

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
COM A UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

KAMILA COSTA DA SILVA OLIVEIRA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO
ACRE**

Porto Alegre
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
COM A UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

KAMILA COSTA DA SILVA OLIVEIRA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO
ACRE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Estudos Organizacionais

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2018

Dedico esse trabalho a todas as mulheres inférteis dispostas a se submeterem ao sofrimento físico e psicológico do tratamento de reprodução assistida e que tem no sistema público de saúde a única alternativa para realização do sonho da maternidade.

AGRADECIMENTOS

Uma das minhas principais características é gostar de escrever, e para muitos, inclusive para mim mesma, dissertar sobre um assunto que vivencio, que eu inclusive milito pela causa, seria muito fácil, e esse foi um enorme engano. Não foi fácil me desvencilhar dos meus pressupostos, não foi fácil abordar uma questão de fórum íntimo sem que eu me visse nos resultados, não foi fácil mergulhar tão profundamente na infertilidade e ouvir relatos de mulheres que expuseram suas angústias durante as entrevistas, muitas vezes as interrompendo para chorar.

Por isso quero agradecer primeiro a essas mulheres, por terem doado um pouco do seu tempo e ajudado respondendo as entrevistas, por terem dividido comigo um pouco dos seus sonhos e planos, e por saber que todas elas acreditam que essa pesquisa poderia de alguma forma representa-las no futuro, frente as políticas públicas de saúde.

Agradeço a gestão da Universidade Federal do Acre, na pessoa do Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação, Prof. Dr. Josimar Ferreira, por ter possibilitado que esse mestrado interinstitucional ocorresse - o primeiro mestrado construído para servidores técnicos administrativos da instituição. Me sinto privilegiada por fazer parte desse momento histórico.

Agradeço a coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS), na pessoa da Prof^a Dr^a Maria Ceci Misoczky, coordenadora do MINTER que brilhantemente coordenou as atividades, as informações e manteve a organização e a comunicação do Programa durante todo o curso, mesmo com as dificuldades da distância.

Agradeço aos meus colegas de turma, os quais se mantiveram solidários e solícitos durante as disciplinas, ajudando nos trabalhos, compartilhando conhecimento e, principalmente no período que estivemos em Porto Alegre, pelo apoio emocional necessário para enfrentar as saudades da família.

Agradeço a minha família, pai, mãe e irmãs, que estavam orgulhosos desse crescimento na carreira, torcendo e vibrando em cada etapa vencida. E, ao meu marido Willian André Oliveira, que sonhou junto comigo, tendo paciência nos meus momentos de ausência devido à dedicação aos estudos.

O meu agradecimento especial certamente vai para o meu orientador, Prof. Dr. Ronaldo Bordin, uma das pessoas mais incríveis que já conheci, sem dúvida ele é o principal responsável por eu ter concluído esse trabalho com êxito. Ele me deu mais que a preciosa orientação, me deu segurança, me mostrou os caminhos e acreditou no meu potencial e disciplina para escrever.

Professor, todas as palavras seriam poucas para agradecer e expressar a minha admiração por você. Sua dedicação, sua experiência, suas respostas que prontamente me acalmavam e me motivavam a seguir é o que mais me marcou nessa trajetória. Me sinto sortuda e privilegiada por ter sido sua orientanda e espero de todo coração que o senhor esteja comigo na extensão da minha vida acadêmica, caso eu continue. Muito obrigada! Meu coração transborda de gratidão.

“Sonhos são gratuitos, transformá-los em realidade tem um preço”

RESUMO

Introdução: No Brasil, para cada 100 nascidos vivos existiam 7 mulheres em tratamento para a infertilidade em 2013. O Acre é o estado brasileiro com a maior taxa de fecundidade (2,95 filhos por mulher e idade fértil) e a terceira maior taxa de natalidade (23,9 nascidos vivos/mil habitantes). **Objetivo:** Analisar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA) no Acre. **Métodos:** Pesquisa documental em cartilhas, manuais, protocolos, planos, leis, portarias e regulamentos na área, entre outros. Para descrever a situação da PNAIRHA no Acre foram realizadas entrevistas com gestores de saúde do Acre e um coletivo de mulheres em situação de infertilidade. **Resultado:** Segundo os gestores entrevistados, a política não foi implantada, a desconhecem e não é discutida no âmbito da gestão de saúde do Acre, sendo prioridade a implantação de outras políticas e programas voltados a problemas de maior impacto (ex.: redução da taxa de gravidez na adolescência). As mulheres entrevistadas referiram desconhecer a política e, assim, não buscam seus direitos junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Conclusão:** Mesmo com a existência da Política, a integralidade, a universalidade e a equidade do direito reprodutivo não foram alcançados, sendo que as mulheres inférteis entrevistadas não se percebem amparadas na mesma.

Palavras Chaves: Administração Pública. Gestão em Saúde. Políticas de saúde. Infertilidade. Reprodução assistida.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, for every 100 live births, there were seven women undergoing treatment for infertility in 2013. Acre is the Brazilian state with the highest fertility rate (2.95 children per woman in fertile age) and the third highest birth rate (23.9 live births per thousand inhabitants). **Objective:** To analyze the implementation of the National Policy of Integral Attention in Human Reproduction Assisted (PNAIRHA) in Acre. **Methods:** Documentary research in booklets, manuals, protocols, plans, laws, ordinances and regulations in the area, among others. In order to describe the situation of PNAIRHA in Acre, interviews were conducted with health managers from Acre and a group of women in situations of infertility. **Result:** According to the managers interviewed, the policy was not implemented, people are unaware of this and it is not discussed within the scope of Acre's health management. The priority is the implementation of other policies and programs focused on problems of greater impact (example: reduction of the teenage pregnancy rate). The women interviewed mentioned that they did not know the policy and, therefore, did not seek their rights with the Unified Health System (SUS). **Conclusion:** Even with the existence of the Policy at the federal level, the comprehensiveness, universality and equity of the reproductive right has not been achieved, and the infertile women interviewed do not perceive themselves supported in it.

