

ATENÇÃO BÁSICA E INFERTILIDADE: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

INFERTILITY IN PRIMARY CARE FROM THE PERSPECTIVE OF NURSES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ATENCIÓN PRIMARIA E INFERTILIDAD: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE ENFERMEROS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Escolástica Rejane Ferreira Moura^I
Rebeca Pinho Romero Vieira^{II}
Andrezza Alves Dias^{III}
Danielle Rosa Evangelista^{IV}
Camila Félix Américo^V

RESUMO: Avaliar conhecimento e prática de enfermeiros com relação à infertilidade na atenção básica. Estudo quantitativo, transversal, realizado com 171 enfermeiros do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza-CE, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista, de novembro/2009 a abril/2010. Para avaliar o conhecimento e a prática dos enfermeiros, foram utilizadas escalas tipo Likert. O sexo predominante foi o feminino, a idade e o tempo de atuação em planejamento familiar variaram de 25 a 53 anos e de menos de um a 23 anos, respectivamente. O nível de conhecimento de 100(58,5%) enfermeiros sobre o conceito de infertilidade foi limitado; de 169(99%) sobre tipos de infertilidade foi ausente; e 106(62%) e 65(57%) apresentaram, respectivamente, conhecimento limitado e prática ligeiramente adequada acerca das ações a serem oferecidas na atenção básica voltadas à infertilidade. Os enfermeiros necessitam de capacitações voltadas para a área de infertilidade.

Palavras-chave: Infertilidade; programa saúde da família; competência profissional; atenção primária de saúde.

ABSTRACT: To assess the knowledge and practice of nurses concerning infertility in primary care. Quantitative, cross-sectional study, carried out with 171 nurses in the Municipal Health System of Fortaleza-CE, Brazil. Data were collected through interviews, from November 2009 to April 2010. Likert scales were used to assess the knowledge and practice of nurses. The predominant sex was female, age and time of work in family planning varied from 25 to 53 years old and less than one to 23 years, respectively. The knowledge level of 100(58.5%) nurses on the concept of infertility was limited; of 169(99%) on types of infertility was absent; and 106(62%) and 65(57%) had limited knowledge and slightly appropriate practice on the actions that can be offered in primary care focused on infertility, respectively. Nurses need training targeted for the infertility.

Keywords: Infertility; family health program; professional competence; primary health care.

RESUMEN: El objetivo fue evaluar conocimiento y práctica de enfermeros cuanto a la infertilidad en la atención primaria. Estudio cuantitativo, transversal, con 171 enfermeros del Sistema Municipal de Salud de Fortaleza-CE, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas, de noviembre/2009 a abril/2010. Para evaluar conocimiento y práctica de enfermeros, fueron utilizadas escalas de Likert. El sexo predominante fue el femenino, la edad y el tiempo de trabajo en la planificación familiar variaron desde 25 a 53 años de edad y menos de uno a 23 años, respectivamente. El nivel de conocimiento de 100(58,5%) enfermeros sobre el concepto de la infertilidad fue limitado; de 169(99%) sobre tipos de infertilidad fue ausente, y 106(62%) y 65(57%) presentaron conocimiento limitado y práctica ligeramente adecuada sobre acciones que se podrían ofrecer en la atención primaria centrada en la infertilidad, respectivamente. Los enfermeros necesitan de formación específica acerca de la infertilidad.

Palabras clave: Infertilidad; programa salud de la familia; competencia profesional; atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A procriação é fundamental à vida da maioria dos indivíduos, em particular de mulheres, que têm na maternidade a reafirmação da feminilidade, fato intrínseco na sociedade desde a antiguidade, em que as mulheres que concebiam eram exaltadas, enquan-

to as inférteis eram consideradas castigadas pelos deuses, discriminadas na sociedade e símbolo de morte¹.

A infertilidade consiste na incapacidade de um casal conceber ou levar uma concepção a termo, após um ano ou mais de relações sexuais regulares, sem o

^IEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br

^{II}Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: rebecaprv@hotmail.com.

^{III}Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: andrezzaalvesdias@hotmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Tocantins. Tocantins, Palmas, Brasil. E-mail: enfadanielle@yahoo.com.br

^VEnfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: cfamerico@yahoo.com.br

uso de tecnologia anticonceptiva². As causas podem estar associadas a fatores masculinos e femininos, cujos masculinos respondem por cerca de 40% dos casos³.

