

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

MICHELLE DA SILVA SCHONS

**O ACESSO E A PERMANÊNCIA DAS USUÁRIAS SEGUNDO RAÇA/COR NO
PROGRAMA DO SERVIÇO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE/RS**

PORTO ALEGRE

2016

MICHELLE DA SILVA SCHONS

**O ACESSO E A PERMANÊNCIA DAS USUÁRIAS SEGUNDO RAÇA/COR NO
PROGRAMA DO SERVIÇO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso como
requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharela em Saúde Coletiva pela
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Marilise O.
Mesquita

PORTO ALEGRE

2016

*“ É comum a gente sonhar, eu sei, quando vem o entardecer
Pois eu também dei de sonhar um sonho lindo de morrer
Vejo um berço e nele eu me debruçar com o pranto a me correr
E assim chorando acalantar o filho que eu quero ter
Dorme, meu pequenininho, dorme que a noite já vem
Teu pai está muito sozinho de tanto amor que ele tem (...)”*

O filho que eu quero ter

Vinicius de Moraes e Toquinho

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que durante os quatro anos desta graduação me deu saúde e determinação para que eu alcançasse a conclusão deste bacharelado. Tenho infinita gratidão aos meus pais, Luiz e Carmen, por terem me estimulado desde a infância a estudar sempre, e por terem me fornecido a melhor educação dentro de suas possibilidades e visões de mundo, assim como minha irmã Aline, que sempre me incentivou a alcançar meus desejos de realização pessoal.

Agradeço ao meu amigo, companheiro e marido, Mateus, por estar presente nos bons e maus momentos da minha vida, sempre com atitudes e demonstrações de carinho e amor, mesmo quando o estresse tomou conta de minha vida e tudo “parecia desabar”. Nada disso seria possível sem seu apoio, amor e compreensão. Sou grata aos meus sogros, Marli e Nilton, pelo apoio, estímulo constante e incondicional, sendo essenciais na realização e concretização de toda esta etapa da minha vida, assim como minha cunhada Daniela.

Também agradeço do fundo do meu coração à minha professora, orientadora, amiga e “ídala”, Marilise, por ter me acolhido e escolhido para fazer parte de seu mundo desde o primeiro semestre, me oportunizando experiências únicas dentro do meio acadêmico e fora dele, que levarei por toda a minha vida pessoal e profissional. Obrigado por ser quem tu és e ter me “aturado”, mesmo com meu “ótimo humor”! Sou grata à enfermeira Suzana, que gentilmente me concedeu espaço para a coleta de dados e informações de grande valia para a realização deste trabalho.

Agradeço também aos colegas de aula, na qual sem a amizade e companheirismo seria impossível ter chegado até o fim deste curso: Fabi, Carla, Bel, Maura, Graci, Vini, Nedel, Sá, Clari, Dani, Justi e Marina. Não poderia deixar de agradecer minhas colegas de bolsa, Grazy e Paula, que além de terem me divertido muito ao longo desta jornada, foram pacientes comigo nas minhas horas de “chilique” (#metaaberta #eusouryca).

Muito obrigada a todos vocês que me ajudaram a fazer isto possível!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	7
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
4.1 Etapa 1: Características sociodemográficas das usuárias que acessaram o serviço de reprodução assistida	14
4.2 Etapa 2: Características sociodemograficas e as razões para não permanência no tratamento para infertilidade	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ETAPA 1	34
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ETAPA 2.....	36

RESUMO

Introdução de 2 a 3 linhas....

A reprodução assistida.....

O objetivo do estudo foi descrever como se dá o acesso e a permanência das mulheres atendidas segundo raça/cor no Programa de Reprodução Assistida de um hospital universitário de Porto Alegre/RS, e caracterizá-las quanto aos aspectos raciais, sociodemográficos e econômicos. Foi um estudo transversal descritivo, com análise das entrevistas de 146 mulheres, todas as que receberam a primeira consulta de enfermagem no período de janeiro de 2013 a março de 2014. Os resultados apontaram que a maioria das mulheres eram residentes da Mesorregião Metropolitana, sendo 76% delas brancas e 24% pretas/pardas. A causa de infertilidade mais frequente, tanto para as mulheres brancas quanto para as pretas/pardas, foi aderência/obstrução das trompas, com 41% e 44%, respectivamente. Verificou-se que o acesso das mulheres negras ao programa foi proporcional à população destas no estado do Rio Grande do Sul. O estudo também salienta a importância da sensibilização do serviço de enfermagem para as diferenças étnicas/raciais das usuárias.

Palavras-chave: Reprodução assistida; Saúde da mulher; Infertilidade; Serviços de saúde.

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A reprodução assistida é uma importante área da saúde que contribui para solucionar as dificuldades dos casais para terem filhos biológicos. Estes são aspectos altamente valorizados em diversas sociedades e culturas. A procriação se liga não apenas à ideia de felicidade, mas também à de êxito pessoal, sendo possível afirmar que a impossibilidade de reprodução biológica fragiliza, de forma importante, homens e mulheres que se encontram em união (CORRÊA, 1997). A prevalência da infertilidade é estimada globalmente entre 8 a 10% dos casais que coabitam (LUNENFELD et al., 2004), e em 9% para países em desenvolvimento (BOIVIN et al., 2007).

As tecnologias reprodutivas, que têm sido aprimoradas ao longo das últimas décadas, são ferramentas que auxiliam os casais inférteis que desejam filhos biológicos. No entanto, apesar da primeira fertilização *in vitro* ter ocorrido em 1978 na Inglaterra, e em 1983 esta tecnologia ter chegado ao Brasil, ainda existem barreiras para o seu acesso, principalmente para as populações de baixa renda (MAKUCH et al., 2011). As tecnologias reprodutivas não são oferecidas pelo sistema público de saúde no Brasil, estando disponíveis apenas programas em hospitais universitários, e que nem sempre são custeados na sua integralidade. Em um estudo realizado nos centros de reprodução assistida no Brasil, os motivos mais comumente alegados pelos gestores para justificar a pouca oferta deste serviço foram tanto a inexistência de uma política decisiva para a sua implementação, como a falta de recursos humanos e fontes de financiamento (MAKUCH et al., 2010). Em outro estudo, no qual foram avaliados cinco centros públicos de reprodução assistida no Brasil, em quatro deles as usuárias tinham que pagar pela medicação e, em alguns casos, deviam pagar, ainda, uma taxa para cobrir os custos com equipamentos e procedimentos. Estas taxas e valores são incompatíveis com a possibilidade econômica da maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, indicando que grande parte da população brasileira tem barreiras econômicas para acessar as tecnologias reprodutivas mesmo no âmbito do serviço público (MAKUCH et al., 2011).

Estudos demonstram que a infertilidade está presente em mulheres de todos os continentes e etnias (BOIVIN et al., 2007). Tarun (2006) avaliou as diferenças sociodemográficas das usuárias de um serviço de reprodução assistida e observou que as mulheres afro-americanas apresentavam um maior período de infertilidade até chegarem ao serviço, ou seja, demoram mais tempo para acessar tratamentos, quando comparadas às mulheres brancas. Além disto, as negras e hispânicas apresentaram maior número de casos de

infertilidade de origem tubária, em relação às mulheres brancas, o que também foi verificado pelo estudo de Bendikson et al. (2005).

Wellons et al. (2012), em uma revisão sistemática sobre fatores étnicos e raciais incluídos nos dados da Sociedade para Tecnologias de Reprodução Assistida dos EUA, encontraram sete artigos que sugerem que existem disparidades significativas entre os resultados da reprodução assistida em mulheres de raças distintas - por exemplo, a taxa de nascidos vivos nas mulheres brancas foram as maiores, seguidas pelas asiáticas e hispânicas, sendo a taxa mais baixa a das mulheres negras americanas. Missmer et al. (2011) apontam que enquanto a demanda pelas tecnologias reprodutivas aumenta nos EUA, mais atenção deve ser dada às barreiras culturais que dificultam o cuidado com as questões relacionadas à infertilidade, que tem significados que devem ser considerados nas diferentes culturas, para que o sistema de saúde permita um acesso igualitário a todas as mulheres sem distinção de raça ou etnia.

No Brasil foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2007, que foi uma resposta do Ministério da Saúde brasileiro às desigualdades em saúde que acometem a população negra e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Segundo dados do Censo de 2010, a população do Brasil deixou de ser predominantemente branca (47,73%), antes, em 2000, era equivalente a 53,74% (IBGE, 2014). Nos Censos anteriores ao de 2010, os brasileiros autodeclarados brancos sempre foram maioria (CEINFO, 2011). Em contraste, no extremo sul do Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, a população de brancos continua a ser predominante, atingindo cerca de 83,3% (IBGE, 2010).