Key Words: Public Administration. Health Management. Health Policies. Infertility. Assisted reproduction.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Proporção de nascidos vivos por idade da mãe, segundo a região de residência da mãe, 2014

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de recursos financeiros para realização de procedimento de atenção à reprodução humana assistida

Tabela 2 – Dados populacionais estimados dos municípios do Acre

Tabela 3 – Indicadores de mortalidade e natalidade no Acre

Tabela 4 – Indicadores demográficos no Acre

Tabela 5 – Tipos de estabelecimentos de saúde

Tabela 6 – Pessoal ocupado em estabelecimento de saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DAPE - Departamento de Atenção Primária, Políticas e Programas Estratégicos
DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis
FIV – Fertilização *in vitro*
HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília
HRAS - Hospital Regional da Asa Sul
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MedLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
NOB - Norma Operacional Básica
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG's - Organizações Não Governamentais
PAISM - Programa de Atenção integral à Saúde da Mulher
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAIRHA - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
SESACRE - Secretaria de Saúde do Estado do Acre
SOP – Síndrome do Ovário Policístico
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD - Tratamento Fora de Domicílio
UFAC – Universidade Federal do Acre
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	15
2.1. CONCEITO DE INFERTILIDADE.....	15
2.1.1 A Infertilidade no Brasil: Frequência e Tipos de Tratamento	17
2.1.2 A Infertilidade e a Mulher	21
2.2 POLITICAS PÚBLICAS E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA.....	25
2.2.1 A Infertilidade no Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher	27
2.2.2 Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida	30
3 OBJETIVOS	35
3.1 OBJETIVO GERAL.....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
4 MÉTODOS.....	36
4.1 BUSCA DE REFERÊNCIAS SOBRE O TEMA	36
4.2 ESPAÇO DA PESQUISA	36
4.3 TIPO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS	37
4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE DO ACRE	40
5.2 A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO ESTADO DO ACRE	46
5.3 A PERCEPÇÃO DA MATERNIDADE PARA AS ENTREVISTADAS	49
5.4 PERCEPÇÃO DO COLETIVO DE MULHERES INFÉRTEIS QUANTO À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES	70
APÊNDICE I.....	70

APÊNDICE II	71
APÊNDICE III	72
APÊNDICE IV	74
APÊNDICE V	76
ANEXO I	77
ANEXO II	79
ANEXO III	80

1 INTRODUÇÃO

Mesmo sendo uma situação que atinge aproximadamente 8 a 15% dos casais em idade reprodutiva (OMS, 2011), a infertilidade se configura como uma demanda crescente devido a uma série de fatores que impulsionam o retardamento da maternidade, e por consequência, afetam a fertilidade do casal. Vale lembrar que a pauta da fertilidade está imbricada em conceitos culturais, éticos e religiosos, podendo variar entre distintos grupos populacionais, mas invariavelmente culpabilizando a mulher pela infertilidade. Assim, a forma da mulher perceber e conceber a infertilidade causa ansiedade, depressão, estresse e compromete também a saúde psicológica (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006).

Ainda que a infertilidade se apresente como um problema conjugal, os homens apresentam desconhecimento ou desinteresse em buscar tratamento, e assim as mulheres continuam sendo o foco das políticas maternalistas, devido ao forte apelo sociocultural que reforça uma identidade feminina vinculada a maternidade, como também por que, independente do problema da infertilidade estar relacionado a causas masculinas ou femininas, as intervenções e tratamentos na maioria das vezes são realizadas no corpo da mulher (REGINO, 2016).

A criação do Programa de Atenção integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, foi um avanço para as políticas públicas de saúde feminina, mas a pauta da infertilidade ainda não era clara dentro do programa. Como afirma o Ministério da saúde: “historicamente, os serviços de saúde buscam ofertar meios e métodos de auxílio à anticoncepção. Pouco se fala na responsabilidade que os serviços também têm em ofertar auxílio à concepção” (BRASIL, 2013, p. 246).

A perspectiva reducionista com que vem sendo tratada a saúde da mulher dentro do programa, apenas para cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando estas a maior parte de suas vidas sem assistência, foi o que impulsionou a luta pela diferenciação na atenção da saúde da mulher. Os assuntos sexuais e os reprodutivos são pontos centrais que orientam as ações e demandas tanto no Brasil como no mundo (BERTI, 2014). Apesar da tímida inserção da pauta da infertilidade dentro do PAISM, e de todo o arcabouço jurídico que garante o tratamento para a infertilidade dentro do SUS,

“a disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade e a integralidade necessárias para a atenção à saúde são problemas que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade” (BRASIL, 2004b, p. 24).

Na tentativa de ampliar a oferta de serviços de saúde mais contemplativos, foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 426 / 2005, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida - PNAIRHA, com objetivo de dar acesso de casais inférteis ao tratamento de reprodução humana assistida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que as políticas públicas se constroem como retorno às demandas e problemas sociais, compreender a PNAIRHA, como ela se estrutura, os atores envolvidos, os jogos de interesses e negociações existentes, implica no entendimento sobre aspectos do campo político que se articulam com as questões econômicas e sociais. Ou seja, é desvendar um conjunto de elementos adotados pelo Estado, como ações e estratégias que podem contribuir no entendimento acerca da redução ou ampliação das desigualdades sociais (REGINO, 2016).

O tratamento da infertilidade é oneroso e doloroso, e a oferta da reprodução assistida como tratamento pelo Sistema Único de Saúde é limitada. Pesquisas mostram que os programas públicos não funcionam de forma integral e não suprem as expectativas das mulheres (SAMRSLA et al., 2007). Além disso, se necessário, o tratamento de reprodução assistida é oferecido somente nos grandes centros urbanos, o que dificulta o acesso ao mesmo.

Mesmo com o compromisso de orientar ações voltadas para o acesso universal e integral à saúde reprodutiva, ao regulamentar normativas para garantir aos casais inférteis ações de saúde voltadas para à concepção, por meio da PNRHA, com preocupações amplas acerca da garantia ao planejamento reprodutivo/familiar de mulheres e homens,

“... algumas diretrizes da Política são ‘engessadas’ e heteronormativas, restringindo o acesso de pessoas que desejam ter filhos e não se enquadram no perfil de público-alvo da Política, ferindo o princípio da integralidade do cuidado em saúde, ao adotar ‘heteronormas’ em seu conteúdo e prática” (REGINO, 2016, p. 9).

Assim, a falta da universalidade (não contemplando regiões inteiras da federação, como é o caso da região norte), integralidade na atenção e equidade no tratamento para infertilidade culminou com a suspensão da portaria que instituiu a PNAIRHA, já que esta durante a sua implementação apresentou-se ineficiente, o que conforma um quadro preocupante para os casais inférteis e principalmente para mulheres em condição de infertilidade.

Neste contexto, este trabalho objetiva analisar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no estado do Acre.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

2.1. CONCEITO DE INFERTILIDADE

Para compreender o conceito de infertilidade, torna-se necessário primeiramente apresentar os conceitos de esterilidade, natalidade e fecundidade, já que geralmente são confundidos entre si.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (Brasil, 2013 p. 248), esterilidade é definida como “a incapacidade definitiva de gerar filhos”. Porém, para Remoaldo *et al.* (2002), esta definição não é mais utilizada, seja pelo estigma negativo ligado ao termo, seja pela condição que pode ser ultrapassada em razoável número de casos. Diferentemente da infertilidade, a esterilidade é uma situação ‘permanente’, salvo alguns casos onde a medicina conseguiu avanços suficientes para reverter condições antes imutáveis.

