



Assistência à concepção na atenção primária em saúde

Assistance with conception in primary health care

Asistencia a la concepción en la atención primaria de salud

RESUMO

Objetivo: Identificar as ações de assistência à concepção na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com 30 médicos e 50 enfermeiros de equipes da estratégia de saúde da família. Os dados foram interpretados segundo a análise de conteúdo e à luz da literatura especializada. **Resultados:** Destacam-se entre as orientações oferecidas ao público: a identificação do período fértil, recomendações sobre a frequência de práticas sexuais, prescrição de ácido fólico preventivo e anamnese limitada à história de vida sexual da mulher. Em casos mais complexos, é realizado o encaminhamento para outro nível de atenção à saúde, por exemplo, a consulta especializada de ginecologia, por falta de serviço de referência para infertilidade. **Conclusão:** as ações incipientes realizadas pelos profissionais na abordagem clínica e na gestão dos serviços não vão ao encontro da recomendação de documentos ministeriais.

Descritores: Atenção à Saúde; Direitos sexuais e reprodutivos; Saúde reprodutiva; Reprodução; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: Identify conception assistance actions in Primary Health Care. **Method:** Qualitative study, carried out with 30 doctors and 50 nurses from family health strategy teams. Data were interpreted according to content analysis and in the light of specialized literature. **Results:** Among the guidelines offered to the public, the following stand out: the identification of the fertile period, recommendations on the frequency of sexual practices, preventive folic acid prescription and anamnesis limited to the woman's sexual life history. In more complex cases, referrals are made to another level of health care, for example, a specialized gynecology consultation, due to the lack of a reference service for infertility. **Final remarks:** the incipient actions carried out by professionals in the clinical approach and in the management of services are not in accordance with the recommendation of ministerial documents.

Descriptors: Delivery of health care; Reproductive rights; Reproductive health; Reproduction; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar acciones de asistencia a la concepción en la Atención Primaria de Salud. **Método:** Estudio cualitativo, realizado con 30 médicos y 50 enfermeros de equipos de estrategia de salud de la familia. Los datos fueron interpretados de acuerdo con el análisis de contenido ya la luz de la literatura especializada. **Resultados:** Entre las orientaciones ofrecidas al público, se destacan: la identificación del período fértil, recomendaciones sobre la frecuencia de las prácticas sexuales, prescripción preventiva de ácido fólico y anamnesis limitada a la historia de vida sexual de la mujer. En casos más complejos, se derivan a otro nivel de atención de la salud, por ejemplo, una consulta especializada de ginecología, debido a la falta de un servicio de referencia para la infertilidad. **Conclusión:** las incipientes actuaciones realizadas por los profesionales en el abordaje clínico y en la gestión de los servicios no se ajustan a las recomendaciones de los documentos ministeriales.

Descriptores: Atención a la salud; Derechos sexuales y reproductivos; Salud reproductiva; Reproducción; Atención Primaria de Salud.

Samara Barreto de Oliveira¹

0000-0001-6238-5928

Júlia Gabriela de Medeiros Rodrigues¹

0000-0002-3118-7520

Beatriz Pereira Alves²

0000-0003-2388-2854

Maila Bezerra Souza³

0000-0003-0302-7236

Ítalo Vinicius Albuquerque Diniz¹

0000-0002-8111-8400

Gabriela Maria Cavalcanti Costa¹

0000-0003-4466-6886

¹Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande, Paraíba, Brasil

²Universidade Federal de Campina Grande – Cajazeiras, Paraíba, Brasil

³Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco – Garanhuns, Pernambuco, Brasil

Autor correspondente:

Beatriz Pereira Alves
pbia012@gmail.com

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1970, o movimento feminista no Brasil fez história na luta pela garantia dos direitos considerados básicos à vida digna, amparados na Declaração dos Direitos Humanos, pleiteando uma saúde universal e de qualidade que abrangesse todo o ciclo vital da mulher e não apenas o biológico e reprodutor^(1,2).

