lauritzen desenvolveram a coleta de oócitos em humanos utilizando a ultrassonografia endovaginal com punção percutânea, o que até então se realizava por laparoscopia (*apud* MOURA *et al.*, 2009).

Em 1993, na Bélgica, surge a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), revolucionando o tratamento da Infertilidade masculina, pois possibilitava a manipulação do gameta e sua introdução (injeção) no óvulo.

Desde 1993, a ICSI se destaca como o procedimento de Reprodução assistida mais realizado nas clínicas de todo o mundo. Na América Latina, segundo dados da REDLARA, Brasil e Argentina se destacam como os grandes centros. Em 1999, 28,3% correspondem à fecundação *in vitro* (FIV), 44,5% a ICSI. Em 2009, a injeção

intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) continua sendo preferida em comparação à FIV com uma proporção relativa de 85% e 15%, respectivamente (REDLARA, 2009).

No Brasil, a infertilidade humana tem sido objeto de estudo e de intervenção desde 1942, quando foi criado o Consultório de Esterilidade na Universidade Federal do Rio de Janeiro pela jovem médica Clarisse Amaral Ferreira.

Em 1947, no Rio de Janeiro, foi fundada a Sociedade Brasileira de Esterilidade (SBE) cujo objetivo era: “ocupar-se das questões científicas e sociais referentes à esterilidade, à prevenção e sequelas de abortos, à anticoncepção e à assistência à maternidade sob todos os aspectos”. A SBE passa a chamar-se Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), decisão tomada em um dos congressos da área, realizado em 1974 no Rio de Janeiro, onde se reuniu especialistas de todo o mundo (PEREIRA, 2011).

Em 1974, o Setor de Esterilidade já fazia parte da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Os estudos na área eram deficientes e caminhavam devagar devido aos altos custos. Apenas três universidades possuíam a Reprodução Humana como departamento acadêmico e a incluíam no ensino superior: a Universidade Federal da Bahia, a Universidade Federal do Paraná e a Universidade Federal de Juiz de Fora, com o Professor Antônio Luis Gonzaga da Silva.

O primeiro laboratório de Reprodução Humana da América do Sul é implantado na Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 1982.

Em 1983, o financiamento privado, inicia uma série de procedimentos de Fertilização *in vitro*, com estimulação ovariana por Citrato de Clomifeno e captação dos oócitos por videolaparoscopia, que possibilita, em outubro de 1984, o nascimento de um bebê do sexo feminino, por intermédio do Dr. Milton Nakamura, ginecologista e pioneiro do procedimento no país.

Na sequência, em 1988, o Laboratório de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais; ambos vinculados ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com a finalidade de prestar serviços aos casais inférteis sem recursos financeiros.

As iniciativas privadas crescem vertiginosamente no país entre as décadas de 1980/1990. Em 1995, é criada a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida (REDLARA), com objetivo de organizar e cadastrar os diversos centros de diagnóstico e tratamento que surgiam na América Latina, captar dados, desenvolver pesquisas e contínua formação e atualização dos profissionais da área. A REDLARA possui hoje 154 centros cadastrados, dos quais 57, brasileiros. Em 1996, é criada a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), que hoje possui cadastro de 119 centros em todo o país. A SBRA dedica-se a representar, informar e formar os profissionais envolvidos com as atividades de Reprodução Assistida (Estatuto SBRA, 2009), diferenciando-se da SBRH, pelo fato desta última abranger os conceitos de planejamento familiar e climatério em suas discussões.

As Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) vêm crescendo em todo o país e cada vez mais aprimoramentos são introduzidos. O Brasil hoje conta com centros altamente qualificados, que realizam todos os procedimentos, desde os mais simples, como a estimulação ovariana para coito programado com uso de indutores modernos, até as complexas técnicas como ICSI, *Assisted Hatching* e Diagnóstico Pré-implantação (PGD). A REDLARA possui o registro de 163 centros brasileiros cadastrados em sua rede e os procedimentos realizados por estes centros desde 1990 (REDLARA, 2013).

Apesar dos avanços tecnológicos, as TRA estão disponíveis em grandes centros privados de tratamento. Estes centros estão concentrados principalmente na região sudeste, com 60 centros cadastrados na SBRA, e sul (26 centros) do país. Alguns estados não possuem centros de reprodução assistida, como é o caso de Acre, Roraima, Rondônia, Amapá, Rio Grande do Norte e Espírito Santo. O Distrito Federal possui três centros e a região norte, 5 (SBRA, 2013). Poucos são os serviços que oferecem essa tecnologia à população menos favorecida financeiramente. Os planos de saúde privados ainda não possuem cobertura para

tais tratamentos e o Sistema Único de Saúde possui uma quantidade restrita de locais que oferecem os serviços (MAKUCH *et al.*, 2010).

2.3.2 As técnicas de reprodução assistida

O principal objetivo das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) é conseguir uma gestação. Para isso uma ação importante é aumentar a ovulação para que se tenham maiores chances de fertilização.

As TRA podem ser de baixa, média e alta complexidades. As de baixa complexidade constituem ações para aumento da ovulação, utilizando medicações conhecidas como indutores. Na década de 1950 o Citrato de Clomifeno (CC) possibilitou que pacientes anovulatórias alcançassem uma gestação (CAETANO *et al.*, 2007). É uma droga capaz de induzir a liberação de Hormônio Liberador de Gonadotrofina (GnRH), Hormônio Luteinizante (LH) e Hormônio Foliculoestimulante (FSH) por ocupar os receptores de Estrogênio (E₂) no Hipotálamo e na Hipófise impedindo o feedback negativo. Assim, favorece maior recrutamento folicular com consequente aumento da ovulação (PÉREZ, 2008).

Outros fármacos também podem ser empregados para indução da ovulação, porém com ação diferente do CC, por agirem diretamente no ovário, como: Gonadotrofina Humana de Menopausa (HMG), Gonadotrofinas Recombinantes: FSHr e LHr.

Os indutores mais potentes como HMG e as Gonadotrofinas recombinantes ganham espaço, pois o CC apresenta baixas taxas de gravidez, devido ao seu efeito antiestrogênico na cérvix e no endométrio (MOTTA & SERAFINI, 2003), o que dificulta a implantação embrionária.

A conhecida técnica de indução de ovulação para Coito Programado (CP), muito utilizada nos serviços públicos por apresentar baixo custo tanto de medicação, quanto de tecnologia, consiste no uso de indutores de ovulação na primeira fase do ciclo menstrual, com o objetivo de aumentar o recrutamento folicular. A seguir, faz-se acompanhamento do crescimento dos folículos ovarianos por meio de

Ultrassonografia Transvaginal seriada, na tentativa de prever o momento da ovulação, programando-se então, o coito. Quando o diâmetro médio dos folículos atinge entre 15-18 mm, pode-se ou não utilizar a Gonadotrofina Coriônica (HCG), na dose de 5000-10.000UI por via intramuscular (IM) ou subcutânea (SC) para promover a maturação dos oócitos (CAMARGOS *et al.*, 2007).

O custo é relativamente baixo, comparado a outras técnicas mais complexas, porém depende da disponibilidade Ultrassonografia e profissional para realização.

A dose de Citrato de Clomifeno (CC) inicial é de 50mg/dia, podendo chegar a 200mg/dia. Tal procedimento propicia taxa de gravidez cumulativa em 6 meses de 60% e risco de gestação múltipla de 5-10% (LEMOS *et al.*, 2001).

O recrutamento folicular é maior e as chances de gravidez aumentam com o uso de medicações mais potentes com as HMG e as Gonadotrofinas Recombinantess, contudo os custos elevam-se consideravelmente.

Tratamentos de Média e Alta Complexidades incluem os procedimentos que tentam facilitar o encontro do óvulo com o espermatozoide. São eles: Inseminação Intra-uterina (IIU), Fertilização *in vitro* (FIV) e Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI).

A IIU é menos complexo e consiste em injetar espermatozoides na cavidade uterina, encurtando o trajeto. Essa injeção é preparada em laboratório utilizando-se sêmen do parceiro ou doador. A fertilização ocorrerá espontaneamente nas trompas e todo o processo de migração e implantação embrionária é também natural. (LEMOS *et al.*, 2001).

No caso da Inseminação Intra-uterina (IIU), pode-se utilizar ou não a indução medicamentosa da ovulação, sendo que a monitorização do crescimento folicular é indispensável em qualquer das alternativas para que se possa programar a Inseminação dos espermatozoides. É também independente da indução ovulatória a administração da HCG, assim como especificado para os tratamentos de Coito

Programado, pois se sabe que a ruptura folicular ocorrerá 24-36 horas, prazo recomendado para realizar a Inseminação (LEMOS *et al*, 2001).

O procedimento não requer internação hospitalar, realizado ambulatorialmente. A paciente é colocada em posição de litotomia (ginecológica), introduz-se o espéculo no canal vaginal para visualização do colo uterino. Com um cateter flexível o sêmen beneficiado é injetado na cavidade uterina.

Após 15 dias da inseminação, se não houver menstruação, realizar dosagem sérica de Gonadotrofina Coriônica Humana em sua fração beta (β) (β -HCG) para diagnóstico da provável gravidez (CAMARGOS *et al.*, 2007).

São esperadas taxas de gravidez entre 6-15%, as mais baixas atribuídas aos procedimentos sem hiperestímulo e as maiores aos casos onde não há deficiência no sêmen. A taxa é cumulativa até seis ciclos, não sendo recomendado maior número de tentativas (CAMARGOS *et al.*, 2007).

São consideradas indicações para IIU: Esterilidade Sem Causa Aparente (ESCA), fator cervical, fator masculino leve.

A Fertilização *in vitro* (FIV) e Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) são procedimentos em que a fertilização ocorrerá fora do organismo feminino, ou seja, o encontro dos gametas feminino e masculino dar-se-á em laboratório (*in vitro*), seja pelo próprio “esforço” do espermatozoide (FIV) ou pela sua injeção no óvulo (ICSI).

As técnicas de alta complexidade necessitam laboratório de embriologia equipado com micromanipulador e profissional treinado na manipulação de gametas e embriões.

O processo de hiperestimulação da ovulação é semelhante tanto para FIV quanto para ICSI e diversos protocolos podem ser utilizados. As Gonadotrofinas Recombinantes são as drogas de eleição, já que apresentam maiores taxas de

gravidez (RÌSQUEZ, 2003), porém aumenta consideravelmente os custos do tratamento.

Estudos recentes apresentaram resultados com a chamada estimulação mínima (ZHANG et al., 2008) ou mesmo em ciclos naturais (BUSSO et al., 2007).

Após a estimulação ovariana, sempre seguida de monitorização ultrassonográfica, é administrada HCG e programada punção dos folículos por ecografia e via transvaginal. É necessária sedação anestésica, portanto ambiente hospitalar.

Os oócitos aspirados são avaliados em laboratório para obtenção dos gametas maduros. O sêmen passa por processo de lavagem para que o líquido seminal seja retirado e ocorra a capacitação (CAMARGOS *et al.*, 2007).

Com a micromanipulação dos gametas realiza-se a fertilização por FIV ou ICSI e os embriões são mantidos em placas incubadoras e estufas por 48-120 horas para avaliação diária de sua evolução.

A transferência para o útero pode ser realizada com embriões de dois dias (com 2-4 células), três dias (6-8 células) ou cinco dias (estágio de mórula ou blastocisto). Não necessita anestesia e pode ser ambulatorial, geralmente acompanhado por ultrassonografia.

Após 12 dias da transferência embrionária (TE), é realizada a dosagem sérica de β -HCG.

Das diferentes Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) aquelas que apresentam maiores chances de sucesso são as mais onerosas. Metanálise da biblioteca Cochrane (AL-INANY, 2008) comparou o uso de gonadotrofinas urinárias e recombinantes, não encontrando diferenças nos resultados de FIV e ICSI, porém as doses empregadas foram superiores quando optou-se pelas gonadotrofinas urinárias de custo menor. De acordo com os registros da REDLARA (2009): “a taxa de gestação clínica por transferência embrionária para um embrião foi de 31%, e para dois embriões foi de 43%”. Apesar de parecerem baixas, as taxas de gravidez com

as TRA devem ser consideradas satisfatórias, ao analisar a fisiologia reprodutiva feminina e as taxas de concepção na raça humana, de 20% a 25% (CAMARGOS *et al.*, 2007).

Desde 1992, o Conselho Federal de Medicina (CFM) possui Normas Éticas com relação à Reprodução Assistida (Resolução CFM nº 1.358/1992). Em 2013 foram revistas, em função “dos avanços técnico-científicos e das modificações de condutas éticas por parte da sociedade” (Resolução CFM nº 2.013/13), redefinindo algumas normas. Destacam-se:

- a) O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos;
- b) A idade máxima das candidatas para gestação por RA é 50 anos;
- c) É proibido aplicação de técnicas de RA com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo;
- d) Em 1992, regia que: “Toda mulher, capaz nos termos da lei (...), desde que tenha concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado. Estando casada ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro, após processo semelhante de consentimento informado” (Resolução CFM nº 1.358/1992). Em 2013 encontra-se: “Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo, de acordo com a legislação vigente” (Resolução CFM nº 2.013/13). A mudança no perfil de indivíduos assistidos induziu a substituição do termo “mulher” por “pessoas” e possibilitou o CFM permitir os tratamentos de reprodução assistida para as uniões (hetero e homossexuais) e para as chamadas “produções independentes”.
- e) A nova Resolução, assim como a anterior, de 2010, possui uma norma específica para a situação de RA *post mortem*, que não existia na Resolução de 1992,

garantindo o uso de material criopreservado, desde previamente autorizado por escrito do falecido.