Natalidade consiste, para fins de indicadores básicos sociais, no “número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (REDE, 2008, p. 78). Em 2015, a taxa bruta de natalidade no Brasil foi de 14,16 nascidos vivos por mil habitantes (IBGE, 2017).

A utilização do termo controle de natalidade como sinônimo de planejamento reprodutivo é frequente. Todavia, se tratam de conceitos diferentes. “O controle de natalidade implica imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. O planejamento reprodutivo baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos” (BRASIL, 2013, p. 58).

Já o indicador de fecundidade é calculado como o “número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado”. Distinto da natalidade, relaciona o número de nascidos vivos apenas ao contingente feminino em idade reprodutiva (10-49 anos)¹, residente em uma dada área geográfica e tempo definido. Emprega, para tal, informações obtidas em censos e inquéritos demográficos” (REDE, 2008, p.74). Em 2015, a taxa de

¹ O Ministério da Saúde considera que a idade reprodutiva é de 10 a 49 anos (BRASIL, 2004a) e o IBGE considera idade fértil de 15 a 49 anos (IBGE, 2010).

fecundidade brasileira total foi de 1,72 nascimentos por mil mulheres (15-49 anos) (IBGE, 2017).

Infertilidade é definida como “a incapacidade de um casal para alcançar a concepção ou levar uma concepção a termo após um ano ou mais de relações sexuais regulares, sem proteção contraceptiva” (BRASIL, 2013, p.248).

A OMS (2011) aponta dois tipos de infertilidade: primária involuntária (incapacidade de gerar filhos) e secundária involuntária (incapacidade de gerar outro filho após ter gerado pelo menos um).

Já o Ministério da Saúde considera o abortamento habitual ou de repetição (ocorrência de três ou mais interrupções naturais consecutivas da gestação de até 20 semanas) e a esterilidade como tipos de infertilidade (BRASIL, 2013). Esta definição aparentemente simples e objetiva, é difícil de ser aceita e detectada na prática, por isso os dados são apenas estimativas (BRASIL, 2013).

A priori esse conceito de infertilidade mostra-se como um problema conjugal e não algo específico da mulher ou do homem. Apesar de não haver dados exatos, e esses podendo variar de acordo com a região geográfica do globo, “a OMS e diversas sociedades científicas estimam que aproximadamente 8 a 15% dos casais em idade reprodutiva têm algum problema de infertilidade” (BRASIL, 2013, p.248). Estudo realizado com dados de 47 países em desenvolvimento (excluindo a China) estimou que 187 milhões de casais foram afetados pela infertilidade em 2004 (OMS, 2011).

A infertilidade consta na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), estando ligada ao fator masculino no item N46 (infertilidade masculina) e ao fator feminino² nos itens N970 (infertilidade feminina associada à anovulação), N971 (infertilidade feminina de origem tubária), N972 (infertilidade feminina de origem uterina), N973 (infertilidade feminina de origem cervical), N974 (infertilidade feminina associada à fatores do parceiro), N978 (infertilidade feminina de outra origem) e N979 (infertilidade feminina não especificada), como um estado clínico que pode ser momentâneo, passível de tratamento e cura. Porém, o diagnóstico da infertilidade envolve uma investigação clínica extensa, já que a infertilidade necessariamente carrega uma causa ligada a outras patologias, e tratar a infertilidade é, portanto, descobrir e tratar essa causa.

² Curiosamente, o CID 10 possui sete itens relacionado a infertilidade a causas femininas e somente um item ligando a causa masculina, sugerindo assim um recorte de gênero. O que pode explicar a centralidade das investigações e do tratamento realizados majoritariamente nas mulheres.

De acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, considerando dados da OMS, as estatísticas apontam que “o fator masculino pode estar envolvido em torno de 30% a 50% dos casos” (BRASIL, 2010, p.249), e existe ainda outra parcela significativa dos casos de infertilidade que correspondem as limitações do casal – entre 10% e 30%. A OMS ressalta que “embora os homens sejam tão propensos à infertilidade quanto as mulheres, com frequência, suas parceiras são mais estigmatizadas e culpadas quando os casais não conseguem procriar” (OMS, 2011, p. 46).

No Brasil, as taxas de incidência de infertilidade são praticamente as mesmas apresentadas pela OMS para o conjunto de países que a compõem, citadas na maioria dos programas, protocolos, cartilhas, planos, agendas e diretrizes do Ministério da Saúde. Portanto, estas taxas são consideradas como referência. Entretanto, vale lembrar que essas taxas podem variar segundo as formas culturais, éticas e políticas de tratar a infertilidade, as causas no diagnóstico da infertilidade, bem como serviços de saúde ofertados, necessários para um tratamento eficaz e inclusivo.

2.1.1 A Infertilidade no Brasil: Frequência e Tipos de Tratamento

A população brasileira estimada para 2013 era de 201.032.714 habitantes, dos quais 51% seriam mulheres. Destas, 55.063.131, pouco mais de 53%, estariam em idade fértil (15-49 anos). Neste mesmo ano, ocorreram 2.973.118 nascimentos e 196.000 mulheres realizaram tratamento para engravidar (IBGE, 2013). Ou seja: *para cada 100 nascidos vivos havia 7 mulheres em tratamento para fertilidade.*

A infertilidade está relacionada ao homem (parceiro), à mulher ou a fatores conjugais. De acordo com Faria, Grieco e Barros (2012), quando os casais decidem ter filhos e interrompem o uso dos métodos contraceptivos, 60% desses casais conseguem engravidar após cerca de cinco ou seis meses de relações sexuais não protegidas, 90% em um ano. Porém, ao final de um ano, 10% não conseguem engravidar.

No que se refere à mulher, a maior causa da infertilidade está relacionada a idade reprodutiva: quanto maior a idade da mulher, maior a prevalência de infertilidade. Mulheres com mais de 35 anos já apresentam redução das chances de reprodução; próximo aos 40 anos as mulheres apresentam 90% de sua fertilidade; de 40 a 44 anos apresentam 62% e, entre 45 e 49 anos, 14% (BRASIL 2010).

No Brasil, as mulheres passaram a ter filhos mais tardiamente e os planos para maternidade estão sendo adiados para depois dos 30 anos (ABEP, 2012). O percentual de mães

com primeiro filho na faixa de 30 anos passou de 22,5%, em 2000, para 30,2%, em 2012. Já o número de mulheres com menos de 19 anos que tiveram filhos caiu de 23,5% para 19,3% no mesmo período (BRASIL, 2014).

O estudo "Saúde Brasil", do Ministério da Saúde (2014), concluiu que cada vez mais brasileiras estão esperando chegar até os 30 anos de idade ou mais, principalmente as que possuem maior escolaridade. De acordo com o estudo, quanto maior a escolaridade, maior a idade da mãe, sobretudo as que terão o primeiro filho:

Entre aquelas com níveis mais elevados de escolaridade (12 anos ou mais de estudos), o nascimento do primeiro filho acontece com elevada frequência após a mãe completar 30 anos ou mais de idade (45,1%). Já entre as com menor escolaridade, com até 3 anos de estudo (51,4%) ou com 4 a 7 anos de estudo (69,4%), mais da metade foram mães com menos de 20 anos (BRASIL, 2014).