Nesse sentido, destacam-se a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que impulsionou a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS); a promulgação, em 1996, da Lei n. 9.263, que versa sobre o Planejamento Familiar, reconhecendo-o como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, incluindo, portanto, assistência à concepção e contracepção^(1,3). O programa tornou-se Política Nacional em 2004 e, em 2005, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos passou a evidenciar a saúde reprodutiva como direito e a saúde sexual como elemento fundamental, considerando os sujeitos nos aspectos físico e social e em sua singularidade⁽⁷⁾. Assim sendo, recomenda-se a utilização do termo planejamento reprodutivo em reconhecimento de uma maior abrangência, eliminando a ideia de um enfoque apenas econômico-demográfico, tornando-se base para um debate mais profundo acerca da saúde sexual e reprodutiva^(4,5,6).

A saúde sexual e a saúde reprodutiva passaram, destarte, a integrar a pauta governamental definitivamente e, ao longo dos últimos anos, vem sendo reforçada com as publicações em 2005 da Portaria n. 426/GM⁽⁸⁾, que instituiu, no âmbito do SUS,

a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNRHA); e em 2012 da Portaria n. 3.149⁽⁹⁾, que fixou a destinação de recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS.

Para instrumentalizar serviços e profissionais, em 2016, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, publicou o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, reafirmando que as ações de planejamento reprodutivo seriam voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se estruturariam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade⁽¹⁰⁾. Esse documento ministerial orienta que as ações contemplem, principalmente, três tipos de atividades: aconselhamento, atividades educativas e assistência clínica, desenvolvidas de forma integrada, multi e interdisciplinar.

As recomendações teóricas consideram o aconselhamento e as atividades educativas práticas fundamentais, tendo como base um diálogo baseado na confiança, que deve, dessa forma, estimular a prática do sexo seguro, enfatizando a vivência da sexualidade sem constrangimentos e favorecer a avaliação das vulnerabilidades particulares dos usuários, tanto sobre a maternidade voluntária como da anticoncepção auto decidida^(4,11).

Para a garantia dos direitos reprodutivos, tornam-se relevantes identificar o contexto de vida da pessoa/casal e suas ideias; desejo ou não de

ter filhos; realizar abordagem proativa privilegiando questionamentos sobre a atividade sexual; avaliar as vulnerabilidades de sujeitos e/ou casal à infecção pelo HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); e compreender que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com os interessados^(5,12).

O relatório global Estimativas de Prevalência de Infertilidade (1990-2021), publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), evidenciou que um em cada seis adultos em todo o mundo sofre de infertilidade, o equivalente a 17,5% da população adulta⁽¹³⁾. Segundo a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, oito milhões de indivíduos podem enfrentar dificuldade para gerar um filho⁽¹⁴⁾, estando entre as principais causas de infertilidade a idade reprodutiva da mulher, problemas anatômicos nos sistemas reprodutores masculinos e femininos, desequilíbrios hormonais, endometriose e ISTs^(15,16). Reconhecendo, assim, de um lado, demanda reprimida pelos referidos serviços e, de outro, uma tímida, onerosa e seletiva assistência reprodutiva no cenário nacional. Afinal os avanços na área de tecnologia médica, inquestionavelmente, beneficiaram a reprodução humana, todavia não se tornaram efetivamente acessíveis aos usuários do SUS, relevando que o serviço ofertado pelo Estado se distancia do preceito constitucional^(17,18).

Nesse sentido, para garantir o direito reprodutivo e estimular tomadas de decisões que diminuam a peregrinação de pessoas com problemas de fertilidade em serviços de saúde, considerando as relações entre o contexto, as variações na implantação de uma intervenção e o processo de produção

desses efeitos, este estudo tem como objetivo identificar as ações de assistência à concepção na Atenção Primária à Saúde (APS). Acredita-se que as aproximações com o fenômeno reproduzirão lógicas diversas de compreensão, revelando que o contexto organizacional, político, cultural e social impactaram na implementação como tarefa do processo efetivo da política de assistência ao planejamento reprodutivo no país.

MÉTODOS

Trata-se de um recorte de um trabalho de conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), desenvolvido e apresentado nos anos de 2018 e 2019, respectivamente, depois de aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, n. CAEE: 692397174.0000.5187, por estar em conformidade com as recomendações da Resolução n. 466/2012.