É importante destacar a relevância da variável raça/cor nos sistemas de informações de saúde para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais, pois as características que distinguem estes grupos podem subsidiar o planejamento de políticas públicas que levem em conta as necessidades específicas de cada um deles (BOLETIM RAÇA/COR, 2011). Entretanto, é recorrente a subnotificação da variável cor (quesito cor) na maioria dos sistemas de informação da área de saúde, o que tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da população negra no Brasil, inclusive a coleta de dados mais concretos sobre o racismo institucional.

Em Porto Alegre, destaca-se positivamente a Lei Municipal nº 8.470/2000, a qual estabelece a inclusão dos itens raça e etnia nos dados cadastrais da população (PORTO ALEGRE, 2000). Além disso, existem muitos fatores de resistência na coleta destes dados,

que vão desde o constrangimento do trabalhador de saúde em perguntar a raça/cor, até o do usuário em responder e ser discriminado. São as marcas do período do escravagismo ainda presentes na nossa sociedade.

Desde o início dos anos 2000, estudos como os de LOPES (2003) vêm apontando mais nitidamente o perfil das desigualdades raciais no acesso a serviços e a procedimentos em saúde; diferenciais de morbimortalidade em situações como mortalidade materna e infantil; e a inobservância de doenças de maior incidência entre a população negra como problema de saúde pública (BRASIL, 2005). Dados indicam que a população negra brasileira possui menor escolaridade, menor salário, reside nos bairros de periferia das grandes cidades e não tem acesso a vários direitos sociais. Assim, o espaço social que homens e mulheres, brancos e negros, ocupam na sociedade afeta diretamente o processo saúde, doença e morte. Produções acadêmicas, como, por exemplo, o estudo de Lopes (2003) problematizam a “saúde da população negra”, relacionando os conceitos de vulnerabilidade e racismo e seus impactos na saúde. Tal conceito pode ser analisado a partir de três dimensões: individual (condições socioculturais que afetam os sujeitos na promoção de sua saúde); social (posição dos sujeitos ou grupos nos processos sociais); e programática (condições institucionais promovidas por políticas públicas e distribuição de recursos) (AYRES et al., 2003).

De acordo com López (2012), se relacionarmos o conceito de racismo institucional com o de vulnerabilidade, evidencia-se uma continuidade nos mecanismos e condições institucionais de “fazer viver” e “deixar morrer” determinados segmentos da população, em conformidade com uma biopolítica. A pesquisa acadêmica de Leal, Gama e Cunha (2005) é uma das referências na desconstrução do racismo institucional no SUS. Nesse trabalho foram constatadas disparidades entre as mulheres pretas e pardas em relação às brancas, evidenciando a existência de dois níveis de discriminação: a educacional e a do pertencimento racial, e ambas perpassam a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de gestantes do município do Rio de Janeiro. Dentro dos serviços de saúde, de acordo com as autoras, as mulheres se diferenciaram segundo o grau de instrução e raça. No serviço de pré-natal, as mulheres pretas e pardas tiveram menor acesso à atenção adequada de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e também receberam diferenciado tratamento durante o parto, inclusive reduzido uso de anestesia. Essas diferenças no tratamento oferecido foram relatadas pelas mulheres ao avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos a elas.

De acordo com Nachtigall (2006), em países em desenvolvimento o casamento precoce é comum e há pouco esforço de forma voluntária para adiar a gravidez. Há uma alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e infecções como resultado de cuidados

de saúde inadequados, aumentando as taxas de infertilidade secundária. Também é observado que em países em desenvolvimento, não ter filhos é, muitas vezes, um estigma social, levando as mulheres inférteis ao sofrimento. Segundo o autor, uma minoria de países oferecem fertilização *in vitro*, e mesmo onde este tratamento está disponível, em média, é proibitivamente caro e utilizado por apenas uma fração daqueles que poderiam se beneficiar de seu uso.

Embora já existam algumas políticas públicas voltadas à saúde da população negra, considerou-se pertinente trabalhar com este tema porque esta é uma população que ainda encontra-se em situação de vulnerabilidade, especialmente no que diz respeito ao acesso e uso de determinados serviços de saúde. O conhecimento das diferenças raciais é fundamental para a criação de estratégias de intervenção que minimizem as iniquidades dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que este tem por objetivo a universalidade, a integralidade e a equidade. Apesar de a infertilidade ser um problema de saúde que afeta uma significativa parcela da população, serviços de Reprodução Assistida não são ofertados pelo SUS. Conforme Remoaldo et al. (2002), a infertilidade é uma situação carencial, pois mesmo que não ocorra o comprometimento da integridade física (e nem seja um risco vital), ela pode influenciar negativamente o psíquico da pessoa, do casal e muitas vezes da própria família. Dessa forma, pode produzir frustração e desmotivação, além de efeitos deletérios prolongados. Por se tratar de um problema de Saúde Pública deve ser tratado conjuntamente com outros problemas reprodutivos, como a contracepção, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), a gravidez e o parto.

Este tema, portanto, está inserido nas áreas de interesse da saúde coletiva por tratar-se de uma questão complexa, que abrange não apenas a saúde física, como a psíquica, social e cultural. Tendo em vista todos os aspectos mencionados, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Existe associação entre a raça/cor e o acesso e a permanência em programa de reprodução assistida?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o acesso e a permanência das usuárias segundo raça/cor no programa do serviço de reprodução assistida de um hospital universitário de Porto Alegre/RS.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar aspectos raciais, econômicos e sociodemográficos das mulheres que acessam o serviço de reprodução assistida, encaminhadas pela atenção básica;

Discutir sobre as condições socioeconômicas e demográficas que propiciam o sucesso do tratamento;

Relatar as dificuldades ocorridas durante o tratamento para infertilidade nas mulheres brancas e negras;

Conhecer os diagnósticos/causas de infertilidade auto-referido pelas usuárias.

3 METODOLOGIA

O tipo de estudo foi transversal descritivo realizado através de uma abordagem quali-quantitativa. Segundo Minayo (2007b, p. 21), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”, e tem como objeto a produção humana, representada pelo mundo das relações, das representatividades e da intencionalidade. A pesquisa quantitativa investiga a realidade com a finalidade de evidenciar dados, indicadores e tendências observáveis, enfatizando os atributos mensuráveis das experiências do ser humano (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009; SERAPIONI, 2000).

O campo de estudo foi o serviço de Reprodução Assistida de um hospital universitário de Porto Alegre/RS, que é referência estadual às mulheres encaminhadas pelas Unidades Básicas da rede do SUS. O serviço de reprodução assistida faz parte de um programa próprio do hospital, sendo responsabilidade das usuárias apenas a compra das medicações indicadas no tratamento. O programa dispõe de três tipos de tecnologias de reprodução assistida: Inseminação Intrauterina (IIU), Fertilização *In Vitro* (FIV) e Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) (FUGIMOTO et al., 2010). Para fazer parte deste programa, são necessários os seguintes pré-requisitos: a usuária deve ter até 35 anos de idade no dia da primeira consulta de enfermagem; o casal deve estar ciente dos custos com os medicamentos; e a paciente (ou o casal) deverá concordar em fazer um curso preparatório antes do início do tratamento. O programa prevê a utilização de três ciclos estrais para serem realizados os procedimentos da reprodução assistida (IIU, FIV e ICSI). A usuária uma vez dentro do programa pode realizar suas três tentativas no momento em que desejar. Muitas vezes, em função dos custos com medicação ou outros motivos pessoais, as tentativas são adiadas por anos.

População/amostra: foi realizado um estudo censitário, onde foram entrevistadas presencialmente todas as mulheres (144 usuárias) que tiveram acesso ao programa no período de janeiro de 2013 a março de 2014, sem critérios de exclusão. Na segunda etapa da pesquisa, que ocorreu entre outubro e novembro de 2015, foram entrevistadas novamente por telefone 40 destas usuárias.

Coleta de dados/informação: A coleta de dados da primeira etapa ocorreu por meio de um instrumento de pesquisa estruturado contendo questões que avaliavam o acesso ao serviço e caracterizavam as entrevistadas quanto às condições socioeconômicas, culturais, demográficas e étnico raciais (APÊNDICE A). Na segunda etapa do trabalho, as entrevistas foram realizadas por telefone através de um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B) que compreenderam perguntas sobre as razões para não permanência no tratamento para infertilidade, dificuldades, sucesso ou insucesso do tratamento.