O estudo detalha que a maior quantidade de mães com mais de 30 anos está concentrada nas regiões Sudeste e Sul, representando 34,6% e 33,6% dos nascimentos, respectivamente. Na região Norte, chegou aos 21,2%, a menor entre as regiões (BRASIL, 2014).

Os dados revelam ainda que o processo de envelhecimento populacional deverá se intensificar e, em duas décadas, prevê-se uma estabilização do crescimento demográfico, com perspectivas de redução do tamanho da população brasileira. Isso seguindo a tendência de queda no número de nascidos vivos, intensificada pela diminuição das taxas de fecundidade em todas as regiões do país. Com exceção da região Norte (indicador de 2,24 filhos/mulher), as demais regiões apresentaram taxas de fecundidade total inferiores ao nível de reposição. O menor valor foi encontrado na região Sul, onde a taxa alcançou 1,66 filhos/mulher.

Entre 2000 e 2012, houve redução de 13,3% no número total de nascimentos e, desde 2005, as taxas de fecundidade no Brasil têm sido inferiores ao nível de reposição populacional, em média mundial de 2,1 filhos/mulher. Em 2012, essa taxa foi ainda mais baixa, alcançando o valor de 1,77 filhos/mulher (redução de 22,7% em relação a 2000) (BRASIL, 2014).

O fenômeno social do adiamento da maternidade para após os 30 anos, reflexo de uma mudança de comportamento feminino, tem aumentado as taxas de infertilidade e na sequência, da procura pelo uso de tecnologias reprodutivas. Apesar de ser mais acentuado no segmento das mulheres de nível socioeconômico mais elevado, também ocorre entre as mulheres das classes sociais menos favorecidas (ABEP, 2012).

Outros fatores que impactam na incidência da infertilidade feminina são as doenças ligadas ao sistema reprodutivo da mulher. As etiologias mais comuns podem ser ocasionadas por doenças adquiridas na relação sexual, as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), de causas anovulatórias (como os ovários policísticos) e de causas uterinas, como a endometriose (RAMOS; MOSER, 2015). Para Berti (2014), a endometriose é a patologia mais incidente nas

mulheres a ocasionar infertilidade, distinto de Ramos e Moser (2015), que consideram os ovários policísticos a principal causa. Portanto, não há um consenso quanto a principal causa, ainda que ambas sejam importantes.

A endometriose afeta aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva; dessas, 30-50% apresentam infertilidade (ANDRES *et al.*, 2014). Essa doença pode ser classificada em quatro estágios: mínima, leve, moderada e grave, dependendo do tamanho e profundidade dos implantes peritoneais e ovarianos, na extensão, presença e tipo de aderência. A infertilidade pode ocorrer nos casos de endometriose moderada, e mais frequentemente na endometriose grave. E nesses casos pode não existir, já que cada caso deve ser avaliado individualmente para um tratamento eficaz, uma vez que a realização de cirurgia, também não promove melhora significativa da infertilidade (BERTI, 2014).

Nos casos de endometriose leve e mínima, a remoção cirúrgica de implantes endometrióticos resulta em melhora nas taxas de gestação, e o tratamento de reprodução assistida³ pode ser uma alternativa:

O tratamento da infertilidade nas pacientes com endometriose mínima e leve é feito, portanto, através de estímulos da fecundidade em ciclos inespecíficos, incluindo a hiperestimulação ovariana controlada com inseminação intrauterina, a transferência intratubária de gameta e a fertilização *in vitro* (FIV). A fertilização *in vitro* e a técnica de transporte dos embriões foram desenvolvidas para atender pacientes com agenesia das trompas uterinas e para determinadas patologias como no caso da endometriose, e também para pacientes com infertilidade masculina. Para que essa técnica seja aplicada a fim de alcançar a fertilização a paciente devesse possuir uma cavidade uterina normal, uma fonte de ovócitos e receber quantidade adequada de espermatozoides (BERTI, 2014, p. 6).

A Síndrome dos Ovários Policísticos - SOP⁴ afeta cerca de 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva (SANTANA *et al.*, 2008; AZEVEDO *et al.*, 2008; MOREIRA *et al.*, 2013). Além da infertilidade, a SOP ocasiona amenorreia (ausência de menstruação por mais de três ciclos), hirsutismo (aparecimentos de pelos mais grossos e em locais dependentes da ação de andrógenos), obesidade e acne, além disso, esses sintomas podem comprometer significativamente a qualidade de vida das mulheres que os apresentam, interferindo tanto no bem-estar, como nas suas relações familiares e sociais (MOREIRA *et al.*, 2013).

Estudos recentes apontam que a SOP se relaciona ainda a “um maior risco de doenças cardiovasculares, grande parte em decorrência da associação com resistência periférica à ação

³ São todos os tipos de tratamento que incluem a manipulação *in vitro* (no laboratório) em alguma fase do processo, de gametas masculinos (espermatozoides), femininos (oócitos) ou embriões, com o objetivo de se estabelecer uma gravidez (MANCEBO; ROCHA (2008) in RAMOS; MOSER (2015).

⁴ É um distúrbio endócrino-ginecológico, caracterizado, principalmente, por anovulação crônica e hiperandrogenismo (MOREIRA *et al.*, 2013).

da insulina, o que pode levar à intolerância à glicose e ao *diabetes mellitus* tipo 2” (MOREIRA *et al.*, 2013, p. 504).

Não existe cura para SOP e, apesar dos tratamentos de longa duração não serem totalmente conhecidos e efetivos, mudanças no estilo de vida (modificações na dieta, prática regular de exercícios físicos, perda de peso, cessação do tabagismo, controle do estresse e consumo moderado de álcool) tem sido apontada como a principal prática no melhoramento dos sintomas da SOP (SANTANA *et al.*, 2008; AZEVEDO *et al.*, 2008).

Santana *et al.* (2008) elencam outras formas de tratar a SOP para fins de combater a infertilidade, como o uso de drogas insulino-sensibilizantes⁵ e indutores da ovulação, uso de gonadotrofinas⁶, tratamento cirúrgico com laparoscopia e procedimentos de fertilização assistida de alta complexidade⁷.

Existem ainda outros fatores que podem causar infertilidade, como problemas anatômicos relacionados ao útero ou às trompas, fatores hormonais, tabagismo (fumantes têm 1,4 vez maior chance de serem inférteis), os extremos de peso, como a obesidade ou a magreza excessiva (BRASIL, 2013), e até o estresse (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013). Saliente-se que os problemas de saúde acima referidos devem ser tratados, independente do desejo ou não da mulher optar por engravidar.