Optou-se pela realização de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, de caráter retrospectivo, por adequar-se melhor ao objetivo deste estudo, visto que a pesquisa envolve a vida das pessoas, suas experiências, sentimentos, emoções e comportamentos, além de estudar fenômenos culturais, movimentos sociais, interação entre os indivíduos e funcionamento organizacional. Esta investigação foi conduzida e estruturada com referência nos Critérios de Consolidação para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (Coreq).

O estudo foi realizado em 80 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS), localizadas em oito distritos sanitários, da zona urbana e rural, do município de Campina Grande – PB. O referido município é

considerado, pelo Ministério da Saúde (MS), pioneiro na institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 1990, como estratégia para reorganização da atenção básica, adotando a lógica da vigilância à saúde, com concepção centrada na promoção da qualidade de vida.

Os participantes da pesquisa foram médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) que atendiam aos seguintes critérios: trabalhar na estratégia há pelo menos seis meses e realizar rotineiramente atendimento de planejamento familiar como atribuição no processo de trabalho, excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença médica no período da coleta. Ao final, participaram do estudo 80 profissionais, 30 médicos e 50 enfermeiros, considerando a técnica da saturação teórica das falas.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2018 a dezembro de 2019, por meio de um questionário para caracterização da amostra e de entrevistas semiestruturadas, elaboradas pelos pesquisadores da presente pesquisa com perguntas direcionadas à população-alvo, audiogravadas individualmente, com garantia da privacidade, nas respectivas unidades de saúde.

Os sujeitos foram previamente identificados e convidados a participar da pesquisa após explicação dos objetivos e procedimento de coleta. Aqueles que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos foram entrevistados depois de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em horário conveniente, considerando a dinâmica do serviço. O termo mencionava que as respostas poderiam ser alteradas, com inclusão ou supressão de trechos, no fim da entrevista

e/ou após a escuta dos áudios.

As entrevistas foram transcritas manualmente, mantendo a fidedignidade das informações relevantes à análise, logo depois de realizadas. No intuito de salvaguardar a identificação dos profissionais e das unidades de saúde, foi utilizado sistema alfanumérico para codificá-las, sendo F a ordem das falas dos profissionais (F1, F2, F3...), e as letras M (para médico) e E (para enfermeiro), seguida de número na ordem sequencial de realização das entrevistas (M1, M2, E1, E2...).

A análise de conteúdo de Bardin foi a técnica empregada para análise dos dados, realizando-se a leitura, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses/objetivos, a elaboração de indicadores e a sistematização das ideias iniciais. Na fase de exploração do material, foi definida a categoria (sistema de codificação) e as unidades de registro/contexto para possibilitar as interpretações e inferências. Na última fase, empreendeu-se o tratamento dos resultados, com condensação e destaque das informações para análise, culminando nas interpretações a partir da análise reflexiva e crítica.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 80 profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 50 profissionais da Enfermagem e 30 da Medicina, com idade média de 40 anos (variando entre 30 e 50 anos). Do total, 20 do sexo masculino e 60 do sexo feminino; destas, 45 eram enfermeiras. Doze profissionais tinham mestrado na área de saúde pública e/ou áreas afins, 48 tinham especialização/residência em Saúde da Família e 22 apenas graduação.

AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À REPRODUÇÃO

A priori, os profissionais foram questionados sobre ações de planejamento familiar que realizavam, com o objetivo de auxiliar a concepção, na rotina de atenção à saúde de mulheres ou casais que não conseguiam engravidar. As falas revelaram que faziam acolhimento com escuta qualificada, atividades educativas, orientações relacionadas ao período fértil, frequência sexual, hábitos saudáveis, encaminhamentos, solicitavam exames complementares, identificavam fatores de risco e doenças ou condições preexistentes, prescreviam ácido fólico e, quando necessário, vacinavam os pacientes:

“As mulheres que não conseguem engravidar, a gente faz as orientações, com relação ao período fértil, frequência sexual e hábitos saudáveis. Elas buscam atendimento individualizado até pela vergonha de se reconhecer “incapaz”. Vencida a etapa de orientações e a mulher retornando sem êxito, só consigo encaminhar para a médica solicitar todos os hormônios, ultrassom, investigar doenças preexistentes. Se nada esclarecer, antes de encaminharmos para serviço de saúde da mulher ou consulta especializada com ginecologia, pedimos o espermograma” (F5E2).