2.4 INFERTILIDADE: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 4-15% dos casais apresentem alguma dificuldade em ter filhos, podendo variar de acordo com a região estudada (MAKUCH *et al.*, 2010, BOIVIN *et al.*, 2007).

Makuch *et al.* (2010), ao analisarem 25 países, estimaram a prevalência de Infertilidade em 3,5-16,7% dos casais nos países desenvolvidos e 6,9-9,3% nos em desenvolvimento. Destacaram que a diferença se deve ao fato de famílias serem formadas mais tardiamente nos países desenvolvidos, onde homens e mulheres privilegiam a formação profissional em detrimento da vida pessoal.

Em 1968, na 21ª Conferência Mundial de Saúde, foi apresentada e defendida a proposta de que todo núcleo familiar deveria ter acesso e informação sobre Planejamento Familiar, incluindo Fertilidade e Infertilidade, sugerindo que esses serviços estejam disponíveis na atenção primária à saúde (OMS, 1968; HASSA *et al.*, 2005). Desde o final da década de 60, a dificuldade em conceber faz parte das plenárias da OMS, incluindo fertilidade e infertilidade na discussão sobre Planejamento Familiar. No entanto, nas décadas seguintes, simplificou-se a abordagem, observando-se desconexão entre as ações de Planejamento Familiar e as de fertilidade e infertilidade no âmbito das políticas públicas, especialmente no Brasil.

Em 1995, o Programa de Ações das Nações Unidas (ONU) propôs que homens e mulheres têm direito para definir número de filhos, intervalos entre eles, se vão tê-los ou não, incorporando os programas de Planejamento Familiar, Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e Tratamento da Infertilidade (MAKUCH *et al.*, 2010). Uma das metas em 2000, no Programa de Metas para

Desenvolvimento do Milênio, era “garantir, até 2015, acesso universal à Saúde Reprodutiva” (ONU, 2000).

Tanto a declaração de 1995 como a de 2000 foram assinadas pelo Brasil, o que demonstra o comprometimento do país.

A Constituição Brasileira de 1988, em vigor, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS) ratificou a assistência baseada em três princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e Equidade. Cada um guarda íntima relação com o funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro a fim de proporcionar o direito, o livre acesso e a assistência que oferte ações de promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação para a população brasileira.

A Universalidade garante o acesso de qualquer cidadão brasileiro ao SUS, não distinguindo classe social ou formalidade trabalhista. A Equidade reza por “tratar diferentes os desiguais”, prevendo a atenção necessária a cada caso; não uma atenção igual a todos, mas direcionada às necessidades do problema. Por último, a Integralidade preconiza acesso integral aos serviços de saúde.

O Brasil possui mais de 190 milhões de habitantes (IBGE, 2010), destes aproximadamente 140 milhões pertencem às classes sociais D e E, dependendo exclusivamente do SUS (SANTOS *et al.*, 2008).

Em seu artigo nº 196 a Constituição Federal assegura que: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (...), acesso universal e igualitário às ações e serviços (...)” (Constituição Federal, 1988).

Com relação à Assistência Reprodutiva, o SUS elaborou programas de Atenção à Saúde da Mulher. Desde o início do século XX, a atenção à mulher contempla o ciclo gravídico-puerperal, sendo a mulher vista apenas como procriadora.

No Brasil a saúde feminina faz parte da agenda governamental, porém também voltada para atenções curativas às intercorrências da gravidez e puerpério.

A partir da década de 60, com o movimento feminista, as reivindicações de equidade de gênero, impulsionaram mudanças no enfoque à saúde da mulher.

Nos anos 70, adotou-se o Programa de Saúde Materno-Infantil, com enfoque no planejamento familiar e na paternidade responsável, com objetivo de redução da mortalidade materno-infantil (MOURA & SILVA, 2004).

Neste período, o Brasil passava pela ditadura militar e, embora, poucas mudanças ocorressem, os debates denunciavam a situação da mulher brasileira, tanto em sua vida social, como no ambiente de trabalho, além das discriminações salariais, de carga horária e de atribuições.

Em 1984, o Ministério da Saúde lança o PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – adotando medidas que tentavam integralizar a atenção à saúde feminina (MS, 1984).

O conceito de promoção de saúde, proposto na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde em Ottawa, no Canadá em 1986, é incorporado ao PAISM. A promoção da saúde voltada para atenção primária e com finalidade curativa é superada pela necessidade de se considerar a qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos em relação à sua saúde, iniciando o processo de integralização da atenção (SOUZA & GRUNDY, 2004).

O PAISM, desde sua elaboração, contou com a participação de técnicas ligadas aos movimentos feministas da época. Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, dos cânceres cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998).

Até então não havia políticas voltadas para a atenção dos casais que não conseguiam engravidar. A saúde reprodutiva se restringia ao controle da natalidade.

O Planejamento Familiar foi disciplinado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que em seu artigo 2º, o define como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (MS, 1996). Os artigos 3º e 9º do referido diploma legal estabelecem:

Art.3º. O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

*Parágrafo único: As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita à atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: I - assistência à **concepção** e à **contracepção**”.*

“Art. 9º: Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.”(MS, 1996, grifos da autora).

Em 2004, 20 anos após a apresentação do PAISM e a não consolidação de sua implantação completa no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde elaborou documento intitulado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), compromisso com a implementação de ações voltadas à saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis (MS, 2004). Enfoca a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento seguro e o combate à violência doméstica e sexual.

No documento o Ministério define Atenção Integral à Saúde da Mulher o conjunto de ações de promoção, proteção e assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da baixa à alta complexidade). A atenção Integral à Saúde da Mulher compreende o “atendimento à mulher a partir de uma concepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que se apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (MS, 2004).

Ainda de acordo com o PNAISM, “o SUS deverá garantir acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores,

de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para executar o PAISM” (MS, 2004).

Pela primeira vez, no Brasil, um documento governamental abordava a questão da Infertilidade, ao destacar como objetivo do PNAISM “estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes; ampliar e qualificar a atenção do planejamento familiar, incluindo assistência à infertilidade” (MS, 2004).

Assim, buscando contemplar tanto a Lei nº 9263/1996, que trata do Planejamento Familiar e como o PNAISM, em 22 de março de 2005 com a publicação da Portaria nº 426/GM, institui-se, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

A referida Portaria discorre sobre as normativas de regulamentação dos serviços de Reprodução Assistida disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

Este documento adota a definição e a estimativa da Organização Mundial de Saúde para Infertilidade (8-15% dos casais com problemas de infertilidade e ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares sem contracepção). Admite as TRA como “contribuintes para a redução de transmissão de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras” (MS, 2005).

A Portaria nº 426/GM reconhece a necessidade de estabelecer regulamentação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada, assim como definir critérios mínimos para o credenciamento e habilitação dos serviços de TRA no SUS (MS, 2005). Regulamenta a implantação de uma Política Nacional voltada para a Reprodução Humana Assistida integrando as três esferas de gestão (Federal, Estadual e Municipal), permitindo, segundo seu artigo segundo: organização de uma linha de cuidados integrais por equipe multidisciplinar, identificar os problemas dos casais inférteis, definir critérios mínimos de funcionamento, monitorização e avaliação dos serviços envolvidos na execução dos procedimentos de reprodução assistida, fomentar projetos estratégicos e incorporar tecnologia na área, garantir a

democratização de informações, qualificar a assistência e educação permanente dos profissionais (MS, 2005).

Em seu artigo terceiro, determina as atribuições de cada nível de atenção à saúde no que diz respeito à Reprodução Assistida. Atribui à Atenção Básica a identificação e triagem dos casais inférteis, bem como a realização de anamnese, exame clínico-ginecológico e exames complementares básicos que possam afastar quaisquer patologias que interfiram numa futura gestação. À Média Complexidade cabe a incumbência de atender os casos encaminhados pela Atenção Básica, bem como realização de exames mais complexos, assistência psicossocial e procedimentos relativos à Reprodução Assistida exceto a Fertilização *in vitro*. A Alta Complexidade é responsável pela execução dos procedimentos de Inseminação artificial e Fertilização *in vitro* (MS, 2005).

O parágrafo segundo do artigo terceiro a Portaria nº 426/GM define o Plano Diretor de Regionalização - PDR de cada unidade federada responsável pela organização dos setores de atenção segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde (MS, 2005).

Atrelada à Portaria nº 426/GM estaria a de nº 388, também de 2005. Estabelece direcionamentos para a concretização dos serviços em Reprodução Assistida, admitindo as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde como organizadores da rede e o Estado como coordenador.

O art. 3º, parágrafo único da Portaria nº 388/2005 estabelece que:

“Parágrafo único. Para a organização dos serviços de atenção em reprodução humana assistida na média e alta complexidade devem ser observados os quantitativos de serviços, definidos por Unidade da Federação, onde a área de cobertura assistencial deve ser de 01 (um) serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 de habitantes, para garantir a viabilidade econômica destes serviços.” (MS, 2005).

O artigo 4º estabelece que:

“os serviços de atenção em reprodução humana assistida na Média e na Alta Complexidades devem ser de ensino públicos/filantrópicos certificados pelo Ministério da Saúde, designados pela Comissão Intergestores Bipartite” (MS, 2005)

A Portaria nº 388/2005 apresenta, em seu anexo II, tabelas de procedimentos incluídos na cobertura do SUS em todos os níveis de atenção, que incluem consultas médicas e de enfermagem, assim como os exames de diagnóstico e o tratamento (Anexo A).

A Atenção Básica deveria disponibilizar tanto consultas médicas (3) e de enfermagem (2), quanto exames simples, como citologia cervical, rastreio infeccioso e espermograma na prática clínica. Muitos pacientes chegam ao ambulatório de Infertilidade (Nível Secundário) sem sequer a triagem bem realizada, sem os critérios de encaminhamento. Os casos bem encaminhados, por vezes, não possuem qualquer exame realizado, incluindo a citologia cervical.

A Atenção de Média Complexidade encerra a assistência multidisciplinar com consultas ginecológicas, psicológicas, assistência social e atendimento de grupo. Os exames contemplam a propedêutica básica do casal infértil (citada acima) e alguns exames complexos para realização de investigação complementar (como histeroscopia, laparoscopia, cariótipo).

A Alta Complexidade inclui os procedimentos de FIV e ISCI, com medicações e exames complementares.

Contudo, apenas sete dias depois de promulgada a Portaria nº 388, em 13 de julho de 2005, foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria nº 1187 suspendendo por 30 dias “para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite” as portarias anteriores entre elas a de nº 388. Até o momento não se oficializou as normas relativas à Política de Atenção à Reprodução Assistida.

A “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida”, instituída pelo Ministério da Saúde, impôs aos governos estaduais a obrigatoriedade de criar serviços de referência sobre a matéria, cuja proporção mínima será de um para cada seis milhões de habitantes. Tal proporção – de expressão quase simbólica – por si só, já desobriga os Estados de prover acesso universal aos serviços de referência.

Não há, em qualquer das normas citadas, a previsão de custeio estatal integral para os procedimentos de Alta Complexidade, como a fertilização *in vitro*, nem previsão expressa acerca da total gratuidade dos serviços à disposição da população, mediante fornecimento dos medicamentos necessários. Ao contrário, a Portaria nº 388/2005 ratifica a preocupação de preservar “a viabilidade econômica dos serviços”.

Conquanto as Portarias não definam claramente critérios de elegibilidade dos usuários do SUS que farão jus aos serviços, há referências expressas a “casais inférteis” como “ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção”. Restringe-se a casais heterossexuais, além de contrariar a garantia de acesso igualitário; parece mesmo traduzir afronta ao princípio isonômico.

As Portarias limitaram-se a criar uma oferta insuficiente, parcial, não universal e não igualitária de serviços de reprodução humana assistida. Questiona-se se esta oferta fragmentada, mediante “serviços de referência” na proporção de um para cada seis milhões de habitantes pode, efetivamente, enquadrar-se no conceito jurídico de política, notadamente à luz do que dispõe o art. 196 da Constituição Federal que outorga a garantia do direito à saúde através de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

As Portarias parecem traduzir mera promessa, sem organizar os serviços para garantir acesso real, efetivo, atual, igualitário e universal, a ponto de caracterizá-las como normas estruturantes de uma “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida”.