Análise dos dados/informação A análise dos dados seguiu as etapas da estatística descritiva, mediante o cálculo de distribuição de frequência e de medidas de tendência central, dispersão. As perguntas com respostas abertas seguiram a metodologia de análise qualitativa. A estatística descritiva se ocupa da coleta, organização e descrição dos dados obtidos, visando apresentar determinada realidade a partir de fatos e/ou fenômenos (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Aspectos Ético: Respeitando os preceitos éticos, todas as entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido em duas vias, permanecendo uma via com cada entrevistada conforme as normas expressas na resolução nº 496 de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 23641.

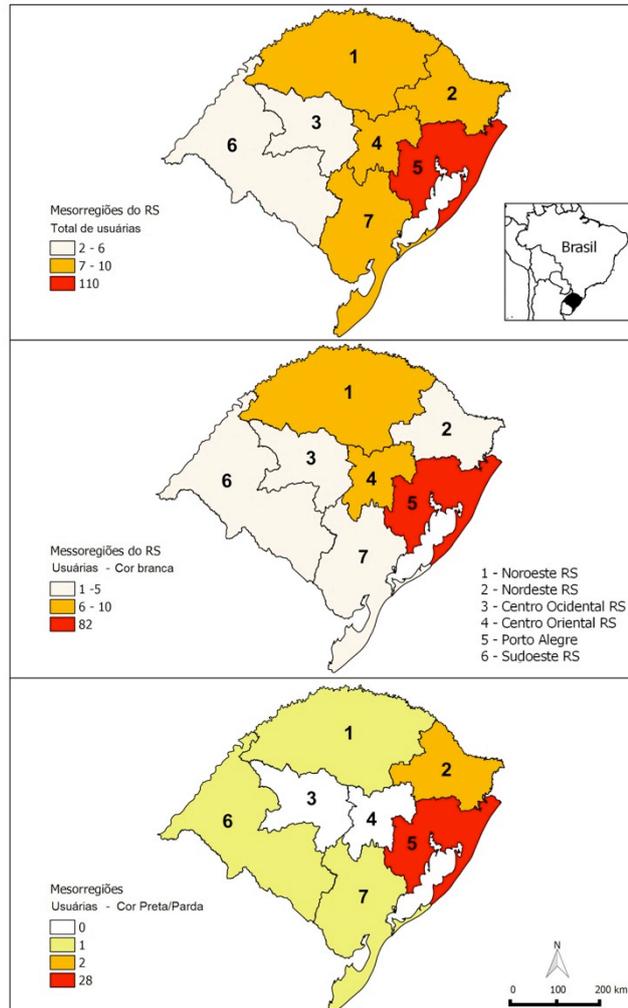
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características sociodemográficas das usuárias que acessaram o serviço de reprodução assistida

Na primeira etapa do estudo foram entrevistadas 34 mulheres pretas/pardas e 110 mulheres brancas. Foi possível observar que a raça/cor predominante das mulheres que foram atendidas neste serviço de reprodução assistida é a branca, atingindo um percentual de 76% do total de mulheres entrevistadas, *versus* 24% de pretas/pardas. Estas proporções estão próximas das encontradas no Censo de 2010 para o Rio Grande do Sul, onde a população de mulheres brancas é de 4.597.000, e a população de mulheres pretas e pardas é 574.000, estas últimas equivalendo a um percentual de 12.5% do total de mulheres no estado (IBGE, 2010).

A Figura 1 demonstra a distribuição dos domicílios das usuárias dentro do estado do Rio Grande do Sul, para ilustrar o deslocamento em busca do programa de reprodução assistida gratuito deste hospital universitário. Como pode ser visto, a maioria das usuárias, tanto pretas/pardas (82%) quanto brancas (74%), residiam na Mesorregião Metropolitana.

Figura 1 - Distribuição por mesorregião das usuárias do serviço de reprodução assistida no período de janeiro de 2013 a março de 2014



Fonte: Elaborada pela autora

Conforme a Figura 1, a maioria das mulheres pretas/pardas (82%) residiam na Mesorregião Metropolitana do estado do Rio Grande do Sul. Para as mulheres brancas, a concentração na Mesorregião Metropolitana foi de 75%. Esta observação pode demonstrar uma dificuldade para acessar o serviço por parte das mulheres negras que vivem em regiões mais distantes da capital, sendo então representadas em sua maioria, pelas moradoras mais próximas ao serviço.

Neste estudo, 65% das mulheres declararam não possuir dificuldades de acesso às consultas e ao tratamento no serviço de Reprodução Assistida deste hospital. No entanto, para 35% das usuárias, as dificuldades relatadas foram relacionadas à distância das suas residências até o hospital, e também à falta de recursos financeiros, tanto para acessar o

serviço, quanto para realizar a compra dos medicamentos necessários para dar continuidade ao tratamento. Essas dificuldades foram relatadas por 12% das mulheres autodeclaradas pretas/pardas e por 24% das brancas. Em uma revisão sobre os trabalhos apresentados na Conferência sobre Problemas Reprodutivos em Mulheres de Cor (tradução livre dos autores “Conference on Reproductive Problems in Women of Color”), Fujimoto et al. (2010) destacou que a primeira barreira para o acesso de mulheres negras e hispânicas às tecnologias de reprodução assistida nos EUA é de ordem financeira; ele também mostra a desvantagem destas mulheres no acesso ao serviço, o que também já foi verificado no estudo de Lunenfeld et al. (2004).

Com relação à escolaridade, as entrevistadas pretas/pardas e brancas, em sua maioria, apresentaram ensino médio completo e/ou superior incompleto (56% e 46%, respectivamente). As brancas obtiveram maior frequência no ensino superior completo e/ou pós-graduação (20%). Por outro lado, as pretas/pardas apresentaram maior frequência no ensino fundamental incompleto (23%) (Tabela 1).

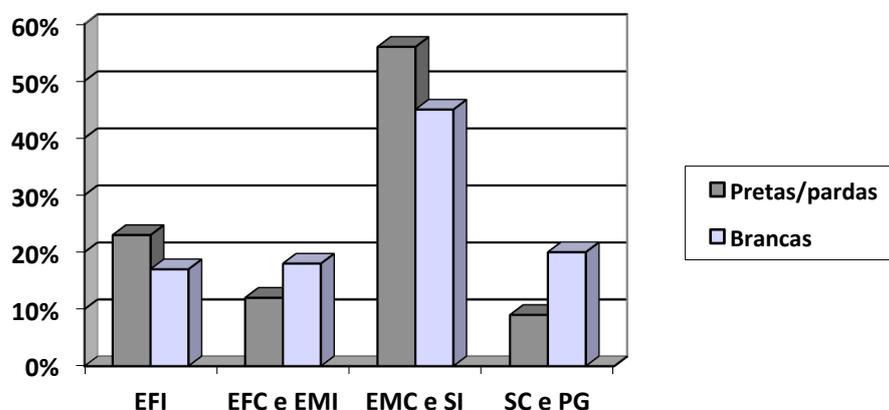
Tabela 1 – Distribuição por escolaridade e raça/cor das usuárias que acessaram o serviço de reprodução assistida no período de janeiro de 2013 a março de 2014

RAÇA/COR	EFI	EFC e EMI	EMC e ESI	ESC e PG
Branças	17%	18%	45%	20%
Pretas/ Pardas	23%	12%	56%	9%

Fonte: Elaborada pela autora. EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EFC= Ensino Fundamental Completo; EMI= Ensino Médio Incompleto; EMC= Ensino Médio Completo; ESI= Ensino Superior Incompleto; ESC= Ensino Superior Completo; PG= Pós-Graduação;

Com relação à escolaridade das usuárias entrevistadas, os resultados revelam que as brancas tiveram mais anos de estudo que as negras. No Brasil, embora o cenário atual seja de redução das desigualdades sociais, ainda persistem padrões diferenciados de participação na educação e no mercado de trabalho que afetam de forma específica as mulheres, em especial, as mulheres negras. Segundo Bendikson (2005), no quesito educação, as mulheres negras e hispânicas têm em média menos quatro anos de estudo, quando comparadas com as mulheres brancas.

Gráfico 1 - Distribuição por escolaridade e raça/cor das usuárias do serviço de reprodução assistida no período de janeiro de 2013 a março de 2014.