“Primeira ação é constatar a dificuldade de engravidar. Isso fazemos após a anamnese. Depois partimos para a identificação de fatores de risco, identificação de doenças ou condições que impeçam a concepção. De toda forma, recomendamos uso de ácido fólico e orientamos quanto às vacinações necessárias que devem ser feitas antes da concepção. Solicito exames laboratoriais, mas, objetivamente, não reconheço

qualquer ação minha na atenção primária que possa ser mencionada como suficientemente resolutive que caracterize assistência à reprodução” (F4M1).

“Por aqui fazemos acolhimento, escuta qualificada, atividades educativas. Se a gravidez não ocorrer, passamos a pedir exames, pesquisar a questão hormonal para analisar parte biológica, mas empacamos na dificuldade de exames e inexistência de serviço de referência para encaminhamentos. Nossas ações são limitadas e sem seguimento, para não dizer totalmente inexistentes para a saúde reprodutiva” (F14E2).

“Aqui na atenção primária, do ponto de vista clínico, só nos resta solicitar exames e encaminhar. E, tendo consciência que exames básicos são insuficientes para garantir assistência à saúde reprodutiva, atestamos que na prática o SUS não cobre tratamento de reprodução e que os serviços particulares não acreditam em exames do SUS. Então, às vezes, acho que a melhor ação clínica seria encaminhar mesmo, simplesmente. E poupar a mulher de fazer e refazer exames. A ação de assistência limita-se a encaminhamento” (F8M2).

O acolhimento descrito nas falas dos profissionais revela o exercício de atender o usuário na perspectiva do cuidado como ação integral, respeitando a diversidade e singularidade, compreendendo as necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias, relacionadas às questões de direitos sexuais e planejamento reprodutivo. Porém, para a prática em saúde reprodutiva, torna-se importante propiciar aos sujeitos envolvidos com o cuidado uma proposta que aborde, também: identificação do contexto de vida da pessoa ou do

casal e suas ideias; desejo ou não de ter filhos; abordagem proativa privilegiando questionamentos sobre a atividade sexual; avaliação de vulnerabilidades individual ou do casal à infecção pelo HIV e outras ISTs; e compreensão de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com a pessoa ou o casal.

Constata-se, feita a análise textual das respostas, que os profissionais de saúde descrevem ações limitadas. Supõe-se, dessa forma, que eles não tenham conhecimento sobre protocolos ministeriais, o que, devido ao fato de o município relegar conduta clínica à iniciativa/experiência profissional, desconsiderando a estruturação necessária para a linha de cuidado, acaba por comprometer a assistência à reprodução.

Quando questionados se o protocolo de atenção básica para saúde da mulher ou do casal que planeja a gravidez e auxílio à concepção já está implementado no município, afirmaram não ter acesso e/ou conhecimento sobre o assunto:

“Não existe efetivamente ação de assistência à concepção no SUS. Ou se existe eu não conheço nenhum protocolo do Ministério ou da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde. Mas fico pensando que se não tem como resolver na atenção primária o protocolo seria apenas para recomendar encaminhamento? O que pode ser feito para concepção na atenção primária? Reprodução humana relaciona-se com tecnologia médica que não justifica-se na atenção primária nem se financia no SUS” (F2M2).

“A secretaria nunca apresentou ou recomendou adoção de protocolo para abordagem a mulher que quer engravidar.

Basta verificar onde existe dados sobre este público ou relacionados a esta demanda. Nada foi passado para médicos, para as equipes de estratégia de saúde da família como meta, prioridade, recomendação, protocolo ou coisa que o valha. Fato é que se existe demanda é totalmente desconhecida. Certamente reflete o preconceito de que somente ricos podem usar a reprodução humana” (F14M3).