Em 2010, um grupo de pesquisadores do Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva, da Universidade de Campinas (UNICAMP), realizou estudo sobre a disponibilidade de tratamento de infertilidade com TRA na rede pública do Brasil. O estudo, realizado entre junho de 2008 e junho de 2009, elaborou pesquisas telefônicas com os responsáveis pelas Secretarias Estaduais de Saúde dos 26

estados brasileiros e do Distrito Federal, bem como com as Secretarias Municipais de Saúde das capitais estaduais e outras 16 cidades com mais de 500.000 habitantes. Também foram entrevistados 12 diretores de centros universitários que prestam serviços em Reprodução Assistida (MAKUCH *et al.*, 2010). Na esfera estadual das 25 entidades, 19 referiram inexistência do serviço de infertilidade, o que representa 76%; nos municípios, a situação é semelhante, com 26 das 39 entidades (66,7%) sem serviço de referência. A principal razão, tanto nos estados como nos municípios, foi a inexistência de uma política para implementação do serviço, seguida da falta de recursos humanos e financeiros (MAKUCH *et al.*, 2010). Conclui que o acesso da população dependente do Sistema Único à Reprodução Assistida é precário. Em todos os centros entrevistados, os pacientes precisavam adquirir as medicações necessárias à estimulação ovariana, que representava um custo de aproximadamente R\$ 2.000,00. Alguns centros são desprovidos de qualquer auxílio governamental e se mantêm com recursos próprios, geralmente oriundos de instituições de ensino superior (MAKUCH *et al.*, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, há poucos locais devidamente credenciados para realização de Média e Alta Complexidades em Reprodução Assistida: Centro de Reprodução Humana Assistida do Hospital Regional da Asa Sul/ DF; Centro de Referência em Saúde da Mulher/ SP (Hospital Pérola Byington); Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP/SP e Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (MS, 2012).

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) lançou, em 2005, o Plano Estadual de Políticas para Mulheres.

O Plano Estadual de Políticas para Mulheres está estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação: saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos; autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; enfrentamento à violência contra as mulheres; educação inclusiva e não sexista (SES, 2005).

Ao priorizar o “Programa de combate ao câncer” com o Programa Viva Mulher, o estado mineiro conseguiu um acréscimo no número de citologias, que em 1997 era de 459.210 e em 2004 somou 1.076.654; com relação ao câncer de mama, houve um aumento no número de mamografias, que no ano de 1997 foi de 111.643 e em 2004 subiu para 263.810 (SES, 2005).

Os Centros Viva-Vida são centros de atenção secundária com nível de atendimento ambulatorial, onde são executadas ações relativas à saúde sexual e reprodutiva, entre elas “(...) assistência para concepção aos casais inférteis” (SES, 2005).

No município de Juiz de Fora, cenário de estudo deste trabalho, existe um Centro Viva-Vida que funciona, desde dezembro de 2008, no Centro de Atenção à Saúde (CAS) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Na cidade ainda existe o Departamento de Saúde da Mulher (DSM), gerido pela Prefeitura Municipal, responsável pelo atendimento ambulatorial secundário das pacientes encaminhadas pela atenção primária. O DSM conta com profissionais nas áreas de ginecologia geral, patologia cervical (colo uterino), mastologia, climatério, DST, pré-natal de alto risco, sexologia, direitos reprodutivos. Este último serviço, segundo o DSM, orienta mulheres (acompanhadas ou não de seus parceiros) quanto à escolha dos métodos contraceptivos e/ou de métodos para engravidar, inclui informações sobre os meios contraceptivos, planejamento familiar, decisões sobre a reprodução, a fim de ter saúde sexual e reprodutiva saudáveis.

2.4.1 A Integralidade e sua relação da atenção à infertilidade

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja aquele menos contemplado. Com efeito, são evidentes as mudanças do sistema tanto no eixo da descentralização quanto no controle social (MATTOS, 2004).

Com relação ao acesso universal, o SUS contempla este princípio não condicionado às questões trabalhistas (MATTOS, 2004).

Entretanto a integralidade está aquém do que é preconizado.

Apesar de a Constituição Brasileira afirmar ser dever do Estado garantir “o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988) a Integralidade não aparece nos textos da

Constituição: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988); assim o termo Integralidade é usado para definir uma das diretrizes do SUS.

A Integralidade busca uma visão ampla do problema e uma resolução de sua totalidade. A assistência deve ser ampliada, transformadora, centrada no indivíduo e não aceita a redução do mesmo nem à doença nem ao aspecto biológico. Além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e o acolhimento (MATTOS, 2001).

Uma das primeiras ações através do movimento de Reforma Sanitária foi a maneira de enxergar o paciente: não apenas como um órgão, sistema ou tecido doente, mas como um indivíduo completo (MATTOS, 2001).

A busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano de todos os profissionais da área, em cada atendimento prestado, visando assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores. A Integralidade da assistência é o alicerce para alcançar a melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (FONTOURA & MAYER, 2006). Essas mudanças passam pela reestruturação das escolas de saúde, procurando diminuir a visão tecnicista do ensino e aumentar a dimensão integral do usuário.

Além do sentido da Integralidade, é preciso estender a organização dos serviços e às respostas aos problemas de saúde (MATTOS, 2004).

Na organização dos serviços de saúde, estabelecem-se as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas para respondê-las (FONTOURA & MAYER, 2006).

A garantia do princípio da integralidade se refere à garantia de acesso do cidadão aos diversos níveis de atenção e complexidade buscando promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos.

2.4.2 A concepção de rede assistencial como organizadora da atenção integral

O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Entretanto, o que observamos é que a articulação dos diversos níveis de atendimento, assim como das diversas esferas de gestão vem se demonstrando difícil no Brasil. A imagem-ideal de um sistema completamente articulado, sem barreiras e de funcionamento perfeito ainda está longe de ser concretizada no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo. Essa perspectiva de sistema integrado de saúde tem como representação nuclear uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança às representações e valores coletivos (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. A integração das equipes clínicas (alguns autores referem apenas à equipe médica) tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados. Para efeitos práticos, pode ser agrupada sob a denominação integração clínica, a qual se apoia em estratégias de gestão, do financiamento e da informação (integração funcional), que assegurem uma coordenação comum,

orientada por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros (MENDES, 2009).

A integração normativa visa a garantir a coerência entre o sistema de representações e valores dos atores em simultaneidade com as interfaces da integração clínica/funcional. Já a integração sistêmica interessa-se pela coerência das diferentes modalidades integracionais em todos os níveis de atuação (organização, território, região, estados etc.), compreendendo que um projeto clínico que responda à complexidade e à incerteza dos problemas de saúde não pode resultar apenas das relações entre organizações e profissionais, as relações locais repercutindo nos demais níveis e instâncias políticas/decisórias (MENDES, 2009).

Inserir a assistência à infertilidade na Rede de Atenção do SUS não é tarefa simples. Apesar de constituir entidade patológica, os custos de sua assistência ainda são elevados e, portanto, difíceis de serem incorporados ao orçamento da União. Contudo não podemos negligenciar a demanda de casais que buscam a cura para sua doença e assim, a estruturação de uma rede de atenção que se organize de forma horizontal permitirá que os serviços não possuam uma hierarquia, mas que se inter-relacionem, resguardando suas diferentes densidades tecnológicas. Assim sendo, a atenção primária, secundária e terciária são igualmente importantes ao assegurar a integralidade da assistência.

Apesar da criação da política de assistência à infertilidade no âmbito do SUS através da Portaria nº426/2005, ainda existem inúmeras dificuldades de acesso dos usuários. A suspensão da Portaria nº388/2005, a qual estabelecia a normatização da assistência reflete a fragmentação da rede, ao não estabelecer a relação e competência entre os três níveis de atenção do SUS. Hoje assistimos a institucionalização da normatização, às vezes, no nível estadual, como é o caso de Minas Gerais, mas esta não é orientada por uma diretriz nacional. A assistência aos casais inférteis concentra-se em instituições de ensino ou filantrópicas não havendo um compromisso de qualquer das esferas de poder.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a rede de atenção à saúde reprodutiva, tomando o nível secundário como foco de análise.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a assistência aos casais inférteis no setor de Atenção Secundária em um município de médio porte;
- Analisar a rede de atenção à Saúde Reprodutiva, identificando os fatores que facilitam ou dificultam o acesso dos casais inférteis às Técnicas de Reprodução Assistida.

4 METODOLOGIA

4.1 O ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa que busca avaliar a rede de atenção à Saúde Reprodutiva tomando como referência o nível de atenção secundário de um município de médio porte. O nível secundário em questão é o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e o cenário de estudo o ambulatório de Infertilidade, o qual é integrado ao Programa Viva-Vida do Estado de Minas Gerais.

Para conhecimento da temática – Atenção à Saúde Reprodutiva – foi realizada inicialmente uma pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica subsidiou a abordagem da fisiopatologia, propedêutica e terapêutica da infertilidade, os aspectos socioculturais de tal problemática, assim como a prevalência da demanda aos serviços de saúde. A análise documental permitiu conhecer o enfoque da Saúde Reprodutiva no âmbito da Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher em nível nacional, estadual e municipal. Permitiu conhecer a organização da rede SUS para atenção à Saúde Reprodutiva em especial no estado de Minas Gerais, particularmente no município de Juiz de Fora.

A abordagem quantitativa permite, a partir da definição do objeto de estudo, buscar a magnitude e as causas de fenômenos sociais, sem interesse pela dimensão subjetiva. Para tanto, utiliza procedimentos controlados orientados à verificação, realidade estática, orientação aos resultados, replicação e generalização (SERAPIONI, 2000). Esta etapa do estudo buscou por meio da análise dos prontuários de pacientes atendidas em um serviço de referência secundária, conhecer o perfil da demanda por meio de variáveis pré-definidas.

A abordagem qualitativa se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010). Assim, o objeto de estudo passa pela compreensão das práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana (FLICK, 2009). No presente estudo, procurou-se, por meio do método qualitativo, compreender o processo vivenciado pelos casais inférteis quando encaminhados ao nível terciário de atenção, buscando ativamente a visão do ator usuário na questão, o que permitiu compreender o processo de assistência

envolvido na rede de atenção à Saúde Reprodutiva. Com essa intenção, compartilha-se com as idéias de Turato (2003), para quem a busca de significações dos fenômenos é o objetivo principal das pesquisas qualitativas e a captura dos fatos e sua interpretação acontecem por meio da escuta qualificada e da observação.

4.1.1 População de estudo

Foram tomadas como população de estudo as 563 pacientes cadastradas no ambulatório de Infertilidade do HU-CAS/UFJF no período entre Janeiro/2009 e Dezembro/2011.

Crítérios de inclusão: todas as pacientes cadastradas desde a implantação do Programa Viva-Vida no período de Janeiro/2009 a Dezembro/2011.

Numa primeira análise, houve uma redução de 329 registros, utilizando-se para exclusão os seguintes critérios:

- Prontuários em branco (n = 28)
- Prontuários que não pertenciam ao atendimento de Infertilidade (n = 42)
- Prontuários não encontrados (n = 151)
- Prontuários cadastrados antes de Janeiro/2009 (n = 28)
- Prontuários cadastrados após Dezembro/2011 (n = 14)
- Prontuários de Urologia (n = 26)
- Prontuários de Patologia Cervical (n = 19)
- Prontuários cadastrados, porém sem ocorrência da consulta no ambulatório de infertilidade (n = 13)
- Prontuários duplicados (n = 18)

Dos 264 registros restantes, participaram do estudo, ao final, os registros de 104 prontuários considerados completos. A retirada de 160 prontuários possui como justificativa os seguintes critérios de exclusão: 37 pacientes cadastradas, mas que

não tiveram o diagnóstico de infertilidade confirmado e 83 prontuários que não continham pelo menos três variáveis preenchidas corretamente.

A grande perda de dados deve-se à mudança do sistema operacional de atendimento e registro de prontuários ocorrida no HU-UFJF no ano de 2012, assim, o “backup” foi prejudicado pela deficiência do sistema.

Com o objetivo de detectar o olhar das pacientes em relação à rede de atenção a infertilidade realizou-se entrevistas com as mulheres encaminhadas para o serviço de nível terciário, considerado o nível de maior complexidade da assistência, responsável pela realização das técnicas de reprodução assistida. As entrevistas foram orientadas por um roteiro prévio (ANEXO D) cuja finalidade foi apenas de propiciar certa objetividade na conversa não tendo a intenção de limitar as falas.

Das pacientes selecionadas para entrevista (aquelas que foram encaminhadas para o tratamento de alta complexidade durante o ano de 2012, entre os meses de janeiro e novembro), num total de 14 pacientes, cinco prontuários não possuíam endereço ou qualquer outro meio de contato, dois estavam com cadastro desatualizado e as pacientes não foram localizadas.

As sete pacientes restantes foram contatadas por telefone e, destas, uma estava grávida (através de tratamento de alta complexidade em clínica particular) e não quis realizar a entrevista. Duas agendaram horário para realização da entrevista por duas vezes, porém não compareceram e não responderam mais às tentativas de contato. Portanto, foram realizadas quatro entrevistas as quais possuem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) assinado e com cópia para ambas as partes (entrevistadora e entrevistada), no entanto, uma delas, após 18 dias da realização da entrevista, entrou em contato com a pesquisadora requisitando a retirada de seu depoimento da pesquisa. Portanto, há três depoimentos para entrevista.

4.1.2 Instrumentos de coleta de dados

Os 104 prontuários incluídos na pesquisa foram analisados buscando traçar o perfil de atendimento do ambulatório de infertilidade tomando como variáveis:

1. Idade da mulher
2. Estado civil
3. Tempo de infertilidade
4. Origem e motivo do encaminhamento
5. Causas da infertilidade
6. Tratamentos indicados e realizados
7. Número de consultas realizadas
8. Tempo de permanência no serviço (período entre a data de cadastro no serviço e a data do último registro de atendimento no prontuário).

A coleta de dados nos prontuários foi realizada pela pesquisadora em conjunto com um grupo de profissionais treinados (acadêmicos de medicina e residentes) do Serviço de Ginecologia do HU/UFJF.