Além dos fatores fisiológicos, os fatores psicológicos e emocionais também interferem negativamente na fertilidade da mulher e podem causar infertilidade (BRASIL, 2013), como também o diagnóstico de infertilidade traz problemas emocionais. Ou seja, a infertilidade não só tem uma causa como também gera outros problemas, afetando a saúde psicológica do casal, mas principalmente na mulher infértil.

Portanto, a infertilidade não deve ser entendida como uma doença clássica que é acompanhada de dor, internação e risco de morte. Ela pode coexistir sem tais componentes, mas provoca diversas alterações, inclusive psicológicas (SEGER-JACOB; MELAMED, 2011 in RAMOS; MOSER, 2015).

⁵A metformina é a principal medicação deste grupo (SANTANA *et al.*, 2008).

⁶Citrato de clomifeno (SANTANA *et al.*, 2008).

⁷Técnica de reprodução assistida classificada de *alta complexidade*, nas quais a fecundação é extracorpórea em que se formam embriões em laboratório que serão transferidos para o útero materno, que são os procedimentos de fertilização *in vitro* (FIV) com transferência de embriões, que pode ser convencional ou através de injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) (CAVAGNA, 2009 in RAMOS; MOSER, 2015).

2.1.2 A Infertilidade e a Mulher

Etiologicamente, a infertilidade mostra-se como um problema conjugal. Ainda que a causa esteja ligada a um dos cônjuges, homens e mulheres percebem e vivenciam a infertilidade de forma diferente. As mulheres têm maiores dificuldades de lidar com a infertilidade e apresentam níveis altos de estresse diante do diagnóstico de infertilidade (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013).

Na busca pela transcendência, o ser humano costuma ver nos filhos a perpetuação da própria existência. Por muitos séculos, esse desejo fazia parte do espaço privado do casal. Homens e mulheres que não conseguiam ter filhos por meio de relação sexual estavam aprisionados a essa condição. O significado da infertilidade para o casal vem sendo objeto de vários estudos. Ao longo de suas trajetórias de vida, as mulheres vão se tornando mães e transformam a maternidade em uma experiência de continuidade, natural e fundamental na noção de feminilidade. Os homens, por sua vez, não concebem a paternidade como construção do passado. Eles relacionam a reprodução a uma situação do presente (casamento), chave para a confirmação da sexualidade e virilidade (SAMRSLA *et al.*, 2007, p.48).

Na cultura brasileira e nas sociedades latino-americanas, de modo geral, a maternidade continua sendo um dos principais papéis sociais a serem desempenhados pelas mulheres, sendo considerado normativo.

“a história brasileira foi marcada por uma cultura religiosa cristã-católica, que transpôs para o plano normativo a obediência e a servidão da mulher em relação ao homem e à procriação de tantos filhos quantos Deus e a natureza determinassem” (SAMRSLA *et al.*, 2007, p. 48).

Essa forma sociocultural de se perceber a infertilidade afeta fortemente os casais e gera abalos emocionais nos homens e, com mais intensidade, nas mulheres, mesmo que a causa da infertilidade esteja ligada a um fator masculino. Gera sentimentos como medo, ansiedade e frustração. A infertilidade é um acontecimento raramente esperado pelos casais, gerando transtornos emocionais (individuais ou conjugais) e também contribuindo para o surgimento e/ou agravamento dos problemas conjugais (FARIA; GRIECO; BARROS, 2012).

A percepção sociocultural da infertilidade não difere na maioria das partes do mundo. De acordo com a OMS (2011), as mulheres são mais estigmatizadas e culpadas socialmente pela infertilidade. A construção cultural se moldou historicamente de uma forma que o ato de conceber e criar filhos é atribuído às mulheres, reforçando a culpa destas e afastando os homens do comprometimento no fracasso da reprodução (FARIA; GRIECO; BARROS, 2012).

A maternidade continua sendo hipervalorizada na sociedade e o desejo de ser mãe é compartilhado por um grande número de mulheres (BRAUNER; KUHN, 2016). Isso pode estar relacionado com a educação e a cultura brasileira, que incentivam as mulheres desde a infância a se tornarem mães (GRADVOHL; OISSIS; MARUCH, 2013), como também pela educação

cristã, que vê a maternidade como uma dádiva divina e a infertilidade como um castigo (NEUENFELDT, 2007).

Na conclusão de seus estudos, Regino (2016) identificou que o desejo de ter filhos das mulheres,

“...está alicerçado às preocupações constantes com o tempo social e biológico que influenciam no cumprimento do papel social de esposa e mãe, na materialização/concretude do amor do casal, na continuidade da família nas gerações futuras, na comprovação da fertilidade e também na necessidade de ‘corrigir’ um problema de saúde que causou a infertilidade. O envelhecer social e biológico é um dos aspectos que mais preocupam os casais que apresentam alguma dificuldade em engravidar e que buscam nas tecnologias reprodutivas conceptivas a solução desse problema” (REGINO, 2016, p. 161).

Para a mulher infértil, existe ainda a diferença entre exercer a maternidade (por ex.: uma adoção) e gestar biologicamente. Esta é sempre naturalizada, ora como destino biológico inarredável, ora como valor social inseparável da concretização da identidade feminina.

De acordo com Trindade e Enumo (2001), muitas mulheres inférteis fazem da adoção uma possível solução para a infertilidade, outras não abrem mão da gravidez biológica, pensando nas novas tecnologias reprodutivas, intensamente veiculadas pela mídia como solução no tratamento para a infertilidade.

Diante do diagnóstico de infertilidade, muitas mulheres podem pôr em causa o seu sentido de identidade feminina, originando sentimentos de fracasso, falta de controle e baixa autoestima. Elas sentem forte impacto nos domínios “maternidade/paternidade” e “vida sem filhos” (GAMEIRO; SILVA; CANAVARRO, 2008, p. 255).

“Triste e incompleta: é assim que se sentem as mulheres impedidas de viver o que os dados apontam como a realização feminina: a glória da maternidade. Além disso, sentem-se pressionadas, solitárias, frustradas e inferiores” (TRINDADE; ENUMO, 2001, p. 20).

Difícilmente o homem admite ter problemas na reprodução, para o qual contribuem certamente as associações populares entre fertilidade, masculinidade e virilidade, o que faz com que muitos homens, quando confrontados com um diagnóstico de infertilidade, experimentem um sentimento profundo de perda, luto e inadequação social. Alguns chegam a períodos de impotência e ansiedade relacionada com a sua performance sexual (GAMEIRO; SILVA; CANAVARRO, 2008, p. 256).

A concepção masculina de perceber a infertilidade também é resultado da construção histórica brasileira.

Nos estudos históricos e antropológicos, raramente se encontram referências à infertilidade masculina, o que sugere que os problemas reprodutivos do casal têm sido, desde sempre, atribuídos às mulheres, engendrando metáforas e simbologias

pejorativas e humilhantes, principalmente nas sociedades patriarcais (TRINDADE; ENUMO, 2001, p. 8).