Estima-se existir, no mundo, de 50 a 80 milhões de casais inférteis, ocorrendo cerca de dois milhões de novos casos por ano³. No Brasil, mais de 278 mil casais têm dificuldade de gerar um filho em algum momento da vida, devido a alguma forma de infertilidade, primária ou secundária. A infertilidade primária é aquela em que o casal nunca concebeu e a secundária ocorre quando o casal possui um ou mais conceitos⁴.

Estudo verificou associação entre problemas psicossociais e infertilidade, encontrando associação com redução da libido em ambos os parceiros, principalmente quando a infertilidade ultrapassava cinco anos; ejaculação precoce e impotência transitória em homens, como os mais prevalentes. Ao associar a infertilidade com reações emocionais, obtve-se ansiedade, sendo mais comum em mulheres, e depressão, em homens⁵. O estresse pode estar presente no período de realização de exames para constatação das causas da infertilidade, sendo o período mais crítico para muitos casais. Ademais, o temor de receber um diagnóstico de infertilidade é motivo para que mulheres não procurem ajuda nos serviços de saúde, pois, para muitas, essa é uma condição que preferem ocultar para se protegerem do estigma social¹.

Em face do exposto, a infertilidade ficou demonstrada como problema que acomete parcela significativa dos casais em idade reprodutiva, entretanto, ações oferecidas na atenção básica podem resultar em sucesso na concepção desses casais. Assim, elaborou-se o questionamento: qual o conhecimento e a prática de enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família (ESF) sobre infertilidade e ações assistenciais desenvolvidas neste nível da atenção, voltadas à concepção? Responder a essa indagação é relevante, pois culminará em contribuições significativas aos serviços de planejamento familiar (PF), no sentido de orientar e executar ações favoráveis à concepção dos casais inférteis na atenção básica. Neste contexto, objetivou-se avaliar conhecimento e prática de enfermeiros com relação à infertilidade na atenção básica.

REVISÃO DE LITERATURA

A Portaria nº 426, de 22 de março de 2005, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (RHA) que, dentre outras recomendações, estabelece a identificação das causas de infertilidade entre casais em idade fértil e define critérios técnicos para o funcionamento efetivo dos serviços que realizam técnicas de RHA. A atenção básica deve ser a porta de entrada do casal infértil ao SUS, devendo

nesta ser realizada anamnese, exame clínico-ginecológico, solicitação de exames complementares para diagnosticar patologias que interfiram na gestação, como o exame de Papanicolaou, sorologia anti-HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis, toxoplasmose IgG, glicemia de jejum, espermograma e vacinação contra rubéola^{4,6}.

Estima-se que 70% dos casos de infertilidade sejam solucionados na atenção básica, com a implantação de ações e procedimentos de baixo custo, do qual apenas 30% são merecedores de encaminhamento para serviços de maior complexidade⁷.

Reconhecer o período fértil feminino pode ser a solução para muitos casais inférteis, o que poderá ser orientado na atenção primária em saúde. Conforme a Portaria nº 388, de 06 de julho de 2005, que trata da organização e implantação das redes estaduais e municipais de atenção em RHA, é atribuição do profissional de saúde da atenção básica fornecer orientações sobre a identificação do período fértil e concentrar as relações sexuais nesse período, bem como eliminar qualquer fator que interfira no depósito do sêmen na vagina ou que dificulte a migração espermática através do trato genital feminino⁴.

Na Clínica de Educação para Saúde (CEPS), da Universidade do Sagrado Coração (USC), por exemplo, pacientes que buscavam pelo atendimento da equipe de genética médica, com o desejo de conceber, foram encaminhados para receber instrução quanto ao Método de Billings ou da ovulação. Dos 16 casais acompanhados com queixas de infertilidade, nove conseguiram a gravidez e nasceram três bebês. Geralmente, o casal consegue a gravidez dois anos após a adoção do método. Alguns já haviam sido encaminhados para bancos de sêmen e fertilização *in vitro*, porém conseguiram engravidar pelo uso do método natural⁸.

METODOLOGIA

Pesquisa transversal, do tipo levantamento, com abordagem quantitativa, realizada no Sistema Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza-CE, junto a enfermeiros que atuavam na ESF, de novembro de 2009 a abril de 2010.