Os dados coletados primeiramente foram registrados em planilha Excel, para, em seguida, estruturar um banco de dados utilizando o programa SPSS versão 15.

A segunda etapa do estudo, de caráter qualitativo, objetivou identificar o acesso ou não ao nível terciário das usuárias encaminhadas, além de buscar compreender a relação e o envolvimento destas com a situação encontrada.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada. A entrevista é uma conversa intencional, entre duas pessoas, dirigida por uma das pessoas, com o objetivo de obter informação sobre a outra (MORGAN, 1988). A característica de ser semi-estruturada é pela existência de um roteiro orientador previamente preparado que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista. O roteiro não teve como objetivo cercear as respostas dos entrevistados, mas sim direcionar a pesquisa para que a mesma atingisse seus objetivos. O referido roteiro encontra-se no Anexo D.

Para esta fase da pesquisa utilizamos uma amostragem das pacientes cadastradas no ambulatório de infertilidade, sendo contatadas aquelas que no período de janeiro a novembro de 2012 apresentaram, no prontuário, indicação de realização de

procedimento de reprodução assistida, necessitando, portanto, encaminhamento para serviços de referência. Essas pacientes foram convidadas a comparecer ao Hospital Universitário quando inicialmente foi apresentada a pesquisa e após concordância de sua participação, lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO B). Após tais procedimentos transcorreu a entrevista.

4.1.3 Análise de dados

Para a abordagem quantitativa, a partir do banco de dados, as variáveis foram analisadas, permitindo identificar frequências e possíveis correlações entre as mesmas.

Em relação à abordagem qualitativa utilizou-se a técnica de análise de conteúdo desenvolvida por Bardin e definida por Minayo (2010, p. 316) como técnica de tratamento de dados que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

As falas das entrevistadas foram gravadas e transcritas na íntegra e posteriormente realizada leitura do material para eleger as unidades de significação ou categorias. Por fim, analisamos os dados à luz do referencial utilizado ou das bases conceituais identificadas da revisão de literatura e apresentadas na fundamentação teórica.

4.1.4 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, é oportuno destacar que todos os instrumentos desenvolvidos estão de acordo com a Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), portanto, todos os direitos dos envolvidos foram criteriosamente assegurados.

A presente pesquisa só foi realizada após submissão à Plataforma Brasil, encaminhada para aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo aprovada em 22 de novembro de 2012, através do protocolo CAAE

02598012.2.0000.5147, esclarecidos os objetivos do estudo aos sujeitos da pesquisa e assinatura do TCLE, o que garante a aquiescência do estudo.

Para o aceite de participação das pacientes encaminhadas aos níveis de Média e Alta Complexidade foi feito contato telefônico, inicialmente explicando o estudo e solicitando participação, a qual, se aceita, implicou na assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) no modelo disponibilizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (ANEXO B).

O referido estudo teve anuência da direção do Hospital Universitário da UFJF possibilitando o acesso aos prontuários das pacientes atendidas no ambulatório de infertilidade no período proposto para execução do estudo (ANEXO C).

4.1.5 Cenários do estudo

4.1.5.1 Juiz de Fora e sua rede assistencial

Juiz de Fora é uma cidade localizada na Zona da Mata Mineira, interior do Estado de Minas Gerais com uma população de 516.247 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). É um município polo da microrregião de saúde – Sudeste (Plano Diretor de Regionalização – MG) e abrange 22 municípios vizinhos, prestando atendimento primário, secundário e terciário (Prefeitura de Juiz de Fora, 2012).

Em 1991, teve início o processo de municipalização da saúde em Juiz de Fora, com a assinatura do Convênio de Descentralização Administrativa, firmado entre a Prefeitura Municipal e a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Nos anos seguintes, o município foi se enquadrando nas exigências federais, com vistas à consolidação do processo de municipalização. Sendo assim, em 1992, é criado o Conselho Municipal de Saúde; em 1993, o município é habilitado na gestão parcial do SUS, de acordo com os critérios da Norma Operacional Básica (NOB-93). Após a realização da II Conferência Municipal de Saúde, em 1995, e com a vigência da

NOB-96, o município é habilitado na gestão Plena da Atenção Básica e, posteriormente, em 1998, na Plena do Sistema de Saúde, na qual se mantém até hoje (JUIZ DE FORA, 2002). Diante de tal trajetória, observamos que o município vivenciou de forma gradual o processo de municipalização da saúde, o que possibilitou um processo de aprendizado institucional, o qual certamente contribuiu na gestão da política municipal de saúde.

De acordo com a Regionalização da Rede Assistencial de Juiz de Fora do ano de 2011, o município possui sete regiões administrativas urbanas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Nordeste, Sudeste e Centro), distribuídas em 12 regiões sanitárias e uma região administrativa do campo. A zona urbana possui 44 áreas cobertas por Unidades de Atendimento Primário - UAPS (32 com Estratégia Saúde da Família-ESF; 10 com modelo tradicional e duas com Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e 19 áreas descobertas. Já a região administrativa do campo conta com 15 UAPS (seis com ESF e nove com modelo tradicional).

A rede municipal de serviços de saúde é distribuída nas 12 Regiões Sanitárias; cada região corresponde a um território que compreende um determinado número de bairros reunidos segundo localização geográfica.

De acordo com as informações do Plano Municipal de Saúde de 2002, a rede assistencial do SUS/Juiz de Fora conta, na atenção básica, com 56 Unidades Básicas de Saúde (UBS). O acesso ao sistema é feito pela atenção básica, a qual convive com os dois modelos: tradicional, cujo atendimento é organizado nas clínicas básicas (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia) e o Saúde da Família, que trabalha com equipe mínima definida pelo Ministério da Saúde, além de Odontologia e Assistência Social, presentes nos dois modelos.

A atenção secundária é de responsabilidade de oito departamentos: das Clínicas Especializadas, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Terapêuticas não convencionais, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Terceira Idade e o serviço de DST/AIDS. O acesso a esses serviços é restrito e regulado por uma Central de Marcação de Consultas (CMC), que é acionada pelas UBS, serviços de urgência e emergência e pelos municípios

pactuados. Também compõem a atenção secundária, duas Unidades Regionais: a Norte e a Leste, e um Hospital de Pronto Socorro, com características de pronto-atendimento médico de Média Complexidade, nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia, contando também com serviço auxiliar de diagnóstico.

A reestruturação do nível secundário, através da criação dos Institutos e das Unidades de Referência Regional, representou a estratégia de reorganização da rede de serviços com vistas a fortalecer o nível intermediário, entre a Atenção Básica e o Hospital. As Unidades de Referência Regional funcionam 24 horas, dando suporte às UBS em procedimentos que possam ser resolvidos com tempo de permanência de até 12 horas.

A atenção terciária é composta por 16 hospitais, entre conveniados, contratada e pública, assim distribuída: 11 hospitais gerais, sendo três públicos: Hospital Universitário (federal), Hospital Dr. João Penido (estadual) e Hospital de Pronto Socorro (municipal), um de administração privada, porém com prestação de serviços e seis hospitais psiquiátricos. Essa rede hospitalar oferta um total de 1.053 leitos gerais e 750 psiquiátricos. Para organização do fluxo de ocupação dos leitos hospitalares, o município dispõe de uma Central de Leitos, que regula os leitos e as internações. O município também dispõe de atenção quaternária, oferecida através do Hospital Universitário e da Santa Casa de Misericórdia (filantrópico), que realizam transplantes renais, de medula e cirurgias cardíacas.

A rede de atenção aos casais inférteis inicia-se na Atenção Primária, onde esses casais buscam o primeiro atendimento. Nestes locais, é realizada uma consulta geral, com o médico de família, ou, em alguns casos, quando disponível, com ginecologista. Havendo necessidade e preenchendo os critérios de encaminhamento (ausência de gravidez após mais de um ano com relações sexuais presentes e desprotegidas), os usuários são referenciados para a atenção secundária, mais especificamente para o ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF.

No referido ambulatório também se recebe demanda do Departamento de Saúde da Mulher, o qual não conta com este tipo de serviço.

4.1.5.2 O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora desenvolve, há mais de 40 anos, um trabalho de excelência na área de saúde, em níveis primário, secundário e terciário, conjugando atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A preparação de profissionais – em nível de Graduação e Pós-Graduação (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Psicologia e Serviço Social) – está intrinsecamente ligada ao atendimento humanizado à população e à produção de conhecimento no segmento da saúde.

Programas e projetos de extensão voltados para a comunidade e pesquisas científicas nas áreas correlatas transformam o HU em um referencial pedagógico e de assistência hospitalar, em nível ambulatorial e cirúrgico. A implementação de novas tecnologias, através de equipamentos de diagnóstico e terapêuticos de última geração, muitos dos quais oferecidos somente pelo HU dão suporte à filosofia do Hospital Universitário: ensinar e atender com qualidade.

A equipe multiprofissional e altamente qualificada reúne mais de 800 pessoas, entre docentes (232), pessoal técnico-administrativo (468), residentes (103), além de voluntários imbuídos no programa de acolhimento integrado, programa este voltado para o paciente e para as famílias.

Especificamente o HU-CAS/UFJF presta atendimento secundário e terciário a 36 municípios da Zona da Mata Mineira, além de Juiz de Fora, contemplando diversas especialidades (médicas e de extensão), como enfermagem, fisioterapia, farmácia e bioquímica, psicologia, nutrição, fonoaudiologia e serviço social. Entre estes atendimentos, está o Ambulatório de Infertilidade, que existe há mais de 20 anos no Serviço de Ginecologia da UFJF.

Em dezembro de 2008, este ambulatório foi incorporado ao Programa Viva-Vida da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais como parte da Assistência ao atendimento em Planejamento Familiar.

É o único local de atendimento aos casais inférteis de Juiz de Fora e região e conta com três horários de atendimentos e duas médicas ginecologistas especializadas, além de residentes do segundo ano do Serviço de Ginecologia do HU-CAS/UFJF. A equipe multidisciplinar trabalha diretamente no atendimento aos usuários e incorpora: uma enfermeira, três psicólogas (sendo duas residentes e uma preceptora) e uma assistente social. Outras especialidades médicas e não médicas necessárias também estão disponibilizadas entre os serviços do HU-CAS/UFJF.

Assim como em toda a rede SUS, os usuários são encaminhados pelo Nível Primário, as são consultas agendadas pela Central de Marcação de Consultas (CMC) da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2012) e, a partir do primeiro atendimento na Instituição, o usuário passa a portar o cartão Viva-Vida para agendamento direto de consultas.

O Ambulatório de Infertilidade do HU-CAS centro Viva-Vida, conta apenas com atendimento ambulatorial, exames complementares de baixa complexidade, como coleta de sangue, radiológicos (histerossalpingografias) e ultrassonográficos. Com isso pode-se realizar diagnósticos de Infertilidade e apenas tratamentos de Baixa Complexidade, como o coito programado, ressaltando-se que não é sempre que está à disposição o rastreamento ultrassonográfico para avaliação de indução de ovulação.

Este ambulatório não possui, como premissa, a realização de procedimentos de alta complexidade, uma vez que de acordo com o previsto na Resolução SES nº 759, de 06 de outubro de 2005, “os Centros Viva Vida de Referência Secundária são unidades de saúde de natureza pública, exclusivamente a serviço do SUS, caracterizadas como pontos de atenção de média complexidade, que deverão atuar de maneira integrada à atenção primária e terciária, buscando garantir atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, dentro da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos”.

Aqueles casais que necessitam de tratamentos de maior complexidade são encaminhados via Prefeitura, com documento de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para a referência do programa que é o Ambulatório de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Por vezes esse encaminhamento é difícil e a espera pode ultrapassar um ano (Informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

Desde 2008 o Ambulatório de Infertilidade do HU-CAS Programa Viva-Vida já realizou aproximadamente 900 atendimentos, entre residentes de Juiz de Fora e de municípios pactuados.

5 RESULTADOS

5.1 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA – DADOS DOS PRONTUÁRIOS

Foram analisados 104 prontuários de registro de pacientes atendidas pelo ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF. Inicialmente possuía-se o número de 563 prontuários, porém, após observação criteriosa, pôde-se perceber que um número considerável não se adequava aos critérios de inclusão descritos na Metodologia desta dissertação, sendo, portanto excluídas do estudo.

Os dados restantes foram conglomerados em tabela Excel e, a seguir, foi estruturado um banco de dados à luz do programa SPSS versão 15.

A faixa etária das pacientes que procuram o serviço está entre 20 e 47 anos sendo a média de idade, 33 anos e a mediana, 33,62 anos, o que define um grupo relativamente homogêneo, apesar de registros isolados extremos. Em relação ao estado civil a maior frequência é casada (68,3%), seguido por solteira e união estável (14,4%). O percentual de não informado (2,9%) refere-se àqueles prontuários onde não se encontrava registrado o estado civil da paciente (Tabela1).

Tabela 1 - Perfil do Estado civil das mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011.

		Frequência	Porcentagem
Variáveis	Casada	71	68,3
	Não Informado	3	2,9
	Solteira	15	14,4
	União Estável	15	14,4
	Total	104	100

A variável Tempo de Infertilidade (intervalo entre interrupção da contracepção e primeira abordagem no ambulatório de infertilidade), registrado em meses, foi identificado em 96 prontuários, já que em nove não constava. A mediana foi quatro anos (48 meses) variando de seis meses a 17 anos (204 meses).