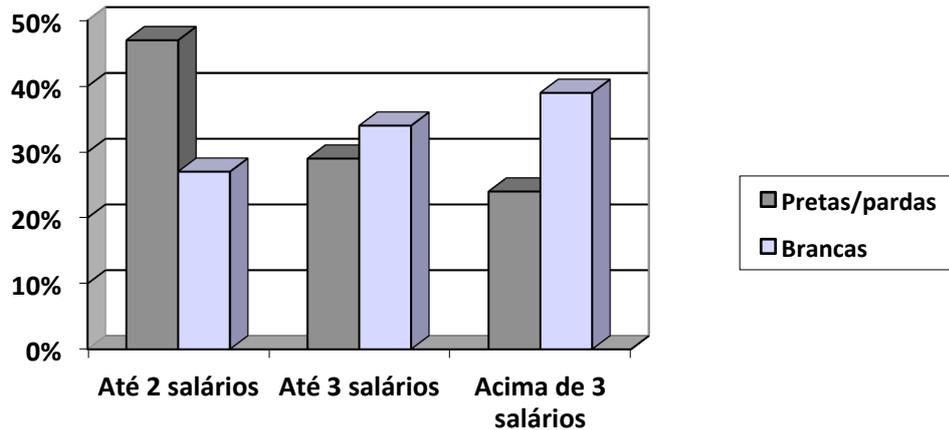
Fonte: elaborada pela autora.

Em relação à ocupação, a metade das pretas/pardas (53%) possuía trabalho fixo, 27% eram do lar e 21% autônomas. Quanto às mulheres brancas, 70% possuíam trabalho fixo, e apenas 16% e 12% eram do lar e autônomas, respectivamente. Destaca-se também o fato de que um terço das mulheres pretas/pardas eram do lar, enquanto apenas um sexto das brancas tinha a mesma ocupação. Esses números, mesmo analisados de forma descritiva, fazem refletir sobre as consequências da atual posição da mulher negra em nosso país. Em geral, os territórios brasileiros mais empobrecidos se relacionam com a distribuição de raça/cor das populações, implicando que sejam os negros os que ocupam as posições menos qualificadas e pior remuneradas no mercado de trabalho. São os negros os que apresentam os níveis mais baixos de instrução, os que residem em áreas com menos serviços de infraestrutura básica e os que sofrem maior restrição no acesso aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Quanto a renda familiar, para as mulheres pretas/pardas, 24% estavam na faixa acima dos três salários mínimos, seguida por três salários (29%), e até dois salários (47%). Já para as mulheres brancas, 39% estavam na faixa acima dos três salários mínimos, seguida por três salários (34%), e até dois salários (27%). Corroborando com a desigualdade racial nas questões socioeconômicas, o presente estudo demonstrou que as mulheres brancas entrevistadas possuíam renda maior do que as pretas/pardas - quase a metade destas recebia até dois salários mínimos como renda familiar. Um estudo populacional realizado em uma cidade no sul do Brasil mostrou que à medida que ocorre um "escurecimento" da pele, pioram

as condições de acesso destas mulheres ao mercado de trabalho, refletindo diretamente nas condições socioeconômicas (OLINDO, 2000).

Gráfico 2 - Distribuição por raça/cor da renda familiar das usuárias do serviço de reprodução assistida, no período de janeiro de 2013 a março de 2014.



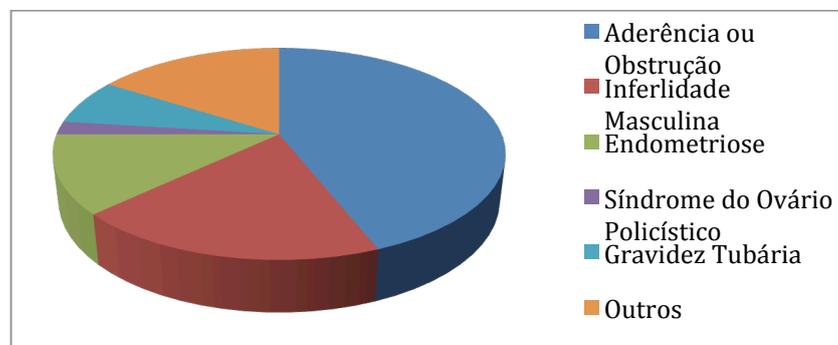
Fonte: elaborada pela autora.

Com relação à religiosidade das usuárias, em sua maioria, eram católicas, porém com maior representação das mulheres brancas (65%) do que as pretas/pardas (56%). Em menor proporção, entre as pretas/pardas, estavam as ateias/outras (15%), e entre as brancas, estavam as protestantes (19%). Apenas 2% das brancas e 6% das pretas/pardas eram de religiões de matriz africana. O tema religião foi discutido no estudo de Gradwohl (2013), que demonstrou sua importância no enfrentamento da infertilidade. Entretanto, outros autores não encontraram associação entre a religião e a busca pelo tratamento para infertilidade, apesar de afirmarem que a maioria das religiões enfatiza a importância da paternidade e dos valores familiares, sugerindo uma associação positiva entre religião e o uso do serviço de infertilidade (KESSLER et al., 2013).

A causa de infertilidade referida mais frequente, tanto para as mulheres pretas/pardas quanto para as brancas, foi aderência/obstrução das trompas, com 44% e 41%, respectivamente. Outros impedimentos mais frequentemente encontrados nas mulheres pretas/pardas foram infertilidade masculina (19%) e endometriose (12%); para as brancas as outras causas frequentes foram endometriose (18%) e infertilidade masculina (18%). A síndrome de ovários policísticos teve a frequência de 2% nas pretas/pardas e 9% nas brancas. A gravidez tubária apareceu em igual proporção entre pretas/pardas (7%) e brancas (5%).

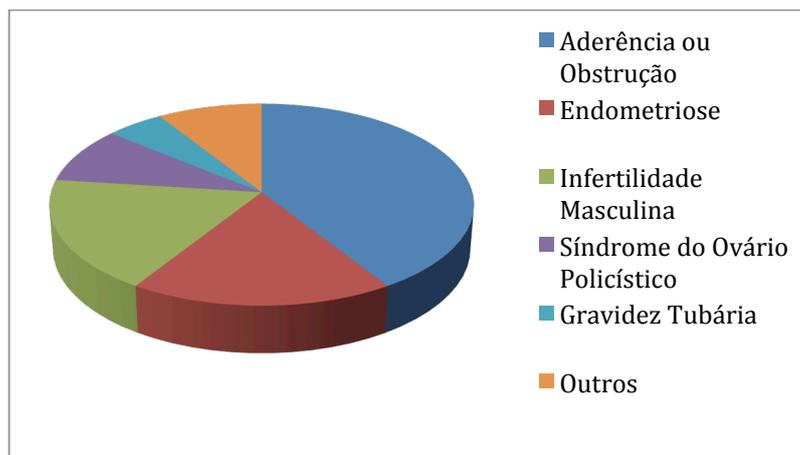
Observa-se, no entanto, que neste estudo os grupos de mulheres (brancas e pretas/pardas) não foram homogêneos em função do acesso naturalmente desigual pela maior proporção de mulheres brancas no estado. A causa de infertilidade mais frequente nas mulheres entrevistadas no programa de reprodução assistida foi aderência/obstrução das trompas. Pesquisas de Tarum (2006) e Benkdison et al. (2005) avaliaram que as negras e hispânicas apresentaram maior número de casos de infertilidade de origem tubária, quando comparadas com as mulheres brancas. Nos países desenvolvidos, em função de fatores socioeconômicos, as mulheres tendem a se casar mais tarde e adiam a maternidade, apresentando, portanto, dificuldades para gestar de ordem primária. Nos países em desenvolvimento, ocorre o contrário: os casamentos se dão mais cedo, não há tanta preocupação em adiar a maternidade, o que facilita a contaminação com DSTs. World Health Organization (2001) e Larsen et al. (2005) enfatizam que a maior causa de infertilidade nestes países é de ordem secundária, por infecções pélvicas sexualmente adquiridas, ou por inadequados cuidados em momentos de aborto ou puerpério. Abaixo são mostradas as causas mais recorrentes de infertilidade entre as mulheres autodeclaradas pretas/pardas e as autodeclaradas brancas.

Gráfico 3-Causas de infertilidade das mulheres Pretas/ Pardas



Fonte: Elaborada pela autora.

Gráfico 4 -Causas de infertilidade das mulheres Brancas



Fonte: Elaborada pela autora

4.2 Características sociodemográficas e as razões das usuárias para não seguirem o tratamento para infertilidade

A segunda etapa deste estudo foi realizada entrevistando novamente, por telefone, 40 mulheres escolhidas aleatoriamente dentre as 144 já entrevistadas presencialmente. O propósito desta nova abordagem foi saber o resultado do tratamento realizado para infertilidade por estas mulheres. As perguntas foram no sentido de conhecer quantas delas, de acordo com suas características sociodemográficas, obtiveram ou não sucesso no tratamento. Outro fator pesquisado foi o abandono do tratamento em razão dos elevados custos com as medicações, ou por outros motivos.