No caso específico dos profissionais de Enfermagem, as falas revelam adoção de protocolo com indicação de ações baseadas nas recomendações de protocolos do Ministério da Saúde e do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) para atuação no estado da Paraíba, porém sem qualquer menção para planejamento familiar, no que se refere à concepção:

“Usamos o protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do conselho. Mas não tem ação para concepção não. Tenho 15 anos de profissão trabalhando na atenção primária e não sei de nada oficial que recomende ação para concepção. Nosso foco segue sempre assim para os pobres evitar filhos. Para os ricos sim, reprodução humana. Portanto desconheço no SUS qualquer ação ou serviço para planejamento familiar” (F11E1).

“Olha só, protocolo só temos o da Estratégia de Saúde da Família, que reúne todas as recomendações sobre quase todas as situações clínicas. Fala sobre planejamento familiar, mas não para enfrentamento da infertilidade na atenção primária. Isso não é atribuição deste nível de complexidade” (F4E1).

Quando questionados sobre as ações realizadas para esclarecer a dificuldade para engravidar, os depoimentos dos profissionais expressaram que os

diagnósticos muitas vezes não são fechados, limitando-se a um diálogo acerca do caso individual, realização de exames e encaminhamento para serviços de maior complexidade:

“Solicitamos os exames na tentativa de esclarecer, mas, às vezes, simplesmente não conseguimos explicar o porquê. Porque também a gente faz só os exames mais básicos. Somos atenção básica. Muitas vezes minha explicação fica focada em dizer a necessidade de ir para especialista ou relaxar, esquecer isso e quem sabe engravidará. Mas isso não é nada clínico nem terapêutico, reconheço. Mas não temos qualquer ação de educação nos serviços, não sei se temos demanda” (F4M2).

Observa-se que a falta de compreensão dos direitos à reprodução pode ser resumida à falta de capacitação dos profissionais para atuar no auxílio à reprodução como uma ação básica na atenção primária de planejamento reprodutivo e na não adoção expressa do protocolo pela coordenação de atenção à saúde da mulher no município.

“Falar em assistência à concepção na atenção primária me parece impossível. Nunca recebi qualquer treinamento ou capacitação. E minha área é clínica geral” (F8M1).

“Acredito que assistência à concepção não esteja no rol de prioridades do município, estado e Ministério. Se estivesse, já teria tido treinamento. Tudo que é prioridade é precedido de treinamento e depois seguem cobrando metas. Nunca tivemos qualquer ação específica sobre saúde reprodutiva. Não saberia dizer, na minha área, nenhuma informação sobre esta demanda” (F8E2).

Apesar da realidade encontrada, as clínicas especializadas em atestar que os

casais com dificuldade de engravidar são inférteis só estão disponíveis na assistência isolada e desarticuladas da rede. Por essa razão, os profissionais aguardam avaliação de serviço ambulatorial/hospitalar de maior complexidade ou profissionais especializados da rede privada:

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

“A responsabilidade por classificar, diagnosticar e resolver não é nossa, da atenção básica. Por isso que referenciamos. Mas referencio para a especialidade ginecologista. Não tem na rede serviço de referência como tem para gestante de alto risco, problema cardíaco, diabetes, tuberculose” (F9E9).

“Encaminho para o serviço federal que era aonde eu sabia que tinha a reprodução assistida certo. Ou melhor, uma médica que entende do assunto. Mas que eu não sei nem como é que isso está acontecendo na verdade. Eu estava encaminhado pra lá e elas também não retornavam pra dizer se não conseguiam atendimento. Não existe

um quantitativo de usuários que desejam. Nem quantitativo de entre as que desejaram quantas engravidaram e foi custeado pelo SUS" (F5E2).

Para contornar tal situação, torna-se evidente a necessidade de um fluxograma municipal, haja vista que os depoimentos dos profissionais demonstram que muitos não sabem exatamente qual o serviço de referência no município e citam instituições de saúde pública federal e municipal, além de clínica escola de uma faculdade particular, como estabelecimentos especializados na área de saúde da mulher e urologia que podem auxiliar na reprodução, mas não necessariamente articulados em uma rede de atenção específica e/ou pactuados para garantirem a assistência devida.

DISCUSSÃO

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) priorizam ações de promoção à saúde para prevenção e rápida identificação de doenças no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, sendo consideradas uma das responsabilidades dos atores envolvidos nesse cenário, principalmente no contexto municipal^(1,19).