Em relação ao município de **Origem do Encaminhamento**, dos 51 prontuários com tal registro, 49% das pacientes são procedentes de Juiz de Fora, cidade onde o serviço se encontra. Em relação à procedência de outras localidades, identificou-se a presença de pacientes de municípios vizinhos a Juiz de Fora, distribuídos pelos

seguintes percentuais: 1,9% para Bicas, Cipotânea, Santos Dumont, apresentando uma frequência de duas pacientes por município e de 1% para Leopoldina, Liberdade, Matias Barbosa, com frequência de uma paciente por município. Apenas uma paciente era procedente de Três Rios – RJ, ocupando o percentual de 1%. Foi grande o percentual de prontuários sem registro de tal informação (42,3%). A Tabela 2 sistematiza tais resultados.

Tabela 2 - Distribuição em relação ao município de Origem do Encaminhamento das mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Bicas	2	1,9
Cipotânea	2	1,9
Juiz de Fora	51	49,0
Leopoldina	1	1,0
Liberdade	1	1,0
Matias Barbosa	1	1,0
Não Informado	43	41,3
Santos Dumond	2	1,9
Três Rios	1	1,0
Total	104	100

Em relação à variável **Motivo do Encaminhamento** foi possível captar tal registro em quase todos os prontuários, sendo os motivos qualificados como: aborto de repetição, infertilidade primária e infertilidade secundária. A maior frequência foi relacionada à infertilidade primária (quando não há presença de gravidez ou aborto), presente em 56 registros, representando 53,8%. A infertilidade secundária aparece como segundo motivo, com frequência de 33 registros e percentual de 31,7%, seguida do aborto de repetição, com 13 registros, representando 12,7% do total. Apenas dois prontuários não apresentavam registro do motivo pelo qual a paciente

foi encaminhada ao serviço, representando 1,9% do total de prontuários analisados. A Tabela 3 apresenta tais informações.

Tabela 3 - Motivos de Encaminhamento da mulher ao ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011.

		Frequência	Porcentagem
Variáveis	Aborto de repetição	13	12,5
	Infertilidade primária	56	53,8
	Infertilidade secundária	33	31,7
	Total	102	98,1
Missing	System	2	1,9
Total		104	100

Outra variável pesquisada foi a **Causa da Infertilidade**. Buscando melhor sistematizar as causas, foi realizado um agrupamento da seguinte forma: a) aborto de repetição; b) fator feminino, que inclui fator tubário, amenorréias, disgenesia gonadal, endometriose, hipertireoidismo, idade, hiperprolactinemia, incompetência istmo-cervical, síndrome de ovários policísticos (SOP); c) fator masculino; d) feminino + fator masculino e ESCA (esterilidade sem causa aparente).

Pode-se perceber que o fator feminino é a causa mais prevalente com 66 registros, representando 63,5%. Na sequência, o fator masculino, com 9,6%, aborto de repetição com 5,8%, fator feminino associado ao masculino com 5,8% e ESCA com 3,8% do total dos registros. Em 12 prontuários, não foi encontrado registro dessa variável. A Tabela 4 apresenta tais informações.

Tabela 4 - Distribuição das Causas da Infertilidade das mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011.

		Frequência	Porcentagem
Variáveis	Aborto de repetição	6	5,8
	Fator feminino	66	63,5
	Fator masculino	10	9,6
	Fator feminino + fator masculino	6	5,8
	ESCA	4	3,8
	Total	92	88,5
Missing	System	12	11,5
Total		104	100

Devido a grande variedade de tratamentos indicados e/ou realizados, realizou-se um mesmo agrupamento para as variáveis **Tratamentos Indicados** e **Tratamentos Realizados**, ordenado da seguinte maneira: a) cirurgia: videolaparoscopia, cerclagem, polipectomia; b) indução de ovulação: coito programado com clomifeno (CP com CC), clomifeno (CC), clomifeno + metformina (CC + metformina); c) alta complexidade: IIU (inseminação intra-uterina), FIV (fertilização *in vitro*), e d) outros: tratamento urológico, nenhum, terapia hormonal (TH), DIU.

Em relação a **Tratamentos Indicados**, percebe-se que a indução da ovulação constitui a indicação de tratamento mais recomendada com 42 registros, representando 40,9% do total dos prontuários analisados. Na sequência, encontram-se as indicações cirúrgicas (15 registros, 14,4%), outras indicações (13 registros, 12,5%) e, por fim, a alta complexidade (nove registros, 8,7%). Em 25 prontuários, tal informação não foi registrada. A Tabela 5 apresenta esses dados.

Tabela 5 - Tipos de Tratamentos Indicados para as mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011.

		Frequência	Porcentagem
Variáveis	Cirurgia	15	14,4
	Indução de ovulação	42	40,4
	Alta complexidade	9	8,7
	Outros	13	12,5
	Total	79	76,0
Missing	System	25	24,0
Total		104	100

Sobre os **Tratamentos Realizados** observa-se que a indução da ovulação é o procedimento mais realizado, com 41 registros, representando 39,4% do total; em segundo estão cirurgias (11 registros, 10,6%), seguidas pelos outros procedimentos (10 registros, 9,6%) e alta complexidade (2 registros, 1,9%). Nesta variável, 40 prontuários não apresentavam registros de indicação do tratamento realizado pela paciente. A Tabela 6 apresenta tais dados.

Tabela 6 - Distribuição dos tipos de Tratamentos Realizados para as mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011

		Frequência	Porcentagem
Variáveis	Cirurgia	11	10,6
	Indução de ovulação	41	39,4
	Alta complexidade	2	1,9
	Outros	10	9,6
	Total	64	61,5
Missing	System	40	38,5
Total		104	100

Também foi identificado como variável importante o **Número de Consultas Realizadas** pelas pacientes no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF. Essa variável traduz o tempo que a paciente permanece em acompanhamento no ambulatório em questão. O agrupamento em intervalos realizou-se da seguinte maneira: 1 a 4 consultas; 5 a 12 consultas; 13 ou mais consultas. Houve maior concentração no intervalo de 1 a 4 consultas (74%), seguido do grupamento de 5 a 12 consultas (21,2%) e 13 ou mais consultas (4,8%). A Tabela 7 apresenta tais dados.

Tabela 7 - Percentual do número de consultas realizadas pelas mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011.

		Frequência	Porcentagem
Variáveis	De 1-4 consultas	77	74,0
	De 5-12 consultas	22	21,2
	13 ou mais consultas	5	4,8
	Total	104	100

O **Tempo de Permanência** das pacientes no serviço também constitui outra variável. Para esta o agrupamento se deu da seguinte forma: de 0-6 meses; de 7-12 meses; 13 meses ou mais. O tempo de 0-6 meses representa o intervalo que mais as pacientes permanecem no serviço (62 registros, 59,6%), 7-12 meses assegura uma permanência de 24%, encontrados em 25 registros e 13 meses ou mais representa 16,3% com 17 registros. A Tabela 8 demonstra a frequência e o percentual do tempo de permanência das mulheres no serviço.

Tabela 8 - Frequência e Percentual do Tempo de Permanência das mulheres atendidas no ambulatório de infertilidade do HU-CAS/UFJF – Janeiro/2009 a Dezembro/2011.

		Frequência	Porcentagem
Variáveis	De 0-6 meses	62	59,6
	De 7-12 meses	25	24,0
	13 meses ou mais	17	16,3
	Total	104	100,0

6 DISCUSSÃO

6.1 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

Diante do que foi apresentado nos resultados, tanto a avaliação quantitativa, quanto a qualitativa, permitem reflexões a respeito da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde aos usuários de Juiz de Fora e região que necessitam de tratamento para infertilidade.

Em relação ao perfil das mulheres pesquisadas identificou-se que são casadas (68,3%), com média de idade de 33 anos e com tempo de infertilidade de quatro anos. Tomando como referência os achados de Cançado (2007) podemos considerar um longo tempo de infertilidade, pois o autor destacou que a fecundabilidade de um casal foi estimada entre 20 e 25% a cada ciclo menstrual, com expectativa de 85 a 90% dos casais conceber após 12 meses (CANÇADO, 2007).

Em relação ao motivo de encaminhamento, a maior representatividade foi a infertilidade primária (53,8%) o que remete que as mulheres atendidas, apesar de estarem em idade fértil (33 anos) ainda buscam a primeira gravidez. Tal perfil confirma os achados do estudo de Costa *et al.* (2009), realizado no município do Rio de Janeiro em um serviço de nível secundário.

O longo tempo de infertilidade nas mulheres estudadas submete a questões sobre se os serviços estão preparados para responder a tal demanda tanto da perspectiva de acesso e disponibilidade da rede de atenção à infertilidade como no preparo dos profissionais. Cançado (2007) reforça o entendimento de que o início da propedêutica deverá ocorrer após um ano de tentativas de gravidez.

Dentre as causas de infertilidade encontradas, a mais frequente foi o fator feminino (63,5%), compreendendo fator tubário, amenorréias, disgenesia gonadal, endometriose, hipertireoidismo, idade, hiperprolactinemia, incompetência istmo-cervical, síndrome de ovários policísticos. Em literatura de referência foi considerado

que fator feminino contribuiu em torno de 50% das causas de infertilidade, concentrando nos fatores tubo-peritoneal e ovulatórios a maior prevalência (OLMEDO *et al.*, 2003).

Já o fator masculino foi a segunda causa mais frequente (9,6%). Olmedo *et al.*, (2003); Speroff & Fritz (2005) destacam que 30% das causas estejam relacionadas a fatores masculinos. Outros 10% das causas se relacionam tanto ao homem como a mulher. Existem ainda situações em que não se encontram causas específicas para a ausência de gravidez, esses eventos são responsáveis por aproximadamente 10%. No presente estudo, foi encontrado o índice de 5,8% de causas associadas a fator masculino e feminino e 3,8% de Esterilidade Sem Causa Aparente (ESCA).

Os procedimentos mais indicados são também os mais realizados, sendo respectivamente: indução de ovulação, cirurgia, outros e Alta Complexidade. Na efetivação de análise cruzada entre os tratamentos indicados e realizados, concluiu-se que a indução de ovulação teve a melhor relação com 40,4% e 39,4%, respectivamente. Apesar de um resultado numericamente positivo, é premente destacar que este tipo de tratamento é o único que o serviço dispõe e realiza que garante autonomia e resolutividade. A indução de ovulação é um procedimento simples o que contribui para sua realização.

Já a cirurgia obteve 14,4% e 10,6% entre indicado e realizado. Tal variação pode estar relacionada à referência para o serviço terciário, o qual tem sua agenda de demandas. O comportamento das pacientes também pode interferir na adesão ou não ao procedimento indicado, considerando-se a complexidade do cirúrgico. No grupo de outros procedimentos, foram elencados: tratamento urológico, nenhum tratamento, terapia hormonal (TH) e DIU, havendo uma variação de 12,5% e 9,6% entre tratamento indicado e realizado. Essa diferença pode estar relacionada também à adesão das pacientes ao que foi proposto. No caso do tratamento urológico, deve-se levar em conta que a atitude masculina no contexto da infertilidade é muito menos intensa que a feminina e, portanto, a presença do homem em consultas ou procedimentos, mesmo que seja o fator masculino a causa da infertilidade, é menos frequente. Pode-se pensar em falhas da rede de atenção,

uma vez que esses procedimentos propostos são executados por outros ambulatórios ou departamentos dentro do HU-CAS.

Em relação ao tratamento com Alta Complexidade, IIU e FIV, observou-se a oscilação entre indicado e realizado de 8,7% e 1,9%, respectivamente. A queda bastante expressiva pode ser atribuída à lógica de organização dos serviços de atenção em reprodução humana assistida de média e alta complexidade que, conforme Portaria nº 388/2005 do MS “deve ter área de cobertura assistencial de 01 (um) serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 de habitantes, para garantir a viabilidade econômica destes serviços.” Apesar de estabelecer no artigo 4º que: “[...] os serviços de atenção em reprodução humana assistida na Média e na Alta Complexidade devem ser de ensino públicos/filantrópicos [...]”(MS, 2005).

Com base nessa Portaria, o município atende a exigência do artigo 4º quando possui, na representação do Hospital Universitário, uma entidade de ensino público, dotada de aval dos Ministérios da Saúde e Educação, apresentando ambulatório de assistência à infertilidade em nível de atenção secundário. O referido serviço está em parceria com um programa Estadual (Viva-Vida), o que poderia garantir o acesso dos usuários ao nível terciário por intermédio do Estado. Assim como o HU-CAS atende ao artigo 4º, também existe no município, serviço com característica filantrópica, a Santa Casa de Misericórdia, que poderia abranger atendimento de nível terciário para a infertilidade.

No entanto, em relação à área de abrangência, o município ainda não atinge o patamar populacional exigido, mesmo sendo sede de macrorregião – PDR-MG com uma população acima de 1.500.000 de habitantes e sendo de fato e de direito reconhecido como município pólo.

O presente estudo confirma tal abrangência quando apresenta a tabela de origem do encaminhamento das pacientes. Assim apesar de, em sua maioria (49%) as pacientes provirem de Juiz de Fora, o atendimento é extensivo a outras cidades da macrorregião, abrangendo uma população de 730.264 habitantes em seu total (IBGE, 2010) constituindo parte da rede assistencial do município.