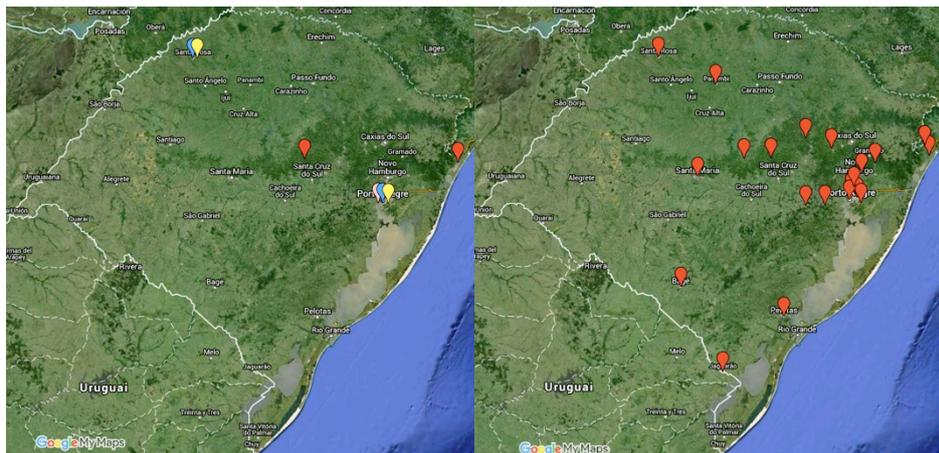
Destas 40 usuárias, sete engravidaram com o tratamento e 33 no momento da entrevista ainda não haviam engravidado. Das 40 usuárias 31 eram brancas e 9 pretas/pardas. Com relação as idades: 5% tinham entre 20 a 25 anos; 22,5% entre 26 e 30 anos; 47,5% estavam na faixa etária dos 31 a 35 anos; 22,5% entre 36 e 40 anos; e apenas uma (2,5%) com mais de 40 anos de idade. Observou-se que a maior concentração de idade foi na faixa de 31 a 35 anos. A única mulher com mais de 40 anos provavelmente iniciou o tratamento antes dos 35, pois, segundo um dos critérios do programa, as mulheres devem ter até 35 anos na primeira consulta.

O quesito raça/cor foi dado destaque para que fosse verificado o acesso da mulher negra no serviço de Reprodução Assistida, tal como na primeira etapa do trabalho. Na entrevista foi verificado que nove das 40 usuárias eram negras (22,5%). Este número é proporcional a população desta raça/cor no estado do Rio Grande do Sul, evidenciando um acesso igualitário ao serviço.

As localidades de origem das 40 usuárias foram: 15 da cidade de Porto Alegre (37,5%); 10 (25%) da região metropolitana e 15 (37,5%) do interior do estado das mais diversas regiões. Observou-se a predominância de usuárias na região metropolitana (62,5%). As usuárias do interior do estado, além da distância do serviço, também enfrentam o preconceito, uma vez que as cidades do interior podem oferecer maiores barreiras culturais que impedem a busca pelo atendimento ao serviço gratuito para tratamento de infertilidade.

A Figura 2 demonstra a localidade de moradia das 40 usuárias reentrevistadas e a concentração destas na região metropolitana. A Figura 2 também demonstra a localidade das sete usuárias que engravidaram com o tratamento e das 33, que no período da entrevista, não haviam engravidado.

Figura 2 - Mapa da esquerda, municípios das usuárias que engravidaram; mapa da direita, municípios das usuárias que desistiram ou estão em tratamento



Fonte: Google Maps (2015).

Com relação ao tipo de tratamento para infertilidade, 90% das mulheres realizaram ou irão realizar a Fertilização In Vitro (FIV). Segundo Squires e Kaplan (2007), a FIV é muito utilizada, pois engloba muitos problemas reprodutivos, como a obstrução das trompas de falópio, a endometriose ou até mesmo alguns problemas relacionados com a infertilidade masculina, como, por exemplo, a oligospermia (baixa contagem de espermatozoides). Além disso, a FIV é usada para a infertilidade inexplicada e também quando há falha para responder a outros tratamentos. Para Silva e Bahamondes (2005), as técnicas de Reprodução Assistida (RA) têm se aperfeiçoado de modo notável em todo o mundo, e após o primeiro nascimento, milhões de crianças nasceram pelas diferentes modalidades de FIV. O trabalho de Moura et al. (1999), demonstra o elevada utilização desta tecnologia reprodutiva. Das 40 pacientes

analisadas em seu estudo, 14 (33%) tentaram IUI, ao passo que 32 pacientes (77%) foram submetidas à FIV.

Sobre o desfecho do tratamento para infertilidade realizado pelas usuárias, sete das 40 mulheres engravidaram (17,5%). Esta taxa está um pouco abaixo da taxa usualmente conseguida no próprio programa de reprodução assistida deste hospital universitário, que, segundo Corleta (2010), gira em torno de 25%. Das sete usuárias que engravidaram, duas conseguiram na primeira tentativa, quatro na segunda e uma na terceira. É possível se observar que seis das sete mulheres que engravidaram (86%) possuíam ensino médio completo, e apenas uma delas possuía ensino fundamental incompleto. Abaixo, na tabela 2, a relação das usuárias entrevistadas na segunda etapa do trabalho com algumas características sociodemográficas:

Tabela 2- Usuárias que engravidaram e características sociodemográficas

Usuária	Idade	Gravidez (nº tentativas)	Raça/ Cor	Residência	Escolaridade
1	35	1	Branca	Sinimbu	EMC
2	35	1	Branca	Santa Rosa	EMC
3	31	2	Branca	Porto Alegre	EFI
4	33	2	Branca	Três Cachoeiras	EMC
5	37	2	Preta/ Parda	Porto Alegre	EMC
6	36	2	Preta/ Parda	Porto Alegre	EMC
7	38	3	Branca	Santa Rosa	ESC

EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EMC= Ensino Médio Completo; ESC= Ensino Superior Completo;

Fonte: Elaborada pela autora

Com relação às usuárias que não engravidaram (33), três delas utilizaram todas as três tentativas que têm por direito, porém não engravidaram. Neste caso, se as usuárias não ultrapassaram os 35 anos, podem novamente entrar no programa, encaminhadas pela atenção básica. A tabela abaixo mostra as três usuárias que usufruíram de suas três tentativas mas não engravidaram.

Tabela 3- Usuárias que usufruíram de suas tentativas

Usuária	Idade	Raça/ Cor	Residência	Escolaridade
1	34	Branca	Sapucaia do Sul	EMC
2	32	Branca	Pelotas	EFI
3	26	Preta/ Parda	Panambi	EMC

EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EMC= Ensino Médio Completo

Fonte: Elaborada pela autora

A respeito dessas usuárias destacam-se as idades, que neste caso, não ultrapassaram a idade limite para entrar no programa de reprodução assistida desse hospital. O programa só permite três tentativas de fertilização por usuária, entretanto, se a paciente não obtiver sucesso, ela poderá retornar ao programa desde que possua até 35 anos.

Entre as 33 pacientes entrevistadas que não engravidaram 14 não iniciaram o tratamento, não realizando, portanto, nenhum tipo de biotecnologia reprodutiva. Os dados dessas pacientes e os motivos pelo qual não iniciaram o tratamento estão expostos nas tabelas 4 e 5 abaixo.

Tabela 4- Usuárias que não iniciaram o tratamento

Usuária	Idade	Raça/ Cor	Residência	Escolaridade
1	35	Branca	Jaquarão	EFI
2	32	Branca	Sapucaia do Sul	EMC
3	36	Branca	Porto Alegre	EFC
4	37	Branca	Viamão	EFI
5	30	Branca	Porto Alegre	EFC
6	34	Branca	Viamão	EMC
7	34	Preta/ Parda	Porto Alegre	EMC
8	29	Preta/ Parda	Porto Alegre	PG
9	30	Branca	Porto Alegre	ESI
10	34	Branca	Sapiranga	EMC
11	34	Branca	Viamão	EMC
12	29	Branca	Bagé	EMC
13	26	Parda	Viamão	EMC
14	36	Branca	Eldorado do Sul	EMC

EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EFC= Ensino Fundamental Completo; EMI= Ensino Médio Incompleto; EMC= Ensino Médio Completo; ESI= Ensino Superior Incompleto; ESC= Ensino Superior Completo; PG= Pós-Graduação;

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 5- Motivos que levaram as usuárias a não iniciarem o tratamento

Usuária	Motivo
1	Problemas de saúde a impossibilitou financeiramente
2	Não pode dar continuidade por motivo financeiro
3	Não pode dar continuidade por motivo financeiro
4	Não pode dar continuidade por motivo financeiro
5	Não pode dar continuidade por motivo financeiro
6	Não pode dar continuidade por motivo financeiro
7	Não pode dar continuidade por motivo financeiro
8	Problemas de saúde do marido impossibilitou psicologicamente o casal de dar continuidade no tratamento
9	Se acidentou e desde então tem vivido uma situação de grande sofrimento físico e mental

10	Descobriu que possui útero septado impossibilitando a continuidade do tratamento
11	Não pode iniciar tratamento porque não está menstruando regularmente. Iniciou recentemente o uso de medicação para tentar normalizar o ciclo
12	Ainda não pode fazer a primeira tentativa por causa de problemas familiares
13	Se separou do ex-marido que era infértil. Engravidou do novo marido.
14	Se separou (o ex-marido era o infértil da relação)

Fonte: Elaborada pela autora.