Pesquisas recentes apontam lacunas entre o que foi proposto pelas diretrizes das políticas e o que está sendo ofertado na prática dos serviços, revelando que grande parte das atividades educativas dessa temática referem-se à contracepção e ISTs, omitindo temas referentes à sexualidade, questões de gêneros, métodos conceptivos, os quais fazem parte da realidade e são necessários para usuários que buscam o serviço⁽¹⁹⁾.

Urge, por conseguinte, de acordo

com a realidade encontrada nas unidades de saúde estudadas, a necessidade de rever as abordagens das ações educativas, incluindo temas como reprodução humana e concepção na Atenção Primária à Saúde, posto que o público que busca o serviço é variado e têm necessidades diferentes, para, dessa forma, promover a igualdade de direitos que tangem à saúde sexual e reprodutiva na atualidade e respeitando o indivíduo como sujeito de voz ativa em relação ao próprio corpo, sendo livre para fazer escolhas⁽²⁰⁾.

O trabalho dos profissionais deve considerar a singularidade do utente e o exame clínico do usuário/casal para que a assistência seja executada de forma eficiente, efetiva e eficaz. Isso posto, a anamnese constitui-se uma etapa importante para que o profissional de saúde obtenha informações sobre a vida sexual e reprodutiva, ciclo menstrual, patologias do aparelho reprodutor, história atual e pregressa, exame físico, existência de doenças crônicas e/ou demais fatores que podem interferir no processo de concepção⁽⁵⁾.

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

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou um fluxograma auxiliando os profissionais a abordar a mulher ou o casal

que planeja a gravidez, que inclui desde o acolhimento com escuta qualificada até a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em infertilidade, para cumprir as demais etapas de avaliação inicial e diagnóstico⁽⁹⁾. Todavia implementá-lo na Atenção Primária é um enorme desafio, haja vista o preconceito existente, o que constitui barreiras e prejudica o cuidado aos usuários⁽⁴⁾.

Para o Ministério da Saúde, os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde têm competência técnica para identificar o período fértil da mulher, orientar acerca do período favorável à concepção, bem como fazer anamnese objetivando descartar patologias e/ou fatores que impeçam ou dificultem a concepção, além de recomendar vacinação contra rubéola e administração preventiva de ácido fólico e solicitar exames complementares como coleta de citologia e colpocitologia oncótica, sorologias anti-HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis (VDRL), toxoplasmose IgG, glicemia em jejum e espermograma⁽⁵⁾.

Tanto médicos quanto enfermeiros que atuam na atenção primária devem estar aptos a realizar avaliação e orientação pré-concepcional no âmbito desse nível de assistência. Destarte, somente em casos específicos deve encaminhar o paciente para serviço especializado, quais sejam: mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção; mulher com 30 a 39 anos e mais de um ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção; mulher com 40 a 49 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção; cônjuges em vida sexual ativa, sem uso de anticonceptivos que tenham fator impeditivo de concepção, independentemente do tempo de união⁽¹⁰⁾.

As mulheres que tendem a buscar o serviço voluntariamente por questões fisiológicas geralmente apresentam condições como endometriose, ovário policístico, miomas, pólipos, entre outros^(20,22).

Ressalta-se que se deve atentar não somente para as condições de saúde da mulher, mas também das de seus parceiros, quando aplicável. Em 2018, o Ministério da Saúde publicou um documento sobre a saúde sexual e reprodutiva dos homens, no qual incluiu algumas das várias disfunções sexuais e reprodutivas que podem afetar o sexo masculino, entre elas a infertilidade, que pode ser motivada por diversos fatores: caxumba, diabetes, alguns tipos de ISTs, anticorpos antiespermatozoides, uso de hormônios anabolizantes exógenos sem recomendação médica, problemas anatômicos, causas genéticas que produzem defeitos no DNA dos espermatozoides e cânceres, além de ocorrências sem causas aparentes diagnosticadas em 15-20% dos casos^(23,24).