Com todo este cenário, o município e região convivem com entraves burocráticos no atendimento público aos casais inférteis necessitados de assistência terciária, quando é necessário encaminhamento para os tratamentos de Alta Complexidade via TFD para o local de referência que é o Ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG em Belo Horizonte.

Reforçam essa constatação os relatos encontrados nas entrevistas, quando as mulheres afirmam existir grande espera e pouca dedicação dos órgãos responsáveis em favorecer o acesso dos usuários ao tratamento necessário.

Essa realidade pode ser compreendida quando da releitura das entrevistas utilizadas para esta dissertação, onde se encontram relatos de mulheres que sonham, buscam e lutam para conseguir um filho. Nos relatos dessas mulheres, percebe-se a grandiosidade do desejo de ser mãe, os anseios, os medos e, principalmente, a enorme força que as move na direção da maternidade.

6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para melhor compreensão do contexto que se buscou com a realização das entrevistas, a análise e discussão das falas das pacientes entrevistadas foram feitas em concomitância à transcrição de partes das entrevistas.

Com o objetivo de detectar a compreensão das pacientes em relação à rede de atenção a infertilidade, foram realizadas entrevistas com as mulheres atendidas no serviço de saúde em estudo – Ambulatório de Infertilidade do HU, nível secundário.

As pacientes foram convidadas à entrevista através de contato telefônico, realizado pela própria pesquisadora. Em um primeiro momento, antes mesmo do convite propriamente dito, realizou-se a identificação da pesquisadora e esclarecimento de que qualquer diálogo mantido seria de sigilo absoluto, a fim de estabelecer uma relação de confiança com as mulheres em questão.

Durante o telefonema, a pesquisadora apresentou brevemente o projeto e, após a concordância da entrevistada em colaborar com a pesquisa, agendou dia e horários

para a realização da entrevista. Um cuidado importante foi observado: desfazer a ideia de “consulta” nessa entrevista. Para isso a pesquisadora marcou as entrevistas em dia e horário diferentes do funcionamento do Ambulatório de Infertilidade.

Procurando criar um ambiente acolhedor, as entrevistas aconteceram fora de consultórios, numa sala de reuniões do segundo andar do Hospital Universitário, onde existe uma mesa redonda, para que a ideia de consulta fosse desfeita. Ainda neste contexto, a sala continha pequenos detalhes como água, cafezinho e *petit fours*; a pesquisadora compareceu despida das vestes médicas (jaleco ou roupa branca), com a finalidade de “aconchegar” as mulheres e permitir sua liberdade de expressão.

Ao início da entrevista, os objetivos da mesma foram explicitados e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) apresentado. O TCLE foi lido pela pesquisadora juntamente com cada entrevistada para posterior assinatura. Cada entrevistada possui hoje uma cópia de seu respectivo TCLE.

Uma das entrevistadas, mesmo após todas as orientações (telefônicas e pessoais), no momento da entrevista, perguntou diretamente à pesquisadora se conseguiria o tratamento após sua participação. Expectativa errônea que não foi detectada nas outras entrevistas. Para essa paciente, as explicações sobre os objetivos da pesquisa foram redobradas e a pesquisadora foi incisiva na elucidação de que a entrevista não se vinculava a qualquer tipo de tratamento ou encaminhamento, nem mesmo tinha ligação com os atendimentos realizados pelo serviço do HU-CAS.

Destacamos que apenas as mulheres foram entrevistadas. A opção em entrevistar as mulheres e não o casal se fez por ser ela quem busca a assistência e tem todo o seu cuidado registrado no serviço, apesar de o diagnóstico de infertilidade ser aplicado ao casal. Tal escolha é reforçada devido à cultura de que os assuntos relacionados à concepção são reservados ao universo feminino, ficando os homens apenas com o papel de coadjuvantes (BORLOT & TRINDADE, 2004).

No cotidiano do atendimento no ambulatório, observamos que essas mulheres se desdobram na tarefa de conseguir engravidar e tomam para si as dores do casal, mesmo quando a causa da infertilidade é diagnosticada masculina. A cobrança

social recai sobre homens e mulheres, porém de maneira diferente; enquanto as mulheres são cobradas por sua fundamental função de reproduzir, os homens vêm na infertilidade um questionamento de sua virilidade (MOURA et al., 2010)

Após a transcrição e análise das entrevistas, foram percebidos alguns aspectos comuns às falas das entrevistadas. A partir de então, categorias analíticas foram nomeadas, expressando assim a representatividade das falas.

Uma das categorias expressa a **Compreensão do que é Infertilidade e as causas que levam o casal a procurar o tratamento**. Percebe-se que houve um predomínio da procura ao serviço especializado por uma demanda própria. É a mulher que procura atendimento com uma queixa básica de não conseguir ter filhos. A compreensão sobre a Infertilidade surge à medida que o atendimento é realizado pelo profissional. Cada entrevistada tem seu ponto de vista e exhibe a problemática de acordo com sua realidade. Ganha expressão a preocupação com a necessidade de realização de exames para identificação da causa da Infertilidade.

Entrevistada 2 (E2): *“Eu vim aqui no HU, consultei e a médica me pediu uns exames... pra mim e pro meu marido. Aí a gente viu que eu tinha uma tuba entupida, só de um lado, porque são duas né?! E o meu marido tinha uma alteração no exame dele... acho que era porque ele tinha pouco espermatozoide... Aí ele foi no médico, urologista, que falou que era só com o tratamento mesmo que a gente ia conseguir ter filho, então a gente voltou na médica e conversou com ela”.*

Entrevistada 3 (E3): *“(...) Eu vim aqui no HU porque não conseguia ter filho, já tinha 5 anos que a gente, eu e meu marido, estava tentando e não conseguia. Quando chegou aqui, foi pedido uns exames pra mim e pra ele e a gente descobriu que o problema tava com ele. Ele tinha pouco espermatozoide e a gente ia ter que fazer um tratamento que não tinha aqui, eu nem lembro o nome, uma coisa de vidro...”*

Outra categoria identificada, diz respeito ao **Sentimento em relação ao diagnóstico da doença Infertilidade** relacionado ao momento em que o casal toma ciência de que tem um problema biológico, como compreendido na categoria anterior. No momento em que recebeu o diagnóstico o sentimento foi de tristeza, fracasso, podendo levar a uma depressão. Ao mesmo tempo percebe-se a presença

do sentimento de cumplicidade e união ao trazer para si a responsabilidade de cuidar do outro, dimensão de ser um casal. A aceitação, às vezes, surge depois.

E1: *“Ah....fica triste, né?! Fica muito triste.... (...)Tipo assim, quando é só a pessoa e o marido dela, fica tão vazia a casa...Eu acho que fica meio sem graça”.*

E2: *“(...) agora a gente já conformou (...)”*

E3: *“(...) Ele (o marido) ficou arrasado, doutora, precisa ver... entrou numa depressão que eu tive que ajudar muito”.*

Segundo Borlot & Trindade (2004), em sua pesquisa com casais inférteis submetidos à Inseminação Intrauterina, o sentimento diante da infertilidade é de desvalorização, de inferioridade diante de outras pessoas. A dificuldade de ter filhos, em geral é motivo de “vergonha” entre os casais, pois são tidos como “anormais” pela sociedade e cobrados de maneira, muitas vezes, aviltante.

Outra categoria nomeada é a **Interferência da Infertilidade na vida conjugal**. Cada paciente relata uma reação diferente dos parceiros, muito relacionada à causa da Infertilidade.

Apesar de o problema muitas vezes envolver tanto o homem como a mulher, a interferência na vida do casal foi evidenciada pelo comportamento do homem, já que, pelos relatos, é ele que não aceita a situação, cogitando a hipótese de separação. A compensação para tal deficiência tem na dimensão econômica sua proposta de resolver o problema. A ajuda de profissional com formação específica para trabalhar com problemas emocionais interfere de forma positiva na vida desses casais, desde que estejam abertos e dispostos a aceitá-la.

E2: *“Pode falar, doutora? No começo ele até queria separar de mim...falou que não era homem, que não fazia filho...a gente chegou até a dormir em quartos separados....Mas depois eu vim aqui e a psicóloga ajudou muito a gente, conversou, ele veio aqui e aí a gente foi se acertando. Agora ele até quer fazer o tratamento particular, eu que não quero, é muito dinheiro!”*

Observamos aqui, em consonância com CORRÊA, 2001), que a presença e atuação de psicólogos juntamente com a equipe médica é importante para o suporte

emocional desses casais, auxiliando no tratamento e fazendo com que o serviço ofereça a chamada assistência multidisciplinar.

Em outro relato, observa-se uma relação antagônica a anterior: o problema é exclusivo do homem e, numa relação de companheirismo, a mulher o ajuda, agindo com união e cumplicidade.

E3: *“É... comigo tava tudo bem. Ele ficou arrasado, doutora, precisa ver... entrou numa depressão, que eu tive que ajudar muito, fiquei do lado, falei com ele, até que ele um dia veio aqui e conversou com um rapaz que tinha o mesmo problema, assim, na sala de espera da consulta, e o rapaz falou com ele que ele e a mulher também iam tentar o tratamento, que não era pra ele desistir... Aí ele chegou em casa e falou comigo pra gente voltar aqui e ver o que poderia ser feito pela gente (...).Depois que ele encontrou aquele rapaz que eu falei, ele até ficou mais carinhoso comigo, acho que quer compensar, né? Já que não faz filho...”*

Uma das entrevistadas expressou não haver alteração em sua relação conjugal, no entanto, sua resposta objetiva e sintética pode guardar ou até mesmo esconder uma relação conjugal de grande complexidade.

E1: *“Não, tá do mesmo jeito...”*

Vemos nestes depoimentos uma correlação com as afirmativas de autores como Borlot & Trindade (2004), Greil (1997) e Martins (2005) onde as relações conjugais se estreitam quando ocorre um problema com uma das partes. Mesmo os casais que não demonstram essa afinidade, quando perguntados novamente, assumem que houve mudança positiva na relação.

Percebem-se reações diversas, reforçando que o paciente e, no caso da infertilidade, os pacientes (o casal) possuem suas particularidades. Cada entrevista revela um universo diferente. Essas mulheres relatam suas vidas e destacam suas dificuldades hora com tristeza e mágoa, hora com satisfação por ter enfrentado o problema. O fato é que em qualquer situação, mesmo naquela onde a entrevistada não relata mudança em sua relação com o marido, encontra-se a singularidade das

relações conjugais, a mesma singularidade que rege todos os relacionamentos entre pessoas.

Mesmo em meio a um ambiente desfavorável, essas pacientes se mostraram dispostas a fazer qualquer sacrifício para a realização do sonho de ser mãe:

E1: *“Eu vendi meu carro pra fazer o tratamento particular. (...) Tentei só uma vez e não consegui... (...) Faria tudo de novo!”*.

E2: *“A gente até foi ver o quanto ficava pra fazer particular, mas é muito caro, sabia? Eu ia ter que fazer um empréstimo, ou vender minha casa... aí não dá né?! (...) Agora ele até quer fazer o tratamento particular, eu que não quero, é muito dinheiro! (...) Tô vendo essa coisa de adotar, até a moça, a assistente social aqui tá me ajudando. Se Deus quiser vai dar certo”*.

E3: *“Não! (não desistiram). A gente tá juntando dinheiro pra fazer particular, mas eu vou esperar esse lugar de São Paulo pra colocar meu nome na fila. Quase um ano, mas não tem problema, eu quero é ter meu filhinho (choro)”*.

ALFANO (2009) relata diversas experiências de pacientes inférteis no sistema público do Rio de Janeiro, destacando que essas mulheres “fazem qualquer negócio” por um filho. De fato, a insistência dos casais em conseguir uma gravidez passa por momentos de intensa euforia, seja por motivação de se concretizar o desejo de maternidade/paternidade, seja pela frustração de não obtê-lo.

Analisando a visão do usuário do Sistema Único de Saúde em relação à dinâmica de funcionamento da Integralidade da assistência – rede de atenção à infertilidade, e a interdependência dos diversos níveis de atenção, outra categoria identificada foi a **Compreensão da necessidade de encaminhamento para tratamento de alta complexidade (nível terciário)**. Pelas falas, esta compreensão existe por parte das pacientes e encontra-se registrada em afirmações que relatam todo o processo pelo qual essas pacientes passam, com um encaminhamento na mão, quando percorrem diversos setores da rede de atenção, porém não recebem resposta satisfatória ao que necessitam, quanto menos a resolução de seu problema. É nítido que essa rede não contempla essa demanda; não se mostram relatos de qualquer orientação, a não ser as recebidas na consulta, ou mesmo de resolutividade. A opção mais

frequentemente aventada está redes particulares, não pactuadas ao SUS e dependentes de recursos financeiros próprios, na maioria das vezes inexistentes.

E2: “A médica explicou que não tinha como fazer o tratamento aqui no HU, que não tinha de graça aqui em Juiz de Fora e fez um papel pra gente levar na prefeitura pra conseguir o tratamento em Belo Horizonte (...) eu deixei o papel lá com a moça da prefeitura e ela disse que eu tinha que esperar muito tempo, uns dois anos... pra... pra conseguir ir lá em Belo Horizonte e que ela não ia me garantir nada... Já tem um ano.... Eu ia lá toda semana, depois eu cansei e passei a ir uma vez por mês, mas toda vez era a mesma coisa, a pessoa que tava lá falava que ia demorar que não tinha vaga e que eu tinha que ver isso aqui no HU, mas eu já sabia que aqui não tinha, porque a doutora já tinha me falado”.