O referido SMS era composto por seis Secretarias Executivas Regionais (SER), nas quais atuavam 319 equipes da ESF. Destas, 306 funcionavam com enfermeiros, sendo 39 lotados na SER I, 37 na SER II, 57 na SER III, 32 na SER IV, 67 na SER V e 74 na SER VI⁹.

A população correspondeu aos 306 enfermeiros da ESF e a amostra probabilística foi gerada com base na fórmula para cálculo com populações finitas, correspondendo a 171 enfermeiros. Estratificando o amostral entre as SER, obteve-se: 22 enfermeiros na SER I, 21 na SER II, 32 na SER III, 18 na SER IV, 37 na SER V e 41 na SER VI. Para cada SER, foi escolhido, por conveniência de acessibilidade das pesquisa-

doras, os Centros de Saúde da Família (CSF), necessários para contemplar o n de cada uma delas, sendo visitado um total de 65 dos 90 CSF do SMS.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada, realizada em local privativo e em ocasião programada, de modo a não interferir nas atividades dos enfermeiros.

Os dados foram organizados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 18.0 for Windows e no *Epi Info* versão 3.3. Foram analisados por meio de estatística descritiva a incluir frequência absoluta, frequência relativa, média (\bar{x}), desvio padrão (S) e intervalos de confiança (IC).

Para avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o conceito de infertilidade, as ações a serem oferecidas na atenção básica na referida área, bem como a aplicação delas, foram utilizadas escalas tipo Likert. A escala para avaliação de conhecimentos sobre o conceito de infertilidade constou de três itens tomados com base no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS)². Eles corresponderam a: incapacidade de um casal para alcançar a concepção ou levar uma concepção a termo (peso 1); após um ano ou mais de relações sexuais regulares (peso 2); e sem uso de tecnologia anticonceptiva (peso 1), de modo que se o enfermeiro não citasse nenhuma das condições, seu conhecimento seria avaliado como *nenhum*; relacionando pelo menos uma das condições, exceto a segunda, *conhecimento limitado*; especificando duas das condições, excetuando-se a segunda, ou mencionando apenas a segunda, *conhecimento moderado*; apontando duas das condições, contemplando sempre a segunda, *conhecimento substancial*; e citando as três condições, *conhecimento extenso*.

A avaliação de conhecimento e da prática sobre as ações voltadas para casais inférteis constaram de quatro itens, conforme preconiza a Portaria n° 388, de 06 de julho de 2005: orientar a mulher e/ou casal a reconhecer o período fértil por meio dos métodos da temperatura basal corporal, Billings ou muco cervical e Ogino-Knaus ou tabela; recomendar a mulher e/ou casal a concentrar as relações sexuais no período fértil; eliminar fatores que interferem no depósito do sêmen na vagina ou que dificulte a migração espermática através do trato genital feminino; e encaminhar a mulher e/ou casal a um serviço de referência de média complexidade em RHA, através da Central de Regulação⁴.

No que diz respeito ao conhecimento, quando o enfermeiro não citou nenhuma das ações, seu conhecimento foi avaliado como *nenhum*; ao mencionar pelo menos uma das ações, *conhecimento limitado*; relacionando duas das ações, *conhecimento moderado*; apontando três das ações, *conhecimento substancial*; e especificando todas as ações, *conhecimento extenso*.

Da mesma forma, quando o enfermeiro não citou nenhuma das ações, sua prática foi avaliada como *inadequada*; ao citar uma das ações, *ligeiramente adequada*; citando duas das ações, moderadamente adequada; citando três das ações, *substancialmente adequada*; e citando todas as ações, *completamente adequada*.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC), obtendo parecer favorável por meio do protocolo n° 293/09. Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, apresentadas na Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), acerca das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos¹⁰. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar voluntariamente do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

A maioria do grupo, ou seja, 152 (88,9%), foi composta por mulheres, sexo historicamente predominante na enfermagem. A idade variou entre 25 e 53 anos, com média de 35,68 anos e S de 6,048. O tempo de graduação variou de 2 a 30 anos, com média de 11,16 anos e S de 5,141, havendo maior porcentagem de participantes com até 10 anos de formação, correspondendo a 92 (53,8%) enfermeiros. O tempo de atuação em PF variou de menos de um a 23 anos, com média de 9,29 anos e S de 4,156. Dessa forma, a pesquisa incluiu enfermeiros jovens, portanto, recém-formados, e enfermeiros de mais idade. Essa condição é comum na composição das equipes da ESF, para as quais convergem profissionais recém-formados e até profissionais em final de carreira, os quais dão preferência a uma vida mais interiorana, longe dos grandes centros urbanos. O tempo de graduação entre 2 e 30 anos corrobora o aspecto da idade, abrangendo profissionais menos e mais experientes. O tempo de atuação em PF também corrobora as idades dos enfermeiros e o tempo de graduação, pois reuniu enfermeiros com menos de 1 a 23 anos de atuação na respectiva área.

As Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR) foram responsáveis pela formação de 160 (93,6%) dos enfermeiros participantes, cuja distribuição foi equitativa nas três principais Universidades de Fortaleza, 57 (33,3%), 54 (31,6%) e 49 (28,7%), respectivamente. Outras universidades fora do Estado formaram 11 (6,4%) dos participantes.

Conhecimento de enfermeiros sobre infertilidade

Dos 15 enfermeiros que não citaram o item 1, um referiu que a infertilidade era a presença de deficiência hormonal do casal, entretanto, sabe-se que a infertilidade

não é consequência apenas da ausência ou baixa produção hormonal, mas de diversos fatores, como: endometriose, infecções cervicais, varicocele, produção de anticorpos antiespermáticos, dentre outros. Os outros 14 referiram que a infertilidade era apenas de causa feminina, como expõe a Tabela 1. A esse respeito, afirma-se que quando se trata de infertilidade, há grande impacto sobre a identidade da mulher, uma vez que a feminilidade está, geralmente, associada à maternidade¹¹.

Dos 136(79,5%) enfermeiros que desconheciam o item 2, 10(5,8%) citaram que para um casal ser considerado infértil, era necessário um período mínimo de dois anos de tentativa de gravidez com coito desprotegido, referindo-se ao conceito não mais vigente. Outros 2(1,2%) referiram período mínimo de 6 meses a 1 ano e de 3 a 4 anos, portanto, incoerente com a literatura¹¹⁻¹⁵. Ver Tabela 1. Afirma-se que 25% dos casais engravidam no primeiro mês de exposição, 60% em seis meses e 80% no período de um ano. Dos 20% restantes, em média 15% concebem no segundo ano de exposição e, por isso, utilizava-se classificação mais conservadora para o conceito de infertilidade¹².

ros responderam acertadamente e 169(99%) não souberam informar. O baixo conhecimento sobre os tipos de infertilidade pode comprometer a qualidade da assistência prestada, pois a verificação da existência de paternidade/maternidade anterior é uma abordagem que permite identificar o tipo de infertilidade, o que influi no fluxo da entrevista e na conduta a ser seguida.

O nível de conhecimento e de adequabilidade prática dos enfermeiros sobre as ações passíveis de serem desenvolvidas na atenção básica, de acordo com o que é estabelecido na Portaria n° 388, de 06 de julho de 2005⁴, são analisadas a seguir.

O período fértil corresponde ao período em que a concepção é possível, ou seja, três a quatro dias anteriores à data provável da ovulação e os dois dias seguintes a esta³. É função do profissional de saúde da atenção básica esclarecer a cliente e/ou casal sobre a fisiologia da concepção, visto que muitos casais desconhecem a definição e os meios para identificação do período fértil. Para identificação, o profissional de saúde deve recorrer aos Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF), que são técnicas de auto-observação de sinais e sintomas de

TABELA 1: Distribuição dos enfermeiros, segundo o nível de conhecimento sobre o conceito de infertilidade. Sistema de Saúde de Fortaleza – Ceará, novembro 2009 – abril 2010. (N= 171)

Variáveis	f	%	IC 95%
1. Incapacidade de um casal para alcançar a concepção ou levar uma concepção a termo	156	91,2	85,9-95
2. Após um ano ou mais de relações sexuais regulares (peso 2)	35	20,5	14,7-27,3
3. Sem uso de tecnologia anticonceptiva (métodos anticoncepcionais)	37	21,6	15,7-28,6
Nível de conhecimento dos participantes			
Nenhum	17	9,9	5,9-15,4
Limitado	100	58,5	50,7-66
Moderado	20	11,7	7,3-17,5
Substancial	17	9,9	5,9-15,4
Extenso	17	9,9	5,0-15,4

Para que ocorra a concepção, o casal não deve estar em uso de métodos anticoncepcionais (MAC), pois ao usá-los, as chances de gestação são reduzidas, variando de acordo com a eficácia do MAC escolhido e a adequabilidade do uso. Desconsiderar esse critério no conceito de infertilidade, como foi realizado por 134(78,4%), poderá incorrer em falso diagnóstico e intervenções desnecessárias. Outro aspecto a ser salientado é o efeito duradouro do anticoncepcional injetável exclusivo de progestágeno após suspensão do uso, podendo chegar a quatro meses¹³.

O nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre o conceito de infertilidade variou entre nenhum e extenso, predominando o número de enfermeiros com conhecimento limitado, correspondendo a 100(58,5%). Ressalta-se que 34(19,8%) enfermeiros apresentaram conhecimento substancial ou extenso. Ver Tabela 1.

Quanto ao conhecimento sobre os tipos de infertilidade (primária e secundária), 2(1,0%) enfermei-

ridade que ocorrem no corpo feminino ao longo do ciclo menstrual: temperatura corporal basal, Billings ou muco cervical e Ogino-Knaus ou tabela¹². Entretanto, tal esclarecimento não era de conhecimento dos profissionais, uma vez que 49(28,7%) referiram a importância de ensinar o casal a reconhecer o período fértil e 45(26,3%) relataram a necessidade de orientar o casal a concentrar relações sexuais nesse período. Ver Tabela 2.

Pesquisa foi realizada com 2.055 ciclos menstruais de 851 mulheres saudáveis e ressaltou que em 601 gravidezes, 25% ocorreram com um único episódio de relação sexual e que não houve aumento da taxa de gravidez com múltiplos atos sexuais, o que se infere que a ocorrência de gravidez depende do momento do coito e não da quantidade de relações sexuais. O período fértil é o momento adequado para que a relação sexual resulte em gravidez e pode ser percebido por meio dos MBPF¹⁴.

É estabelecido que os profissionais da atenção básica devem esclarecer aos pacientes a respeito de práticas que possam dificultar a concepção, como o uso de lubrificantes

ou de duchas vaginais pós-coito¹³. Contudo, somente 3(1,8%) enfermeiros afirmaram conhecer tais informações.

Ademais, diversos estilos de vida têm impacto negativo sobre a fertilidade, podendo ser agravados quando acrescidos à idade avançada. Por meio de atividades educativas, os profissionais que atuam na ESF precisam promover estilos de vida saudáveis, estimulando o abandono de práticas desfavoráveis à concepção¹⁵.

O item 4 foi referido por 154(90,1%) enfermeiros, conforme a Tabela 2. Discute-se: conhecer a necessidade de encaminhar um paciente com queixa de infertilidade para um serviço de maior complexidade, estaria pautado no conhecimento sobre os parâmetros em que este encaminhamento deveria ser realizado? O estudo não investigou este aspecto, bem como também não avaliou se os pacientes eram encaminhados via Central de Regulação ou informalmente, o que ficou reconhecido como limitações a serem superadas em estudos futuros.

O nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre as ações que devem ser desenvolvidas na atenção básica voltadas à infertilidade também variou entre nenhum e extenso, com predomínio do número de

enfermeiros com conhecimento limitado, correspondendo a 106(62,0%). Somente 1(0,6%) enfermeiro alcançou nível de conhecimento extenso. Encaminhar a mulher e/ou casal para um serviço de referência de média complexidade foi o conhecimento mais comum entre os participantes, citado por 154(90,1%) deles. Ver Tabela 2.

Prática dos enfermeiros da atenção básica para os casais inférteis

No que diz respeito ao recebimento de mulheres e/ou casais com necessidade no campo da infertilidade no último ano, 114(66,7%) enfermeiros afirmaram ter prestado serviço nessa área, justificando a redução de 171 para 114 sujeitos na Tabela 3.

A prática de encaminhar mulher e/ou casal foi citada pela maioria, 104(91,2%) enfermeiros, correspondendo, também, à ação de maior conhecimento por parte dos pesquisados, de acordo com a Tabela 3. Pesquisa realizada em sete cidades da Turquia apresentou resultado inferior ao encontrado neste estudo, visto que dos 748 médicos participantes, 57,6% referiram como atividade prestada na assistência aos casais inférteis, o encaminhamento para um serviço de complexidade maior¹⁶.