Mas, como exposto anteriormente, o fator masculino contribui em torno de 30% a 50% dos casos de infertilidade conjugal, tendo como principal etiologia alterações na produção do esperma (quantidade, qualidade, capacidade de movimentação e proporção com formato normal). Dentre os fatores ou condições que podem interferir ou influenciar a produção espermática estão traumas testiculares, uso de fármacos, presença de varicocele, entre outros (BRASIL, 2013).

Como a principal causa de infertilidade masculina está ligada à produção de esperma, a investigação pode ser mais precisa, rápida, menos onerosa e dolorosa com a realização de um único exame, denominado de espermograma, que serve para mapear a saúde, a mobilidade, anatomia e quantidade de espermatozóides. Mesmo sendo um exame simples e indolor muitos homens se sentem constrangidos e tardam a realizar o exame. Isso faz com que a centralidade das investigações seja na mulher.

Farias, Grieco e Barros (2012) apontam que a participação, contribuição e o interesse dos homens pela busca do diagnóstico e de um tratamento contra a infertilidade, traz mudanças positivas tanto no relacionamento conjugal, como na saúde psicológica da mulher.

Outro traço cultural de forte impacto psicológico para a mulher infértil é a concepção religiosa acerca da infertilidade. No contexto bíblico, a procriação e a maternidade são entendidas como bênção, de forma que a infertilidade é vista como um estado extremamente negativo para as mulheres (NEUENFELDT, 2007). Como a maior predominância religiosa no Brasil considera preceitos cristãos, esses valores são incorporados por uma parte da sociedade.

Berti (2014) chama a atenção para o envolvimento de questões religiosas, econômicas, morais e éticas na concepção da infertilidade, o que interfere inclusive no campo de políticas públicas, gerando amplos debates na formulação das leis que amparam a mulher infértil.

No casamento, geralmente são as mulheres que tomam a iniciativa de procurar ajuda médica e parecem ter maior dificuldade em abandoná-la, no caso de fracassos repetidos (GAMEIRO; SILVA; CANAVARRO, 2008).

Como dito anteriormente, o tratamento para infertilidade começa com investigação da causa (etiologia). Só depois de desvendada a causa é que inicia o tratamento propriamente dito, que pode ou não restaurar a fertilidade.

Para a investigação das causas da infertilidade feminina são necessários vários exames específicos, tais como: ecografia transvaginal e pélvica, histerossalpingografia, ultrassonografia seriada, biópsia de endométrio, dosagens hormonais (progesterona, estradiol,

prolactina, FSH, LH, TSH, T4 livre, entre outras) e avaliação genética. Muitos destes ou não são ofertados pela rede pública de saúde ou se encontram no âmbito da atenção especializada.

De acordo com o Ministério da Saúde:

Atualmente, existem poucos serviços públicos especializados na área da reprodução humana assistida e a maioria está concentrada nas Regiões Sudeste e Sul. Desse modo, para o devido encaminhamento dos casos que exigirão maior densidade tecnológica para sua resolução, é importante identificar a existência de serviços da rede com possibilidade de atendê-los, bem como verificar a acessibilidade deles (BRASIL, 2013, p. 255).

Para muitas mulheres, o tratamento para infertilidade só pode ocorrer por métodos mais avançados de reprodução assistida, como os procedimentos de inseminação artificial⁸ e fertilização *in vitro* (FIV).

Muramatsu *et al.* (2007) apontam que os avanços tecnológicos com reprodução assistida atingiram elevado grau de resolução de problemas contra a infertilidade e permitem atingir resultados antes impossíveis. Contudo, esse tipo de tratamento gera forte desgaste emocional, físico e financeiro.

De acordo com Ramos e Moser (2015), o tratamento em reprodução assistida é dispendioso, doloroso e oneroso, já que requer tempo para realização de exames, procedimentos e utilização de medicamentos, disponibilidade para grandes gastos financeiros, e ainda ter de lidar com invasão da privacidade sexual. Todos esses fatores modificam a vida social e profissional de uma pessoa submetida ao tratamento.

No Brasil, a demanda por serviços de reprodução assistida é crescente e a sua oferta é majoritariamente privada e a um custo elevado⁹. Contudo, não se conhece a extensão desse

⁸ Técnica de reprodução assistida classificadas de *baixa complexidade*, na qual a fecundação ocorre dentro do organismo da mulher, a inseminação intrauterina (IIU) e a inseminação intraperitoneal (CAVAGNA, 2009 in RAMOS, MOSER, 2015).

⁹ A autora realizou levantamento informal (apêndices I e II) com 8 casais que se submeteram às técnicas de reprodução assistida para quantificar este custo, já que nenhum dado foi encontrado na literatura. Foi observado que: 1) os valores variam dependendo da causa da infertilidade. Quando a causa está relacionada ao fator masculino, os valores tendem a ser maiores; 2) os casais tentaram em média de 6 a 7 anos a gravidez natural antes de se submeterem a qualquer técnica de reprodução assistida; 3) a maioria dos casais realizaram o tratamento mais de uma vez; três casais obtiveram sucesso (a gestação foi concretizada e o bebê nasceu) na primeira tentativa; um casal tentou mais de uma vez e quatro casais relataram que não obtiveram sucesso (três casais tentaram mais de uma vez e um casal realizou o tratamento apenas uma vez); 4) os valores gastos com o procedimento variaram de 8 mil a 50 mil reais e a média de gasto foi de R\$ 26.875,00. 5) três casais relataram que o plano de saúde cobriu algumas despesas, como alguns exames simples, consultas e exames de ultrassonografia; dois casais não tiveram nenhuma cobertura, mesmo possuindo plano de saúde; dois casais não possuem nenhum tipo plano de saúde; e um casal conseguiu por vias judiciais uma liminar que obrigava o plano de saúde a arcar com todos os exames para o tratamento, mesmo os não constantes no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 6) três casais participaram de algum tipo de programa de desconto oferecido pela clínica de reprodução, como a doação de óvulos para ganhar desconto na medicação ou a redução no valor dos procedimentos depois de várias tentativas e ainda a troca e doação de medicação entre grupos de pessoas que realizam o tratamento.

fenômeno tanto do ponto de vista regulatório quanto de suas implicações sociais, tecnológicas e econômicas (ABEP, 2012).

Na conclusão de seus estudos, Samrsla *et al.* (2007) chamam a atenção para a impossibilidade de muitas mulheres arcarem com as despesas de tratamento. Consideram ainda que o Estado tem a responsabilidade de fomentar a expectativa dessas mulheres, mas o serviço público oferecido não é capaz de suprir a demanda por tratamentos de infertilidade, estabelecendo uma relação de descaso, tornando os vulneráveis mais distantes dos benefícios supostamente garantidos constitucionalmente.