E3: “Eu vim aqui no HU, a doutora fez um papel e me pediu pra ir na prefeitura da minha cidade pra tentar a consulta em Belo Horizonte (...) as coisas lá não são fáceis, não, doutora! Eu fui lá, mas o rapaz da prefeitura, da Secretaria de Saúde disse que nem sabia o que era isso, mesmo eu explicando tudo direitinho e tava tudo escritinho lá, certinho. Aí ele passou pra outra pessoa que disse que ia falar com o secretário de saúde e que eu tinha que esperar. Eu esperei uns dois meses e voltei lá, aí me disseram que não podiam marcar a consulta, que só marcava pra cá... aí eu voltei.... (...) A doutora explicou de novo que não tinha como fazer aqui. Meu marido perguntou se podia fazer particular e se tinha aqui em Juiz de Fora e a doutora disse que sim, me deu os telefones, mas é muito caro... A doutora me deu uns outros telefones de lugares que fazem o tratamento de graça em São Paulo, no Rio de Janeiro e em outros lugares, eu até liguei, mas tem uma fila enorme e eles disseram que eu tinha que ter um comprovante de residência na cidade, menos num lugar de São Paulo, que eu tinha que entrar na fila e a fila só abre ano que vem...”.

A autora concorda com Garrafa *et al.* (2007), quando afirma que,

[...] se o Estado disponibiliza ao cidadão o acesso à RA (?), mas esta tecnologia está longe de seu alcance; pela escassez da oferta, pode-se dizer que o princípio da equidade na saúde pública brasileira, neste caso, não está atingindo aqueles que precisam ser vistos na sua individualidade (GARRAFA *et al.* 2007).

Assim como em Leite *et al.* (2010), existe preocupação por parte das pacientes com o tempo de espera, com a sua idade e como tudo isso pode influenciar suas chances de conseguir a gravidez. Pode-se verificar essa afirmação nas falas das entrevistadas, quando ressaltam que “*eu tinha que esperar por muito tempo*”, “*podia fazer particular*” ou “*eu tinha que entrar na fila*”.

Ainda dentro da visão do usuário sobre o funcionamento e a integralidade do SUS, percebe-se que existe uma demanda de infertilidade notada até pelas próprias pacientes e que a resolutividade do serviço é indispensável, mesmo que não haja o nível mais alto de atenção, a integridade da rede precisa acontecer, para que se garanta a complexidade de atenção que a situação exige.

E1: “Ah... eu acho! (que deveria ter assistência de alta complexidade gratuita na cidade que reside – Juiz de Fora) É muito importante! Conheço muitas pessoas que precisam!”.

E2: “Nossa, eu acho! Tem muita gente que quer ter um filho e não consegue. Eu mesmo conheço um monte de gente. A minha vizinha tem uma conhecida que também veio aqui e que não podia ter filho, então a médica disse pra ela que o que ela precisava era muito difícil, que só em Belo Horizonte e tal... ela desistiu, tadinha...”.

E3: “Acho! Já tem? Nossa, doutora, se tiver eu quero ser a primeira tá?! (risos)”.

O Estado disponibiliza a atenção à saúde reprodutiva, porém não há expectativa quanto à realização das TRA pelos pacientes ou, como na maioria, o acesso é imensamente restrito, o que faz com que cada vez mais mulheres/casais desistam no caminho ou procurem iniciativa privada para a realização dos procedimentos. Sendo assim, não podemos dizer que haja integralidade ou equidade no âmbito da atenção à infertilidade por parte da assistência pública à saúde no Brasil (GARRAFA *et al.*, 2007; MASSON & OLIVEIRA, 2010).

Outra categoria destacada é a **Qualidade da assistência prestada**, cuja avaliação é satisfatória por parte das entrevistadas. É preciso identificar que as entrevistadas consideram como satisfatória o atendimento prestado pelo ambulatório de infertilidade do HU-CAS e não aquele prestado pela rede de atenção. Como dito anteriormente, a rede deixa a desejar principalmente em relação à integralidade da assistência.

Essa observação discorda, em parte, do que foi descrito por Borlot & Trindade (2004) onde os casais entrevistados alegaram que a assistência médica foi deficiente, caracterizando como “fria” e “comercial” a relação médico-paciente:

E1: “Fui” (bem atendida nos locais por onde passou) “(...) Foram sim” (esclarecidas as dúvidas)

E2: “Aqui no HU é muito bom, todos tratam a gente bem. No dia que eu vim aqui a primeira vez tinha um monte de gente na sala, eu até fiquei com vergonha, mas é todo mundo estudante né? Estão aprendendo, eu sei. Só fiquei chateada de não conseguir fazer o que precisava (...)”

E3: “Fui sim” (bem atendida). “Aqui no HU a doutora explica direitinho, a gente demora pra entender porque não estudou, né?! Mas eu entendi tudo. Lá em Mar de Espanha é que é problema, as pessoas lá nem sabem que isso existe, o médico lá do posto, manda a gente pra cá e fala que não pode fazer nada lá e o pessoal da prefeitura não se interessa muito por essas coisas, eles querem é remédio de pressão, diabetes, isso que dá voto né, doutora? Mas eu acho que tinha que explicar isso lá, pras pessoas saberem que tem tratamento, é complicado, né? Mas tem.”

É possível visualizar através destes depoimentos que a questão infertilidade é tratada de maneira diferente por cada paciente. O universo particular é responsável pelas expectativas criadas e pelas reações frente a não concretização do objetivo, no caso a gravidez. Pôde-se observar o quanto o gestar é importante para essas mulheres, o quanto a existência de um filho é essencial em suas vidas, a ponto de se desfazerem de outras conquistas.

A caminhada dessas mulheres é cercada de anseios e receios e, apesar de encontrar em locais de atendimento e diagnóstico de infertilidade, como o ambulatório de infertilidade do HU, a continuidade da assistência para aquelas que necessitam de tratamentos de alta complexidade é falha. Os casais recebem o diagnóstico e em seguida se deparam com um sistema incompleto, que não os leva a resolução do seu problema. Muitas vezes essas mulheres demoram a chegar ao HU, por um atraso próprio ou por atrasos criados pela burocracia do sistema. A grande maioria acaba tentando o tratamento por meios particulares, assumindo responsabilidades que deveriam estar a cargo do Estado: o direito a saúde, a equidade do cuidado - princípios do Sistema Único de Saúde e que deveriam ser de sua responsabilidade.

Nesse contexto é preciso que o Estado forneça meios de acesso às tecnologias reprodutivas garantindo a universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde em toda a sua extensão.

7 CONCLUSÃO

A rede assistencial aos casais inférteis na macrorregião de Juiz de Fora, baseado no nível secundário, não contempla os princípios de integralidade, universalidade e equidade.

A assistência aos casais inférteis no setor de Atenção Secundária no município de Juiz de Fora e Macrorregião apresenta importantes deficiências estruturais e precariedade em seu sistema de informações.

A partir da Atenção Secundária, casais inférteis têm dificuldade no encaminhamento ao nível terciário e carência de normatização do acesso às técnicas de Reprodução Assistida.

É necessário uma conscientização da política local e empenho por parte dos responsáveis pela manutenção da rede de assistência à saúde local na perspectiva de promover a equidade e a integralidade da assistência. Também não se deve esquecer que o Hospital Universitário da UFJF é uma instituição de ensino e por isso amparada pela resolução da Portaria 388/2005 em seu parágrafo quarto.

Enquanto a infertilidade não for reconhecida pela política pública brasileira verdadeiramente como doença e tratada como tal, os usuários do SUS que necessitam destes serviços ainda precisarão de muita luta para conquistar o tratamento almejado. Cabe aos profissionais e aos cidadãos sensibilizar a população e as autoridades para que se torne realidade o acesso universal à assistência reprodutiva.

Espera-se, com este trabalho, contribuir para que mais usuários possam ter acesso à Rede Assistencial de Saúde Reprodutiva, com a finalidade de transformar a visão elitista da infertilidade em um real problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-INANY, H.G.; ABOULGHAR, M.; MANSOUR, R.; PROCTOR, M. Gonadotrofina recombinante versus gonadotrofina coriônica humana urinaria para la inducción de la ovulación en la concepción asistida. (Revisión Cochrane traducida). In: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 2, 2008. Disponível em <<http://www.update-software.com>> Acesso em 10 dez. 2011.

ARAÚJO, C. H. M.; ARAÚJO, M. C. P. M.; MARTINS, W. P.; FERRIANI, R. A; REIS, R. M. Gametogênese: estágio fundamental do desenvolvimento para a reprodução humana. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 40, n. 4, p. 551-558, 2007.

ALFANO, B. **Reprodução e biopolítica**: infertilidades e práticas de saúde em um serviço público do Rio de Janeiro. UERJ, 2009.

BOIVIN, J.; BUNTING, L.; COLLINS, J. A.; NYGREN, K. G. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. **Human Reproduction**, v. 22, n.6, p. 1506–1512, 2007.

BORLOT, A. M. M.; TRINDADE, Z.A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estudos de psicologia**, v. 9, n. 1, p. 63-70, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 out. 1996, n. 201.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Cidades**. 2012. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>> Acesso 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 9263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher**, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Reprodução Assistida, 2005**. Locais credenciados. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/faq/faqcategoria.cfm?idcat=801&idquest=1939>> Acesso em 12 out. 2011.

BUSSO, N. E.; BUSSO, C. E.; BUSSO, R. E.; TSO, L. O.; AUGE, A. P. F.; BOARO, L.; PRADO, R. A. A. Fertilização in vitro com injeção intracitoplasmática em ciclos naturais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 7, p. 340-345, 2007.

CAETANO, J. P. J.; LEMOS, B. B.; COTA, A. M. de M. Tratamento de baixa complexidade em reprodução humana. In: **Ginecologia e Obstetrícia – Manual para concursos/TEGO**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CAMARGOS, A. F.; LEMOS, C. N. C. D.; TAVARES, R. L. C. Tratamento de alta complexidade em reprodução humana. In: **Ginecologia e obstetrícia – Manual para concursos/TEGO**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CANÇADO, M. L. Propedêutica do casal infértil. In: **Ginecologia e obstetrícia – Manual para concursos/TEGO**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

COLLUCCI, C. **Quero ser mãe** – histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência. São Paulo: Palavra Mágica, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1358 de 1992**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção I. 19 de nov.1992, p. 16.053.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1957 de 2010**. Estabelece modificações relativas à resolução 1358 de 1992. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção I. 06 de jan. 2011, p. 79.

CORRÊA, M. C. D. V. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de ter filhos. **Bioética**, v. 9, n. 2, p. 71-82, 2001.

CORRÊA, M. V. **Novas tecnologias reprodutivas** – limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; LUIZ, R.; SOUZA, M. C. B. América Latina e busca por reprodução assistida: perfil da paciente em um serviço público de referência no Rio de Janeiro (Brasil). **Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida**, v. 13, n. 3, p. 21-25, 2009.

COTA, A. M. de M.; XAVIER, E. B. de S. e LAMAITA, R. M. Período implantacional e embriogênese. In: **Ginecologia e obstetrícia – Manual para concursos/TEGO**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DZIK, A.; BANZATO, P. C. A.; MIKLOS, T. Reserva ovariana. In: **Tratado de Reprodução Assistida**. São Paulo: Segmento Farma, 2010.

FONTOURA, R. T.; MEYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n. 4, p. 532-537, 2006.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, V.; LIMA, G. R. Propedêutica do casal infértil. In: Lima, G. R.; Girão, B. C.; Baracat, E. C. In: **Ginecologia de consultório**. 1ª ed. São Paulo: Editora de Projetos Médicos, 2003.

GARRAFA, V.; SAMRSLA, M.; NUNES, C.; KALUME, C.; CUNHA, A. C. R. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF – estudo bioético. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n.1, p. 47-52, 2007.

GEBER, S. Idade e reprodução. In: **Ginecologia e obstetrícia** – manual para concursos/TEGO. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

GLASS, R. H. Infertilidade. In: **Endocrinologia reprodutiva** – fisiologia, fisiopatologia e tratamento clínico. 2 ed. São Paulo: Rocca, 1990.

GREIL, A. L. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. **Social Science and Medicine**, v. 45, n. 11, p. 1679-1704, 1997.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, sup 2, p. S331-S336, 2004.

HASSA, H.; AYRANCI, U.; UNLUOGLU, I.; METINTAS, S.; UNSAL, A. Attitudes to and Management of fertility among primary health care physician in Turkey: An epidemiological study. **BMC Public Health**, v. 5, n. 33, p. 1-8, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). CENSO 2010. Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em 01 maio 2013.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. Regiões de cobertura. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/saude/regioes_atendidas/regioes.php> Acesso em 10 jan. 2012.

LAMAITA, R. M.; MARTELLO, R.; VIEIRA, M. A. F.; CAMARGOS, A.F. Propedêutica básica da infertilidade conjugal. In: **Ginecologia Ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

LEITE, T. H.; SILVA, W. J. J.; MOURA, S. L.; COSTA, T.; CORRÊA, M. C. D. V.; SOUZA, M. C. B. Envelhecendo na Fila da Inseminação Artificial: A Realidade dos Casais Inférteis de Baixa Renda do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida**, v. 15, n.4, p. 38-40, 2011.