Salienta-se que o distanciamento dos homens dos serviços de saúde é um fato muito comum ocasionado por diversos fatores, entre eles o modelo atual da ESF, que predominantemente favorece a saúde da mulher e da criança, fazendo com que esses sujeitos não se sintam parte integrante desse modelo. Observa-se, assim, a necessidade de capacitação dos profissionais para integrarem os homens nas orientações e condutas da assistência à saúde reprodutiva do casal, criando estratégias que aproximem os usuários dos serviços ofertados^(25,26,27).

Apesar de serem ações recomendadas no protocolo do Ministério da Saúde, os profissionais de Campina Grande atestaram em suas falas que não receberam nenhuma

capacitação para atuação nessa área de assistência. Nesse sentido, é mister que o Estado propicie aos sujeitos envolvidos com o cuidado uma proposta educativa que assegure os direitos sexuais e reprodutivos, pois estes, quando exigidos, afetam diretamente os processos de trabalho dos profissionais de saúde, influenciando diretamente na conduta dos atendimentos aos usuários⁽⁴⁾.

Os depoimentos ainda revelaram entraves no sistema de referência e contrarreferência existentes no município, aspecto hoje superado, do ponto de vista técnico, com a implantação do sistema de regulação em janeiro de 2018. No entanto, o que se vê na prática não condiz com o preconizado, na medida em que as consultas são realizadas apenas mediante demanda espontânea, ou seja, quando, na maioria das vezes, a mulher desconfia da sua condição fértil e busca o serviço à procura de respostas. Quando isso ocorre, o enfermeiro inicia a investigação e encaminha-a para o médico, que, por sua vez devido às dificuldades do que pode ser feito, a encaminha para o ginecologista/obstetra da rede de serviço, já que no Nordeste apenas Pernambuco (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – Imip) e Rio Grande do Norte (Maternidade Escola Januário Cicco) dispõem desse serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível constatar que a falta de definição da rede municipal e estadual para atenção à reprodução e o desconhecimento dos profissionais sobre a previsão legal no âmbito do SUS, da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, favorece o descrédito das

potencialidades e responsabilidades do serviço público para auxiliar a reprodução, reforçando desigualdades geopolíticas nacionais.

Sugere-se como melhorias para a realidade encontrada a construção de ações de educação permanentes voltadas para a temática em questão, capacitando a equipe da APS para tratar adequadamente a infertilidade, além da elaboração de protocolos locais com o objetivo de melhorar a referência e contrarreferência desses casos.

A não inclusão da totalidade de unidades de saúde da família e a restrição a profissionais médicos e enfermeiros, não incluindo usuários e outros membros da equipe, como psicólogo e assistente social, pode ter limitado as reflexões do estudo, não sendo possível, portanto, generalizar os resultados.

O tema do estudo mostra-se pertinente na atualidade, pois reforça a premência de conscientizar a sociedade para debater profusamente as dificuldades de reprodução humana, rompendo rótulos que envolvem preconceitos sociais, fortalecendo a urgência da melhoria do cuidado aos usuários que buscam o auxílio à concepção, sendo, assim, referência para outros estudos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.
2. Carloto CM, Damião NA. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. *Serv soc soc.* 2018;(132):306–25. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.143>.
3. Brasil. Presidência da República. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art.

226 da Constituição Federal, que trata de planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federal do Brasil, 1996 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm.

4. Telo SV, Witt RR. Sexual and reproductive health: team competences in Primary Health Care services. *Ciênc Saúde Colet*. 2018 [Citado 28 set 2022];23(11):3481-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica n. 26: Saúde sexual e reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.

6. Mozzaquatro CO, Arpini DM. Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e os novos desafios. *Psicol ciênc prof*. 2017 [Citado 28 set 2022];37(4):923-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001242016>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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: Ministério da Saúde, 2005 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

11. Lélis B, Eulálio V, Silva A, Bernardes N. Planejamento familiar: perspectiva de ações a serem implementadas na Estratégia de Saúde da Família – ESF. *Rev psicol*. 2019 [Citado 28 set 2022];13(45):1103-13. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v13i45.1729>.

12. Bezerra INM, Monteiro VCM, Nascimento JLD, Vieira NRS, Silva RPC da, Alcântara BDC de, Gonzaga MCA, Lima JCS, Machado FC. Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. *Rev Ciênc Plur*. 2019 [Citado 28 set 2022];4(3):82-90. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2018v4n3ID17293>.