TABELA 2: Distribuição dos enfermeiros conforme o nível de conhecimento sobre ações que devem ser oferecidas na atenção básica à infertilidade. Sistema de Saúde de Fortaleza – Ceará, novembro 2009 – abril 2010. (N= 171)

Variáveis	f	%	IC 95%
1.Orientar a mulher e/ou casal a reconhecer o período fértil por meio dos métodos da temperatura basal, ou do muco cervical ou Billings e da tabela ou Ogino-Knaus	49	28,7	22 - 36,1
2.Recomendar a mulher e/ou casal a concentrar as relações sexuais no período fértil	45	26,3	19,9 - 33,6
3.Eliminar qualquer fator que interfira no depósito do sêmen ou que dificulte a migração espermática através do trato genital feminino.	3	1,8	0,4-5
4.Encaminhar a mulher e/ou casal para um serviço de referência de média complexidade em reprodução humana assistida através da Central de Regulação	154	90,1	89,1 - 97
Nível de conhecimento dos participantes			
Nenhum	14	8,2	4,5-13,4
Limitado	106	62,0	54,3-69,3
Moderado	9	5,3	2,4-9,8
Substancial	41	24,0	17,8-31,1
Extenso	1	0,6	0-3,2

TABELA 3: Distribuição dos enfermeiros, conforme o nível de adequabilidade prática das ações voltadas para casais inférteis. Sistema de Saúde de Fortaleza – Ceará, novembro 2009 – abril 2010. (N= 114)

Variáveis	f	%	IC 95%
1.Orientar a mulher e/ou casal a reconhecer o período fértil por meio dos métodos da temperatura basal, do muco cervical ou Billings e da tabela ou Ogino-Knaus	44	38,6	29,6–48,2
2.Recomendar a mulher e/ou casal a concentrar as relações sexuais no período fértil	42	36,8	28 – 46,4
3.Eliminar qualquer fator que interfira no depósito do sêmen ou que dificulte a migração espermática através do trato genital feminino.	4	3,5	1-8,7
4.Encaminhar a mulher e/ou casal para um serviço de referência de média complexidade em reprodução humana assistida através da Central de Regulação	104	91,2	84,5–95,7
Nível de adequabilidade da prática dos enfermeiros			
Inadequada	5	4,4	1,4-9,9
Ligeiramente adequada	65	57	47,4-66,3
Moderadamente adequada	6	5,3	2-11,1
Substancialmente adequada	36	31,6	23,2-40,9
Completamente adequada	2	1,7	0,2-6,2

No geral, houve equilíbrio entre o que os enfermeiros demonstraram conhecer e o que referiram realizar, porém foram resultados que apontaram desconhecimento e atenção inadequada aos casais inférteis.

Estudo realizado em Belém, Salvador, Curitiba e Goiânia, no qual foram realizadas entrevistas com o coordenador de saúde da mulher, coordenador da ESF, gerentes de unidades básicas de saúde e equipes da ESF, obtendo-se um total de 99 entrevistas, mostrou que os profissionais das equipes da ESF não percebiam o PF como parte da atenção básica. Ainda na mesma pesquisa, em duas capitais do país, a assistência ao PF não incluía a assistência à infertilidade, inexistindo protocolo de atendimento e sistema de referência. Nas outras duas capitais, o atendimento à infertilidade era parte das ações em PF, incluindo um sistema de referência das equipes da ESF para os serviços especializados, entretanto, em um desses municípios não houve consistência entre as informações dos gestores e dos profissionais¹⁷.

As práticas ligeiramente adequadas e substancialmente adequadas foram as mais comuns no grupo pesquisado, correspondendo a 65 (57%) e 36 (31,6%) enfermeiros, respectivamente. Encaminhar mulher e/ou casal para um serviço de referência de média complexidade foi a prática mais comum, referida por 104 (91,2%) dos enfermeiros, conforme a Tabela 3. Tal prática mostrou-se efetiva em estudo realizado com 25 usuários de um CSF de Fortaleza, Ceará, o qual demonstrou que os mesmos se consideravam satisfeitos com o sistema de referência da rede SUS¹⁸.

As propostas da ESF facilitam um cuidado longitudinal aos usuários, uma vez que o enfermeiro atende à população adscrita, o que possibilita estabelecimento de vínculo com a comunidade. Como profissional da ESF, deve-se prestar cuidado integral e resolutivo¹⁹, o que não pôde ser observado na pesquisa, uma vez que parte considerável dos enfermeiros entrevistados não prestou assistência adequada aos casais inférteis.