LEMONS, C. N.; CAMARGOS, M.G. R. S.; TAVARES, R. L.; CAMARGOS, A. F. Fertilização Aasistida. In: **Ginecologia ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

MAKUCH, M. Y.; PETTA, C. A.; OSIS, M. J. D.; BAHAMONDES, L. Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. **Human Reproduction**, v. 25, n. 2, p. 430-435, 2010.

MARTINS, A. N. T. V. H. Filhos de um deus menor. Vitórias da ciência sobre a infertilidade. **RFML**, v. 10, n. 4, série III, p. 233-246, 2005.

MASSON, F. de M.; OLIVEIRA, E. A. A atenção reprodutiva na rede pública do Rio de Janeiro: um relato do Serviço Social na UFRJ. **Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida**, v.14, n. 4, p. 33-37, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1411-1416, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr> Acesso em 10 jan. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Políticas para as Mulheres**, 2005.

MOTTA, E. L. A.; SERAFINI, P. El tratamiento de la infertilidad y sus antecedentes históricos. In: Edwards, R.; Rísquez, F. **Reproducción Asistida Moderna**. Buenos Ayres: Latin Gráfica S.R.L., 2003.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

MOURA, M. D.; SOUZA, M. C. B.; SCHEFFER, B. B. Reprodução assistida. Um pouco de história. **Revista SBPH**, v. 12, n. 2, p.23-42, 2009.

MOURA, M. D.; SOUZA, M. C. B.; SCHEFFER, B. B. Função paterna e o lugar do pai nos tratamentos de reprodução assistida. **Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida**, v.14, n. 3, p. 19-23, 2010.

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research** (Qualitative Research Methods), 2 ed. v.16, USA A Sage University Paper, 1988.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, M.C.; MARCONDES, G. S. Contabilizando perdas e ganhos: maternidade, trabalho e conjugalidade no pós-feminismo. Trabalho apresentado no **XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, 2004.

OLMEDO, S.B.; CHILIK C.; KOPELMAN, S. Definición y causas de la infertilidad. In: Edwards, R.; Rísquez, F. **Reproducción asistida moderna**. Buenos Ayres: Latin Gráfica S.R.L., 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Conferência Mundial de Saúde**, 1968.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Parâmetros para avaliação de espermograma**, 2010.

ONU. Organização para as Nações Unidas. **Programa de metas para desenvolvimento do milênio**, 2000.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PEREIRA, D. H. M. A história da reprodução humana no Brasil. **Femina**, v. 39, n. 2, p. 59-64, 2011.

PÈREZ, F. **Tratado de reprodução para enfermagem**. Cidade do México: Panamericana, 2008.

POLISSENI, F.; GOLÇALVES, S. C.; CAMARGOS, A. F. Ciclo menstrual normal. In: **Ginecologia Ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

REDLARA. Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida. **Registros anuais**. Disponível em : < http://www.redlara.com/aa_portuques/registro.asp>. Acesso em 23 de out. 2011.

RÍSQUEZ, F. Inducción del crecimiento folicular y de la ovulación con gonadotropinas urinaria y recombinante. In: EDWARDS, R.; RÍSQUEZ, F. **Reproducción asistida moderna**. Buenos Ayres: Latin Gráfica S.R.L., 2003.

SABINO, S. M. Fisiologia do ciclo menstrual. In: **Ginecologia e obstetrícia** – manual para concursos/TEGO. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, p. 1341-1440, 2008.

SBRA. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. **Estatuto**, 2009.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

SOUZA, M. C. M. **Novas tecnologias reprodutivas: direitos reprodutivos e bioética: a inseminação artificial na constituição de famílias alternativas.** 1ª ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

SPEROFF, L.; FRITZ, M. A. Female infertility. In: **Clinical gynecologic endocrinology and infertility.** 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

TURATO, E.R. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2 ed. p. 685. Petrópolis: Vozes, 2003.

TRAN, N.D.; CEDARS, M.I.; ROSEN, M.P.. The role of anti-mullerian hormone (AMH) in assessing ovarian reserve. **J Clin Endocrinol Metab**, V. 96, N. 12, p. 3609-14, 2011.

VERHAGEN, T.E., The accuracy of multivariate models predicting ovarian reserve and pregnancy after in vitro fertilization: a meta-analysis. **Human Reproduction Update**, v. 14, n. 2, p. 95-100, 2008.

ZHANG, J.; CHAVEZ-BADIOLA, A.; PENG, W.; CHANG, L.; RUVALCABA-CASTELON, L. A. Soft ovarian stimulation IVF (Mini-IVF) vs conventional IVF: an economic perspective. **Fertility and Sterility**, v. 90, n.1 supplement, p. S213, 2008.

ANEXO A

ANEXO II da Portaria nº 388/2005

Relação de procedimentos incluídos nas Tabelas SIA e SIH/SUS para a Reprodução Humana Assistida nos três níveis de atenção.

A atenção em RHA deve ser garantida nos três níveis: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade. Os procedimentos previstos para cada nível de atenção, constantes nas Tabelas SIA e SIH/SUS, serão conforme descrição abaixo:

I. Atenção Básica

a. Consultas médicas e de enfermagem

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta medica	3
Atendimento individual de enfermagem	2

b. Exames complementares a serem solicitados e vacinas a serem realizadas na Atenção Básica que precederão o atendimento especializado:

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Coleta de citologia oncótica	1
Colpocitologia oncótica	1
Sorologia anti-HIV	2
Sorologia para hepatite B	2
Sorologia para hepatite C	2
Sorologia para sífilis (VDRL)	2
Sorologia para toxoplasmose IgG	1
Glicemia de jejum	1
Vacinação contra rubéola	1
Espermograma	1

II - Atenção de Média Complexidade

a) Consultas

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta em ginecologia	2
Consulta especializada em urologia	1
Atendimento individual em psicologia	2
Atendimento individual serviço social	1
Atendimento em grupo multidisciplinar	1

b) Exames complementares a serem disponibilizados nos serviços de referência de Média Complexidade:

- Para o casal

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Ultrassonografia transvaginal	1
Histerossalpingografia	1
Biópsia de endométrio	1
Avaliação muco cervical	1
Dosagem de prolactina	2
Dosagem de TSH	2
Dosagem de T4 livre	2
Dosagem de FSH	2
Dosagem de LH	1
Dosagem de estradiol	2
Dosagem de SDHEA	1
Dosagem de testosterona	2
Dosagem de insulina	1
Cultura de esperma	1
Antibiograma simples	1
Processamento Seminal Diagnóstico	1

Observação: caso necessário, disponibilizar os exames que deveriam ter sido realizados na Atenção Básica (ver Tabela item I).

c) Pesquisa especial feminina para: Coito programado com estimulação ovariana, Inseminação Intra-uterina e Fertilização *in vitro*.

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Histeroscopia diagnóstica	1
Laparoscopia diagnóstica	1
Pesquisa de cariótipo por banda	1

d) Pesquisa especial masculina considerando o Coito programado com estimulação ovariana, Inseminação Intra-uterina e Fertilização *in vitro*.

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Ultrasonografia transretal	1
Ultrasonografia bolsa escrotal	1
Biópsia testicular	1
Pesquisa de cariótipo por banda	1

e) Procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos para patologias do casal infértil, como contrapartida do gestor local:

- Cirurgias para a Mulher:

- Via laparotômica: salpingoplastia (reanastomose tubárica, salpingolise, salpingoneostomia, salpingostomia, reimplante tubárico), miomectomia, tratamento da endometriose.

- Via laparoscópica – “facultativo”: as mesmas cirurgias, incluindo ooforoplastia e indução laparoscópica da ovulação

- Via histeroscópica – “facultativo”: polipectomia, miomectomia, ressecção de sinéquias e septo.

· Cirurgias para o Homem:

- Correção de varicocele, vasovasostomia, vasoepididimostomia, correções de malformações genitais (pênis torto congênito, doença de Peyronie, hipospádia)

Procedimentos não cirúrgicos:

f) coito programado (por ciclo);

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	2
Ultrassonografia transvaginal	2

g) Coito Programado com estimulação da ovulação (por ciclo);

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	2
Ultrassonografia transvaginal	2
Citrato de clomifeno 50 mg/cp	10

h) Inseminação artificial

1. Estimulação da ovulação para Inseminação intra uterina (por ciclo)

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	3
Ultrassonografia transvaginal	2
Gonadotrofina urinária 75 UI/fa	4
Citrato de clomifeno 50 mg/cp	10
Gonofotrofina coriônica humana 5000 UI/fa	1
Progesterona micronizada 100 mg/cp	30

2. Inseminação intra uterina (por ciclo)

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1

III. Atenção de Alta Complexidade

1. Consultas especializadas: a) urologia, b) ginecologia, c) psicologia, d) assistência social.

2. Oferecer todos procedimentos realizados nos serviços de Média Complexidade, mencionados no item II, III e IV.

3. Procedimentos para o tratamento:

a) Estimulação ovariana para Fertilização *in vitro*:

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	5
Ultrassonografia transvaginal	5
Acetato de leuprolida 3,75 mg/fa	1
Gonadotrofina urinária 75 UI / fa	32
Gonadotrofina coriônica humana 5000 UI/fa	2
Progesterona micronizada 100 mg/cp	120

b) Fertilização *in vitro* convencional sem ovócito

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Punção do fundo do saco vaginal	2

c) Fertilização *in vitro* convencional sem fertilização

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação/fertilização/incubação/acompanhamento	1

d) Fertilização *in vitro* com fertilização

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação/fertilização/incubação	1

4. Fertilização *in vitro* (FIV) com injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI);

a) Fertilização *in vitro* (FIV) com injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) sem espermatozoide

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Coleta alternativa de espermatozoide	1

b) Fertilização *in vitro* (FIV) com injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) sem fertilização

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal terapêutico	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação/fertilização/incubação/injeção do espermatozoide/acompanhamento	1

c) Fertilização *in vitro* (FIV) com injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) com fertilização

ATIVIDADE	QUANTIDADE
Consulta ginecológica	1
Estimulação ovariana	1
Processamento seminal	1
Punção do fundo do saco vaginal	2
Identificação/incubação/injeção do espermatozoide/acompanhamento	1

5. Criopreservação e transferência embrionária

ATIVIDADE	OBSERVAÇÕES
Dimensionar: PGD, Assisted hatching, criopreservação, descongelamento, carga viral do sêmen	da população que vai ter embrião no máximo 5% utilizarão estas técnicas
Criopreservação (CONGELAMENTO)	40% dos casos vão congelar embriões
Criopreservação (DESCONGELAMENTO)	70% do item anterior vão descongelar
Descongelamento com transferência embrionária	60% do item anterior vão ser transferidos
Preparo endometrial para a transferência de pré embrião descongelado	70% dos casais que congelaram pré-embriões

ANEXO B

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

Pesquisador Responsável:

Endereço:

CEP: – Juiz de Fora – MG

Fone: (32)

E-mail:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “TITULO DA PESQUISA”. Neste estudo pretendemos OBJETIVO .

O motivo que nos leva a estudar JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos METODOLOGIA, RISCOS E BENEFÍCIOS, RESSARCIMENTO.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O(A) Sr(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “NOME DO ESTUDO”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2013.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXO C

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO DIRETOR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

DECLARAÇÃO

O Diretor Geral do Hospital Universitário da UFJF, Prof. Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo autoriza o pesquisador Leila Lamas Pereira e os pesquisadores Residentes do Serviço de Ginecologia do HU-UFJF a realizar sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: "Assistência aos casais inférteis - análise da rede SUS na macrorregião de Juiz de Fora - MG". Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo analisar a assistência prestada aos casais inférteis na macrorregião de Juiz de Fora.

O pesquisador responsável da pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos pacientes garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 08 de Março de 2012



Prof. Dr. Dimas Augusto C. de Araújo
Diretor Geral do HU/UFJF

ANEXO D

ENTREVISTA

Identificação:

Iniciais do nome:

Idade:

Estado civil atual:

Endereço de residência:

Tratamento indicado para o 3º nível: (qual?) Data da indicação:

Conversa introdutória: o que é a pesquisa, convite para a pesquisa, assinar o termo.

Recuperar um pouco a história de início da assistência no ambulatório.

O que lembra e se sabe por que foi encaminhada. Qual a representatividade (subjetivo do significado) da infertilidade é uma necessidade, que relata importância.

Vida afetiva mudou ou não, isso pode ter interferido em alguma coisa?

1. O acesso (se conseguiu ter o encaminhamento agendado) ao serviço de reprodução assistida foi conseguido? Você foi no dia marcado para consulta? Se sim, qual o período de espera? Se não, qual o motivo de não ter conseguido?
2. Você sabe qual foi o procedimento solicitado para realização no serviço de reprodução assistida? O procedimento indicado foi realizado? Se sim, qual o período de espera? Se não, qual o motivo?
3. Se realizou o procedimento, houve sucesso? Gestação? Bebê em casa?
abordar as expectativas futuras em relação a sua situação de infertilidade.
4. Qual a sua percepção em relação à assistência aos casais inférteis tomando como referência os serviços pelos quais você recebeu atendimento?