As garantias, as políticas públicas e os programas voltados a oferta da saúde fértil da mulher, bem como a integralidade na oferta do tratamento para infertilidade serão tratados no próximo capítulo.

2.2 POLITICAS PÚBLICAS E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Inicialmente, faz-se necessário esclarecer que há diversos entendimentos do que seja Política Pública e, por isso, não há um consenso de conceito. Para Souza (2006), a definição mais recorrente é a de Laswell: as decisões e análises sobre política pública implicam, em linhas gerais, responder às questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

Outras definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas. Portanto, é indispensável distinguir os conceitos de política pública e problema público.

Secchi (2016) afirma que usualmente, problema público é definido como a distância entre o *status quo* e uma situação ideal e possível para a realidade pública. Trata do fim ou a intenção de resolução de um problema. É um conceito intersubjetivo, que só existe se afetar uma quantidade ou qualidade considerável de atores. A política pública, por sua vez, é o meio ou mecanismo utilizado para a resolução de tal intenção, possui um conceito abstrato que se materializa com outros instrumentos concretos (leis, programas, campanhas e etc.).

O problema público está para a doença, assim como a política pública está para o tratamento. Metaforicamente, a doença (problema público) precisa ser diagnosticada, para então ser dada uma prescrição médica de tratamento (política pública) que pode

ser um remédio, uma dieta, exercícios físicos, uma cirurgia, tratamento psicológico, entre outros (instrumentos de política pública) (SECCHI, 2016, p. 5).

Secchi (2016) conclui que problemas públicos e políticas públicas existem nas mais diversas áreas (segurança, saúde, educação, meio ambiente e etc.), e que o objetivo da política pública é o enfrentamento, diminuição ou até mesmo a resolução do problema público.

Um dos modelos empregados para compreender o ciclo das políticas públicas é o que busca “padrões identificáveis de atividades ou processos” (DYE, 2009, p. 103), que o segmenta em três etapas/processos: a) a formulação, incluindo a identificação do problema, formulação de soluções e ações e a tomada de decisão; b) a implementação; e, c) a avaliação. A sistematização das atividades e atores envolvidos em cada etapa pode ser encontrado em Deubel (2008) e, como exemplo de sua aplicação à área de saúde, abordando as dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos, em Macedo *et al.* (2016).

Considerando que as políticas públicas se constroem como retorno às demandas e problemas sociais, compreender como ela se estrutura, os atores envolvidos, os jogos de interesses e negociações existentes implica no entendimento sobre aspectos do campo político que se articula com as questões econômicas e sociais, ou seja, é desvendar um conjunto de elementos adotados pelo Estado, como ações e estratégias que podem contribuir no entendimento acerca da redução ou ampliação das desigualdades sociais (REGINO, 2016).

São essas orientações políticas do Estado que passam a regular as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, como a assistência à mulher infértil, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental.

É importante considerar que a infertilidade como fator de relevância, e assim um problema público, não se baseia apenas por questões numéricas, mas também pondera o fator social, pois concentra-se no sujeito, no caso a mulher, como ser social, sua relação com a sociedade e sua percepção como ser socialmente aceito e incluso em um contexto sociocultural.

Berti (2014) aponta a subjetividade feminina como ponto relevante na gestão em saúde, no que diz respeito à reprodução e em tratamentos como a infertilidade:

Gestão em saúde envolve os sujeitos em suas experiências concretas de relações cotidianas, em que as mudanças não se fazem sem um processo de produção de subjetividade que é sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores como: sujeitos que possuem desejos, necessidades, interesses; processos de trabalho ou saberes; poder que se apresenta nos modos de estabelecer as relações; e políticas públicas que se legitimam na coletivização dessas relações (BERTI, 2014, p. 2).

A situação de infertilidade relaciona-se ao “sujeito” e em sua integralidade. E devido a possessão de causas multideterminadas, não se admite uma intervenção que exclua a dimensão

emocional. A infertilidade “é capaz de provocar efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal e desestabilizar as relações do sujeito com seu entorno social, podendo ocasionar um decréscimo na qualidade de vida” (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006. p. 434).

Dada essa magnitude de impactos, a infertilidade precisa ser encarada como problema de saúde pública, como explanado por autores:

Socialmente, um casal pode sentir-se estigmatizado por conta de uma rejeição real ou imaginária por não ter filhos, e o impacto desta condição atinge também o relacionamento conjugal e sexual, porque a infertilidade influencia diretamente a autoestima sexual e os objetivos de vida dessas pessoas. Dada a sua magnitude e os impactos sobre a saúde e o bem-estar das pessoas, a infertilidade, como doença, precisa ser considerada como um problema de saúde pública (GRADVOHL; OISSIS; MAKUCH, 2013, p. 256).

A evolução da pauta da infertilidade dentro do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, até que a mesma fosse entendida como um problema de saúde pública que necessita de uma política mais abrangente e específica, culminou com a criação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

2.2.1 A Infertilidade no Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher

No Brasil, a incorporação das políticas nacionais de saúde da mulher se deu prioritariamente para responder as demandas relativas à gravidez e ao parto.

Nas décadas de 30, 50 e 70 do século XX, os programas materno-infantis elaborados “traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (BRASIL 2004b, p. 15).

Em 1984, em um momento de intensa efervescência política e social e no bojo das transformações estruturais da sociedade brasileira que vinham ocorrendo desde a década de 1970, foi estruturado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O PAISM é resultado da convergência de diversas forças sociais, entre elas o movimento feminista, como corrente de pensamento e ação social que, a partir da ótica das mulheres, propõe a releitura do biológico da saúde da mulher tomando o social como base para a intervenção, e o movimento de reforma sanitária, advogando precocemente o princípio de que a saúde é um direito de cidadania e dever do Estado. O PAISM constitui ainda uma possibilidade pertinente, necessária e atual para a assistência à saúde das mulheres brasileiras, materializado na lei do Sistema Único de Saúde (SUS) (FONSECA, 1999).

Este Programa foi implantado dentro do SUS com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição Federal (1988) que prevê os direitos e deveres dos cidadãos; Lei n.º 8.080 (1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Lei n.º 8.142 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; e ainda as Normas Operacionais Básicas – NOB (1996) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS (2001), editadas pelo Ministério da Saúde.

Dentro do PAISM, a infertilidade é mencionada como tratamento da esterilidade, mencionada como um problema importante, porém não fundamental de saúde:

Sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de pesquisa e tratamento da esterilidade conjugal. Ainda que não seja um problema fundamental de saúde pública, assume dimensões graves no âmbito familiar, cultural e social, precisando, portanto, da atenção dos serviços de saúde (BRASIL, 1984, p. 13).