Em pesquisa transversal, realizada no Brasil, com objetivo de verificar a disponibilidade do serviço de infertilidade no país, 19 (76%) autoridades estaduais afirmaram que não havia disponibilidade do serviço em seu estado. Em nível municipal, 26 (66,7%) autoridades relataram que seus municípios não receberam financiamento do governo para este fim. Entre os estados e municípios cujos serviços de infertilidade estavam disponíveis gratuitamente, apenas quatro (de seis estados) e oito (de 13 cidades), haviam implementado norma para o acompanhamento em infertilidade²⁰, o que pode justificar a assistência de baixa qualidade encontrada neste estudo.

CONCLUSÃO

Os achados da pesquisa refletem a qualidade da assistência prestada aos casais inférteis, uma vez que a maioria dos enfermeiros desconheceu suas atribuições para atuação nessa área e apenas um enfer-

meiro demonstrou conhecimento extenso acerca das ações assistenciais que devem ser desenvolvidas na atenção básica, no campo da infertilidade.

Foi limitada a parcela de enfermeiros que conhecia e/ou orientava acerca dos métodos naturais e suas justificativas para não realizar orientação se mostraram permeadas de preconceito.

Sugere-se que, em pesquisas futuras, seja verificado como ocorre o encaminhamento dos pacientes para o nível secundário de atenção, visto que esse dado não foi conferido nesta pesquisa, reconhecendo-se como limitação do estudo.

Ademais, reitera-se que todo profissional de saúde deve ter a responsabilidade de se manter atualizado, entretanto, é papel do SMS de Fortaleza promover capacitações em todas as áreas de atendimento prioritário da ESF, a fim de melhorar o atendimento prestado no campo da infertilidade.

REFERÊNCIAS

1. Cunha MCV, Carvalho JA, Albuquerque RM, Ludermir AB, Novaes M. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008; 30:201-10.
2. Direção-Geral da Saúde (Por). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva, Infertilidade. Lisboa (Por): DGS; 2008.
3. Gonçalves J. Avaliação do casal infértil. *Rev Port Clin Geral*. 2005; 21:493-503.
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 388, de 06 de julho de 2005. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
5. Omu FE, Omu AE. Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nurs*. 2010; 9:1-10.
6. Ministério da saúde (Br). Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005: institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
7. Pedrosa J. *Jornal de Brasília* [site de Internet]. Política prevê atenção integral. [citado em 30 jun 2005]. Disponível em: <http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=65742>.
8. Universidade do Sagrado Coração. Clínica de Educação para a Saúde [site de Internet]. Método promove controle natural de fertilidade [citado em 28 ago 2012]. Disponível em: <http://www.providafamilia.org.br/site/index.php>.
9. Secretaria Municipal de Saúde (CE). Célula de Atenção Básica. Informe do Programa de Saúde da Família. Fortaleza (CE): Secretaria Municipal de Saúde; 2009.
10. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
11. Khetarpal A, Sihgh S. Infertility: Why can't we classify this inability as disability? *Australas Med J*. 2012; 5:334-9.
12. Ministério da Saúde (Br). Assistência em planejamento

- familiar: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
13. Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos. Johns Hopkins University. Organização Mundial da Saúde. Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore (USA): OMS; 2007.
 14. Bilian X, Heng Z, Shang-chun W, Xiao-ping J, Chang-hai H, Wen-qi S, Zhen-wu L. Conception probabilities at different days of menstrual cycle in Chinese women. *Fertility and Sterility*. 2010, 94:1208-11.
 15. Utting D, Bewley S. Family planning and age-related reproductive risk. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2011; 13:35-41.
 16. Hassa H, Ayranci U, Unluoglu I, Metintas S, Unsal A. Attitudes to and Management of fertility among primary health care physicians in turkey: an epidemiological study. *BMC Public Health*. 2005; 5.
 17. Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Family planning in Brazil today: an analysis of recent research. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:2481-90.
 18. Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Lima LL. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:604-9.
 19. Baratieri T, Marcon SS. Identificando facilidades no trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:212-7.
 20. Makuch MY, Petta CA, Osis MJD, Bahamondes L. Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. *Hum reprod*. 2010; 25:430-5.