Como pode ser observada, grande parte das razões para a desistência do tratamento para infertilidade foi de origem financeira. Segundo Gabiatti et al. (2003), a maioria da população brasileira não tem acesso a serviços de reprodução humana ou condições financeiras para arcar com os altos custos de medicação e procedimentos em reprodução assistida. Por muitos anos, restou a estes casais menos favorecidos aguardar em intermináveis filas de espera ou simplesmente aceitar sua condição e decidir-se pela adoção. Na pesquisa realizada por Makuchetal. (2011), em todos os serviços incluídos em tal estudo (em que os pacientes precisavam pagar para o procedimento), uma estratégia comum para a redução de custos do tratamento foi realizar alguns procedimentos, como monitoramento por ultrassom ou testes laboratoriais, através de serviços ofertados pelo SUS. Outros custos, tais como as medicações utilizadas para o desenvolvimento folicular, e em alguns casos, anestesia e materiais descartáveis, foram cobrados diretamente dos pacientes. A infertilidade é uma situação carencial que embora não comprometa a integridade física, nem seja um risco vital, pode influenciar negativamente o desenvolvimento psíquico da pessoa, do casal e muitas vezes da própria família, produzindo frustração e desmotivação que podem ter efeitos deletérios prolongados. Por se tratar de um problema de saúde pública, deve ser tratado conjuntamente com outras questões reprodutivas, nomeadamente, a contracepção, as DSTs, a gravidez e o parto. (REMOALDO et al., 2002).

Das 33 mulheres entrevistadas que não engravidaram três ainda não haviam utilizado as três tentativas de fertilização que o programa disponibiliza, mas desistiram de continuar tentando segundo os motivos relatados, conforme mostra as tabelas 6 e 7 abaixo.

Tabela 6- Usuárias que desistiram do programa de reprodução assistida sem ter utilizado suas três tentativas

Usuária	Idade	Raça/Cor	Residência	Escolaridade	Tentativas
1	44	Branca	Sapucaia do Sul	EFI	2
2	34	Preta/Parda	Alvorada	ESI	2
3	38	Branca	Porto Alegre	PG	2

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 7-Motivos das usuárias que desistiram do programa de reprodução assistida sem ter utilizado suas três tentativas

Usuária	Motivo
1	Fez uso de duas tentativas e desistiu por motivos emocionais de usar a terceira.
2	Tem endometriose profunda. Acabou de entrar na fila de adoção. Desistiu do tratamento pois a chance de obter sucesso é quase nula, além de ser algo extremamente desgastante em todos os sentidos.
3	Não quer mais fazer a terceira tentativa, pois chegou ao seu limite psicológico.

Fonte: Elaborada pela autora.

Para os casais inférteis e suas famílias, a reprodução assistida não é um processo simples, pois pode envolver perdas e tristezas traumáticas, sentimentos de inadequação e inveja, além de um período quase sempre longo de interação com os médicos, que se tornam extremamente envolvidos na vida do casal (MCDANIEL et al., 1994). No estudo de Spotorno (2005), as mulheres entrevistadas revelaram diversos sentimentos desencadeados pela decisão de realizar o tratamento para infertilidade, tais como: ansiedade, frustração, nervosismo, grande expectativa de gravidez, vontade desesperada de ter um filho, ter de lidar com a dor do marido e familiares. Treze entrevistadas que não engravidaram, e ainda não haviam utilizado suas três tentativas de tratamento, apresentam alguns motivos para adiar novas fertilizações, conforme mostra as tabelas 8 e 9 abaixo.

Tabela 8- Usuárias que não engravidaram, mas adiaram novas fertilizações.

Usuária	Idade	Raça/ Cor	Residência	Escolaridade	Nº Tentativas
1	35	Branca	Mampituba	EMC	1
2	24	Preta/ Parda	Porto Alegre	EMI	1
3	30	Branca	Sobradinho	EMI	1
4	30	Preta/ Parda	Porto Alegre	EMC	1
5	39	Branca	Santa Maria	EMC	1
6	27	Branca	Butiá	EMC	1
7	37	Branca	Garibaldi	EMC	1
8	37	Branca	Dr. Ricardo	EMC	2
9	34	Branca	Porto Alegre	EMC	2
10	24	Branca	Canoas	EMC	2
11	35	Branca	Dom Pedro de Alcântara	ESC	2
12	35	Branca	Porto Alegre	EMC	2
13	33	Branca	Porto Alegre	EMC	2

Fonte: Elaborada pela autora.

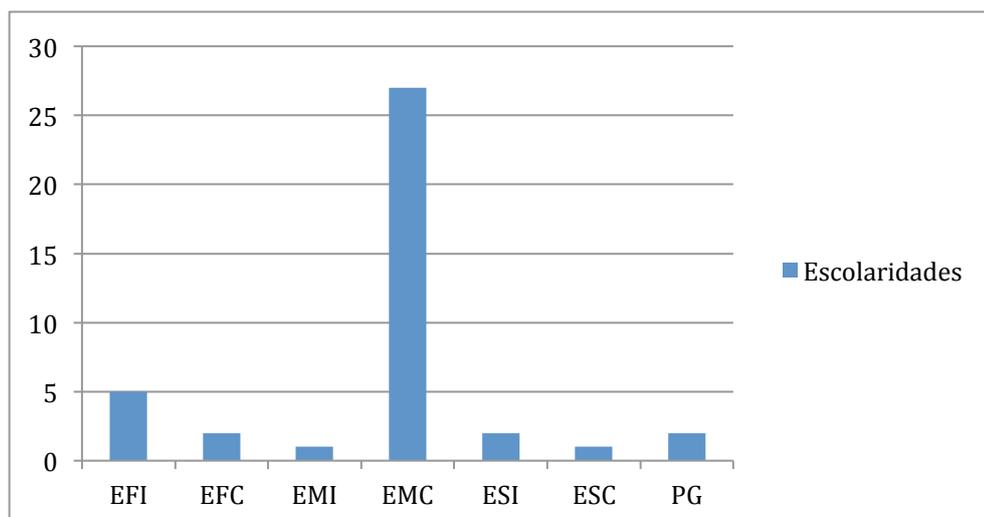
Tabela 9- Usuárias que não engravidaram e os motivos para adiarem novas fertilizações

Usuária	Motivo
1	Fez uma tentativa, mas não conseguiu engravidar. Pretende fazer mais uma tentativa em breve (está se organizando financeiramente e emocionalmente).
2	Está se preparando financeiramente para fazer a próxima tentativa.
3	Não teve condições financeiras de fazer outras.
4	Pretende fazer uso de mais uma das tentativas em breve (está se organizando financeiramente para isso).
5	Fez uma tentativa. Está se preparando financeiramente para fazer a próxima.
6	Usou apenas uma das tentativas e teve aborto. Ainda quer fazer as outras tentativas. Está juntando dinheiro para isso.
7	Problemas familiares.
8	Teve gravidez ectópica na primeira tentativa com aborto.
9	Aguardando passar um tempo para fazer a próxima.
10	Faria a terceira tentativa na mesma semana da entrevista.
11	Fez uma tentativa. Irá tentar a próxima em breve.
12	Usuária fez uso de duas tentativas e se prepara para fazer a última que é sua por direito.
13	Pretende fazer a última tentativa em breve.

Fonte: Elaborada pela autora.