13. World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990-2021. Geneva, 2023 [Citado 10 out 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf>.

14. Malavé-Malavé M. Infertilidade: o que pode ser feito? 2022 In: Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira [Internet]. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz. 2022 [Citado 10 out 2023]. Disponível em: <https://www.iff.fiocruz.br/index>.

15. Vieira MFC, Oliveira MLC. Protocolo de Atendimento Psicológico em um Serviço de Reprodução Humana Assistida do Sistema Único de Saúde – SUS. *Psicol teor pesqui*. 2018 [Citado 28 set 2022];34:e3449. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3449>.

16. Conceição TLC, Silva TV da, Cordovil DC, Carvalho T dos S, Pacheco JO, Cruz Neto MS da, Santana MSS, Miranda SO da S, Almeida BB, Vieira FN. Desvelando a reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde. *Res Soc Dev*. 2022 [Citado 28 set 2022];11(9):e18711931694. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31694>.

17. Marques PP, Morais NA de. A vivência de casais inférteis diante de tentativas inexitosas de reprodução assistida. *Av psicol latinoam*. 2018 [Citado 28 set 2022];36(2):299-314. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4315>.

18. Souza ÂM, Cenci CMB, Luz SK, Patias ND. Casais inférteis e a busca pela parentalidade biológica: uma compreensão das experiências envolvidas. *Pensando fam*. 2017 [Citado 28 set 2022]. 21(2):76-88. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200007&lng=pt&nrm=iso.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da

Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

20. Nasser MA, NemesII MIB, AndradellI MC, Prado RR do, Castanheira ERL. Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. *Rev Saúde Pública*. 2017 [Citado 28 set 2022];51:77. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006711>.

21. Paiva CCN, Caetano R. Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions in Primary Care: scope review. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2020 [Citado 28 set 2022];24(1):e20190142. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0142>.

22. Grangeiro YA, Feitosa PWG, Cruz PHMG, Matosa SP, Almeida BS. Reprodução humana assistida no Brasil: uma análise epidemiológica. *Rev Interfaces*. 2020 [Citado 28 set 2022];8(1):437-44. DOI: <https://doi.org/10.16891/717>.

23. Thable A, Duff E, Dika C. Infertility management in primary care. *Nurse Pract*. 2020 [Citado 28 set 2022];45(5):48-54. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000660356.18430.0a>.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018 [Citado 28 set 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_reprodutiva_homens_cuidado.pdf.

25. da Silva DJ, Santana BP de, Santos AL. Infertilidade: um problema de saúde pública. *Rev Uningá*. 2021 [Citado 28 set 2022];58:eUJ3044. DOI: <https://doi.org/10.46311/2318-0579.58.eUJ3044>.

26. Dias MG, Santos JS, Almeida DR, Rocha FC, Andrade Neto GR, Andrade DLB. Participação masculina no planejamento familiar. *HU rev*. 2017 [Citado 28 set 2022];43(4):349-54. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2017.v43.13866>.

27. Queiroz ABA, Mohamed RPS, Moura MAV, Souza IEO, Carvalho MCMP, Vieira BDG. Nursing work in assisted human reproduction: between technology and humanization. *Rev bras enferm*. 2020 [Citado 28 set 2022];73(3):e20170919. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0919>.

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: SBO, GMCC

Obtenção de dados: SBO, GMCC

Análise e interpretação dos dados: SBO, JGMR, BPA, MBS, ÍVAD, GMCC

Redação do manuscrito: SBO, JGMR, BPA, MBS, IVAD, GMCC

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: SBO, BPA, GMCC

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga – Editora-chefe

Helisamara Mota Guedes – Editor científico

Nota:

Não houve financiamento por agência de fomento. Essa pesquisa trata-se de um recorte de monografia de Final de Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, do ano de 2019.

Recebido em: 28/10/2022

Aprovado em: 28/12/2023

Como citar este artigo:

Oliveira SB, Rodrigues JGM, Alves BP, et al. Assistência à concepção na atenção primária em saúde. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2024;14:e4886. [Access_____];

Available in:_____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v14i0.4886>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.