No Brasil há raros serviços que dispõem do tratamento gratuito ou semigratuito para infertilidade, e ainda assim a falta de recursos impossibilita a repetição de ciclos de fertilização por muitos casais. Luna (2007) pesquisou vários serviços públicos de reprodução humana e concluiu que todos impunham limitações de acesso, como idade da mulher e seu estado conjugal, e observou nos serviços a discussão de adoção de critérios ainda mais restritivos, como renda familiar e filhos de casamentos anteriores, com a justificativa de que não há disponibilidade de recursos para atender a todos.

A escolaridade das mulheres entrevistadas mostra que o padrão socioeconômico não é compatível com o tratamento para infertilidade no setor privado de saúde. Em geral as mulheres encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde do sistema único de saúde brasileiro possuem baixa renda, sendo este o principal motivo observado pela desistência dos tratamentos. O Gráfico 3 demonstra a escolaridade das usuárias atendidas no programa de fertilização assistida, e destaca a baixa escolaridade.

Gráfico 3- Escolaridade das entrevistadas

Fonte– elaborada pela autora. Abreviações: EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EFC= Ensino Fundamental Completo; EMI= Ensino Médio Incompleto; EMC= Ensino Médio Completo; ESI= Ensino Superior; ESC= Ensino Superior Completo; PG= Pós- graduação

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou caracterizar aspectos raciais, econômicos e sociodemográficos das mulheres que acessam o serviço de reprodução assistida, encaminhadas pela atenção básica e discutir sobre as condições que propiciam o sucesso do tratamento, destacando as dificuldades ocorridas para o tratamento da infertilidade nas mulheres brancas e negras. O levantamento da bibliografia sobre os aspectos que envolvem programas de Reprodução Assistida no Brasil e no exterior, em especial às mulheres pretas/pardas, que diz respeito a acessibilidade e permanência no tratamento, foi de extrema importância para o cumprimento do objetivo geral e dos objetivos específicos estabelecidos.

Em resposta à questão norteadora desta pesquisa, pode-se dizer que o atendimento realizado pelos profissionais deve considerar as especificidades étnico/raciais, contribuindo para aprimorar o acesso igualitário aos serviços de saúde. O preenchimento do quesito raça/cor fornece importantes indicadores não só para a formulação de políticas públicas voltadas ao melhor atendimento à saúde da população negra, como para aprimorar os protocolos terapêuticos. Foi observado tanto na primeira, quanto na segunda etapa do trabalho, que as mulheres pretas/pardas tiveram acesso e permaneceram no serviço, em proporção semelhante as mulheres brancas, de acordo com a representatividade desta raça/cor no estado do Rio Grande do Sul.

O número de mulheres atendidas no primeiro período do estudo indica o quanto é reduzido o acesso ao serviço gratuito para tratamento da infertilidade no estado do Rio Grande do Sul. Apesar de a medicação ter um custo elevado e necessitar ser custeada pela usuária, há filas de espera para o atendimento. Mesmo que a infertilidade seja considerada um problema de saúde pública, o SUS não cobre os custos dos serviços de técnicas de reprodução assistida, o que limita o acesso da população de baixa renda a estas tecnologias. Dessa forma, como foi visto na segunda etapa do trabalho, 35% das mulheres desistiram do tratamento sem realizar nenhuma tentativa, a grande maioria por dificuldades financeiras. Motivações psicológicas também foram relatadas como causa de desistência, após uma ou duas tentativas de fertilização sem sucesso.

Como recomendações esta investigação propõe estudos mais aprofundados na temática do acesso da mulher negra nos serviços de saúde. A ampliação do conhecimento acerca do acesso aos serviços de saúde com o viés da raça/cor das usuárias, também possibilitará a maior compreensão das dificuldades que estas enfrentam para realizarem o tratamento para a infertilidade.

Uma das limitações do estudo foi a dificuldade na localização das usuárias na etapa da entrevista não presencial. Uma parcela das usuárias trocou de telefone, ou não quiseram responder as perguntas. O contato posterior com as usuárias sempre é complicado, sendo este um fator importante para a falta de acompanhamento dos tratamentos das mesmas.

Outra limitação diz respeito a autodeclaração da raça/cor. Muitas usuárias não tem o costume de responder a esta pergunta. Muitas delas nem sabiam como definir a sua raça/cor. A política do preenchimento do quesito raça/cor é uma estratégia recente nos serviços de saúde e ainda pouco utilizada e entendida pelos profissionais da área.

Como referido neste trabalho, embora a elaboração de novas políticas públicas tenha provocado impactos importantes na redução das desigualdades raciais (no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde pública), e ainda que a amostra pesquisada neste trabalho não tenha apontado uma diferença nos números de acesso por raça/cor, deve-se atentar para a questão racial, uma vez que usuários do SUS podem estar sendo desfavorecidos dentro das instituições.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. C. M.; JUNIOR, F. I.; CALAZANS, G. J.; FILHO, H. C. S. Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências (online)**. 2nd. rev. and. Enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 121-143. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 2 dez. 2015
- BENDIKSON, K.; CRAMER, D. W.; VITONIS, A.; HORNSTEIN, M. D. Ethnic background and in vitro fertilization outcomes. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** v. 88, n. 3, p. 342-346, 2005.
- BOIVIN, J. COLLINS, J. A.; NYGREN, K. G. Internacional estimates of infertility prevalence and treatment-seeking potential need and demand for infertility medical care. **Human Reproduction**, v. 22, p. 1506-1512, 2007.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Atenção à Saúde das Mulheres Negras, 2005.
- BRASIL., MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Saúde da População Negra**. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra>. pdf. Acesso em: 5 nov. 2014.
- BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo. Brasília; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=resultuniverso_censo2010>. Acesso em: 20 out. 2014.
- CORLETA, H. V. E. Fertilização *in vitro*: mais de 4 milhões de crianças nascidas e um prêmio Nobel. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 451-455, 2010.
- CORRÊA, M. V. **A tecnologia a serviço de um sonho**: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- FUJIMOTO, V. Y.; JAIN, T.; ALVERO, R.; NELSON, L. M.; CATHERINO, W. H.; OLATINWO, M.; MARSH, E. E.; BROOMFIELD, D.; TAYLOR, H.; ARMSTRONG, A. Y. Proceedings from the Conference on Reproductive Problems in Women of Color. **Fertility & Sterility**, v. 94, n. 1, p. 7-10, 2010.
- GABIATTI, J. R. E; FAÚNDES, A.; BAHAMONDES, L.; FAÚNDES, D.; RAMOS, M.; FAZANO, F. A experiência de iniciar um programa de fertilização *in vitro* em Hospital Universitário. **ReprodClim**, 1998, v. 13, p. 221-227.

KESSLER, L. M.; GRAIG, B. M.; PLOSKER, S. M.; REED, D. R.; QUINN, G. P. Infertility evaluation and treatment among women in the United States. **FertilSteril**. 2013, v. 100, p. 1025-1032.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. **I Seminário de Saúde da População Negra**. Distrito Federal: Brasília, 2003.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Comunicação, saúde, educação**, v. 16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012.

LUNA, N. **Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

LUNENFELD, B.; VAN STEIRTEGHEM, A.; BERTARELLI FOUNDATION. Infertility in the third millenium: implications for de individual, family and society condensed meeting report from the Bertarelli Foundation's second global conference. **Human Reproduction Update**, v. 10, n. 4, p. 317-326, 2004.

MAKUCH, M. Y.; PADUA, C. S.; PETTA, C. A.; OSIS, M. J. D.; BAHAMONDES, L. Inequitable access to assisted reproductive technology for the low-income Brazilian population: a qualitative study. **Human Reproduction**, v. 26, n. 8, p. 2054-2060, 2011.

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. **HumanReproduction**, v. 25, n. 2, p. 430-435, 2010.

MCDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. J. **Terapia Familiar Médica: um enfoquebiopsicossocialàsfamíliascomproblema de saúde**. Porto Alegre, ArtesMédicas, 1994.

MINAYO, C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: EditoraVozes, 2007b.

MISSMER, S. A.; SEIFER, D. B.; JAIN, T. Cultural factors contributing to health care disparities among patients with infertility in Midwestern united States. **FertilSteril**. 2011, v. 95, p. 1943-1948.

MOURA, M. D; PEREIRA, T. N; NOGUEIRA, A. A; FERREIRA, A. F; SALA, M. M; REIS, R. M. Avaliação do TratamentoClínico da Endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** p. 21 (2): 85-90, 1999.

PORTO ALEGRE, PREFEITURA MUNICIPAL. Lei Municipal nº 8.470/2000. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/gpn/default.php?p_secao=136. Acesso em: 6 ago. 2014.

NACHTIGALL, R. D.; BECKER, G.; WOZNY, M. The effects of gender specific diagnosis on men's and women's response to infertility. **Fertil Steril**, 57, 113-21, 2006.

PORTO ALEGRE. **Lei Municipal 8.470**, de 21 de março de 2000. Estabelece identificação de raça e etnia nos dados cadastrais da Administração Municipal. Disponível em: <http://www.camarapoa.rs.gov.br/biblioteca/integrais/lei_8470.htm>. Acesso em: 1 set. 2014.

REMOALDO, P. C. A; MACHADO, H. C. F; REIS, I. M. D; PEREIRA, L. G; XAVIER, M. S. D. P. **A infertilidade no concelho de Guimarães** – contributos para o bem-estar familiar. Fundação para a Ciência e a Tecnologia (F.C.T.), POCTI/DEM/44483/2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Coordenação de Epidemiologia e Informação/CEInfo. **Análise do quesito raça/cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS**. Boletim CEInfo Análise/ Ano VI, n. 5, maio/2011. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. 54p.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Gabinete de Políticas Públicas para o Negro**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/gpn/default.php?p_secao=146>. Acesso em: 14 jan. 2014.

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

SILVA, J. L. P. S; BAHAMONDES, L. Reprodução assistida como causa de morbidade materna e perinatal Revisão. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005; 27(12): 759-67

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 31-42.

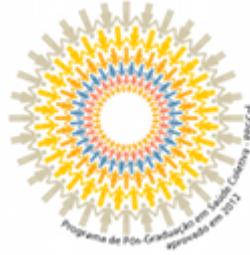
SPOTORNO, P. M. **Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida**. 2005. 88 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SQUIRES, J.; KAPLAN, P. **Developmental Outcomes of Children Born After Assisted Reproductive Technologies**. **Infants & Young Children**. v. 20, n. 1, p. 2-10, 2007.

TARUN, J. Socioeconomic and racial disparities among infertility patients seeking care. **Fertility and Sterility**, v. 85, p. 876-881, 2006.

WELLONS, M.; FUJIMOTO, V. Y.; BAKER, V.; BARRINGTON, D. S.; BROOMFIELD, D.; CATHERINO, W. H.; RICHARD-DAVIS, G.; RYAN, M.; THORNTON, K.; ARMSTRONG, A. Y. Race matters: a systematic review of racial/ethnic disparity in Society for Assisted Reproductive Technology reported outcomes. **Fertility and Sterility**, v. 98, p. 406-409, 2012.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ETAPA 1



CURSO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE

ENTREVISTA PARA AS USUÁRIAS DO PROGRAMA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DO HCPA

DATA DA ENTREVISTA: _____ Nº PRONTUÁRIO: _____

- 1- NOME DA USUÁRIA: _____
- 2- IDADE DA USUÁRIA : _____
- 3- QUAL A SUA CIDADE QUE MORA? _____
- 4- QUANDO FOI A TUA PRIMEIRA CONSULTA GINECOLÓGICA PARA ENGRAVIDAR?
 HÁ UM ANO HÁ DOIS ANOS HÁ TRÊS ANOS HÁ QUATRO ANOS HÁ CINCO ANOS
 HÁ SEIS ANOS HÁ SETE ANOS HÁ OITO ANOS HÁ MAIS DE DEZ ANOS
- 5- ONDE FOI A PRIMEIRA CONSULTA PARA ENGRAVIDAR?
 MÉDICO CONVÊNIO
 MÉDICO PARTICULAR
 MÉDICO DA UBS
- 6- COMO FICASTE SABENDO DO SERVIÇO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DO HCPA?
 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
 GINECOLOGISTA PARTICULAR
 NO TRABALHO
 AMIGOS, PARENTES
 OUTRO _____
- 7- QUANTO TEMPO LEVASTE DESDE O ENCAMINHAMENTO DA UBS ATÉ CONSEGUIR A PRIMEIRA CONSULTA NO HCPA?
 ATÉ SEIS MESES ENTRE SEIS MESES A UM ANO ENTRE UM ANO A DOIS ANOS
 MAIS DE DOIS ANOS
- 8- SABES O QUE ESTÁ IMPEDINDO A TUA GRAVIDEZ?
 INFERTILIDADE MASCULINA
 ENDOMETRIOSE
 SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO
 GRAVIDEZ TUBÁRIA
 ADERÊNCIA OU OBSTRUÇÃO NAS TROMPAS
 OUTRO: _____
- 9- TENS TIDO ALGUMAS DIFICULDADES PARA CHEGAR ATÉ AQUI COMO:
 DISTÂNCIA DA CIDADE DE ORIGEM
 DIFICULDADE DE TRANSPORTE
 COMPANHEIRO NÃO DESEJA O TRATAMENTO
 DIFICULDADES COM RECURSOS FINANCEIROS
 TEMPO PARA O TRATAMENTO
 DIFICULDADE PARA CONSEGUIR CONSULTA NA REDE
 OUTROS _____
- 10- A USUÁRIA TEM FILHOS? SIM BIOLÓGICOS ADOTIVOS NÃO TEM FILHOS
11. QUAL A INDICAÇÃO DE TRATAMENTO? FIV IIU ICSI
12. OCUPAÇÃO DA USUÁRIA:
 AUTÔNOMA TRABALHO FIXO COM OU SEM CARTEIRA ASSINADA DO LAR PENSIONISTA
- 13- OCUPAÇÃO DO COMPANHEIRO
 AUTÔNOMA TRABALHO FIXO COM OU SEM CARTEIRA ASSINADA DO LAR PENSIONISTA

- 14- RELIGIÃO DA USUÁRIA:
 CATÓLICA PENTECOSTAL RELIGIÕES DE MATRIZ AFRICANA ESPÍRITA ATEIA
 OUTRAS
- 15- RELIGIÃO DO COMPANHEIRO:
 CATÓLICA PENTECOSTAL RELIGIÕES DE MATRIZ AFRICANA ESPÍRITA ATEU
 OUTRAS
- 16- QUAL A RAÇA/COR DA USUÁRIA?
 BRANCA PRETA PARDA AMARELA INDÍGENA
- 17- QUAL A RAÇA/COR DO PAI DA USUÁRIA?
 BRANCA PRETA PARDA AMARELA INDÍGENA
- 18- QUAL A RAÇA/COR DA MÃE DA USUÁRIA?
 BRANCA PRETA PARDA AMARELA INDÍGENA
- 19- QUAL A RAÇA/COR DO COMPANHEIRO?
 BRANCA PRETA PARDA AMARELA INDÍGENA
- 20- QUAL A RAÇA/COR DO PAI DO COMPANHEIRO?
 BRANCA PRETA PARDA AMARELA INDÍGENA
- 21- QUAL A RAÇA/COR DA MÃE DO COMPANHEIRO?
 BRANCA PRETA PARDA AMARELA INDÍGENA
- 22- A USUÁRIA É FUMANTE?
 SIM NÃO
- 23- O COMPANHEIRO DA USUÁRIA É FUMANTE?
 SIM NÃO
- 24- ESCOLARIDADE DA USUÁRIA:
 EF INCOMPLETO
 EF COMPLETO
 EM INCOMPLETO
 EM COMPLETO
 SUPERIOR INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETO PÓS-GRADUAÇÃO
- 25- ESCOLARIDADE DO COMPANHEIRO:
 EF INCOMPLETO
 EF COMPLETO
 EM INCOMPLETO
 EM COMPLETO
 SUPERIOR INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETO PÓS-GRADUAÇÃO
- 26- RENDA FAMILIAR:
 ATÉ UM SALÁRIO ATÉ DOIS SALÁRIOS ATÉ TRÊS SALÁRIOS MAIS DE TRÊS SALÁRIOS

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ETAPA 2



BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___

Dados da Usuária

- 11- NOME DA USUÁRIA: _____
- 12- N. PRONTUÁRIO: _____
- 13- IDADE DA USUÁRIA (ATUALMENTE): _____ ANOS
- 14- QUAL A SUA CIDADE QUE MORA? _____
- 15- QUE TIPO DE TRATAMENTO FOI REALIZADO?
 FIV IUI ICSI OUTRO. QUAL? _____

DESFECHOS:

1. POSITIVO
 - NÚMERO DE TENTATIVAS? _____
 - GESTAÇÃO? SIM NÃO
 - PARTO? SIM NÃO
 - ABORTO? SIM NÃO
 - RN? TEMPO DE VIDA _____

2. NEGATIVO (USUÁRIA FEZ USO DAS TRÊS TENTATIVAS, MAS NÃO OBTVE SUCESSO EM ENGRAVIDAR)

3. INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO. RESPOSTA DESCRITIVA. ELUCIDAR OS MOTIVOS, AS CAUSAS