Como uma de suas diretrizes, o PAISM propôs “desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implantando métodos e técnicas do planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo casos de infertilidade” (BRASIL, 1984, p. 17), proporcionando assistência clínico-ginecológica no que diz respeito à

[...] orientação, nos casos indicados de infertilidade, sobre o uso de métodos naturais e artificiais de regulação da fertilidade, e a implementação de técnicas de menor complexidade, ou referência para outro nível de assistência, nos casos de indicação de técnicas de mais difícil execução” (BRASIL, 1984, p.19).

O PAISM aborda também a importância do acompanhamento terapêutico de casais em tratamento para infertilidade mais agressivos, que podem ter efeitos negativos sobre a saúde dos indivíduos que os usem.

Desde a sua gênese, o processo de implantação e implementação do PAISM enfrentou dificuldades, e a atenção a infertilidade não foi efetiva. No período de 1984 a 1989 e na década de 1990, o programa apresentou especificidades, influenciadas pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Em estudos realizados para avaliar as práticas do programa, foi constatada a existência de dificuldades políticas, técnicas e administrativas na implementação do mesmo (BRASIL, 2004a).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, foram incorporadas as dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. Naquele momento, a saúde reprodutiva foi definida como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (CIPD, 1994 in BRASIL, 2004a, p. 11).

Em 1996, por meio da Lei nº 9.263 (BRASIL, 1996), foram propostas novas ações políticas no que diz respeito ao planejamento reprodutivo ou planejamento familiar, definido como:

Um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e englobam adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual (BRASIL, 2016, p. 151).

A referida lei determinou que as instâncias gestoras do SUS devessem garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, assistência à concepção e contracepção, incluindo a oferta de todos os métodos e técnicas cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção. Porém, no detalhamento das especificações da lei, apesar de mencionar a oferta do auxílio à concepção, o teor de abrangência se refere somente a anticoncepção, com a oferta de serviços de esterilização.

As mudanças de perspectivas iniciaram em 1998, quando a saúde da mulher passou a ser considerada uma prioridade de governo (BRASIL, 2004a). A partir dos anos 2000, a atenção integral à saúde da mulher evoluiu de uma perspectiva que restringia a saúde reprodutiva somente às ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção), para uma visão mais integral, com ruptura das ações verticalizadas do passado, sem tratar problemas de forma isolada e incorporando novos temas, como a violência sexual, e criando parâmetros mais inclusivos para o tratamento da infertilidade e da reprodução (BRASIL, 2004a).

Foi somente em 2005 que foi discutida no âmbito do PAISM a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. No entanto, apesar das garantias jurídicas, o SUS mostrou-se despreparado para atender a demanda e apresentou dificuldades para garantir a integralidade das ações previstas.

2.2.2 Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), foi juridicamente instituída e organizado o tratamento para a infertilidade no âmbito do SUS, com a publicação da Portaria nº 426 (BRASIL, 2005b - anexo I). Esta portaria prevê a oferta de tratamentos para a infertilidade de média e alta complexidade, em todas as unidades federadas, tendo como base as seguintes considerações:

Considerando a necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde - SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado; Considerando a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar; Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS e sociedades científicas, aproximadamente, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil, sendo que a infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção; Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras; Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e Considerando a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS (BRASIL, 2005b).

Ainda em 2005, foi publicada a Portaria nº 388 (BRASIL, 2005b), a qual institui que as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal adotem, em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal, de Atenção em Reprodução Humana Assistida, sendo os estados os responsáveis pela coordenação das redes.

Além disso, a Portaria determinou que, para garantir a viabilidade dos serviços de atenção em reprodução humana assistida na média e alta complexidade, fossem observados os quantitativos, definidos por unidade da federação, onde a área de cobertura assistencial deveria ser de *um serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 habitantes*. A portaria dispôs ainda a relação de procedimentos incluídos no SUS para a reprodução humana assistida nos três níveis de atenção (BRASIL, 2005b).

Na tentativa de uma implementação mais efetiva e humanizada das políticas nacionais em saúde reprodutiva, foi publicada posteriormente a Portaria nº 1.459/2011, que institui no âmbito do SUS, uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o

direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Em 2012, em apoio ao planejamento familiar e à Rede Cegonha, foi publicada na Portaria nº 3.149/2012, a destinação de recursos financeiros, no valor total de dez milhões de reais, aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização *in vitro* (FIV). Entretanto, a distribuição desses recursos não foi igualitária. Seguindo critérios de relevância de contingentes populacionais, limitou-se aos grandes centros urbanos. Nenhum estado da região Norte, por exemplo, foi beneficiado, como demonstrado na tabela 1, anexo da referida Portaria (BRASIL, 2012a).

Tabela 1 - Distribuição de recursos financeiros para realização de procedimento de atenção à reprodução humana assistida

UF	Gestão	Município	CNES	Estabelecimento	Valor (R\$)
DF	Estadual	Brasília	0010537	HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	0027049	Hospital das Clínicas da UFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237601	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078015	HC da FMUSP Hospital das Clínicas São Paulo	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078287	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2082187	Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	0000434	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP	1.000.000,00
RN	Municipal	Natal	2409208	Maternidade Escola Januário Cicco	1.500.000,00
Total Geral					10.000.000,00

Fonte: Brasil (2012).

Como existem vários estados e até regiões inteiras que não possuem a oferta dos serviços de reprodução assistida no âmbito do SUS, o atendimento da mulher infértil poderia ser realizado através do Tratamento Fora de Domicílio – TFD, definido como:

Instrumento legal que permite através Sistema Único de Saúde - SUS o encaminhamento de pacientes a outras unidades de saúde a fim de realizar tratamento médico fora da sua microrregião, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/estado, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes (RAMOS; MOSER, 2015, p. 7).

Nos debates mais atuais do PAISM e da PNAIRHA, as discussões estão em torno do fortalecimento das ações voltadas às mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, garantindo legitimidade as minorias, considerando necessidades e especificidades às mulheres lésbicas e bissexuais, ponderando que o desejo ou o direito à maternidade precisa ser garantido, proporcionando acesso à técnicas de reprodução assistida, disponíveis pelo SUS, ou seja, uma oferta que independe do diagnóstico de infertilidade (BRASIL, 2016).

Mesmo que, ao longo de sua trajetória, tanto o PAISM como a PNAIRHA tenham buscado maior integralidade e promoção da saúde com perspectivas privilegiadas, principalmente com os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas a cidadania, a infertilidade não é abrangida (BRASIL, 2016). A oferta não tem sido universal, integral e equânime.

O Ministério da Saúde reconhece que “as histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico” (BRASIL, 2004a, p. 59).

Em uma pesquisa realizada por Samrsla *et al.* (2007) no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), de Brasília, Distrito Federal, com o objetivo de avaliar a expectativa de mulheres na espera do tratamento de reprodução assistida em hospital público, concluiu que o Estado precisa rever a forma como o tratamento de reprodução assistida é oferecido por meio do SUS, pois não corresponde as expectativas das mulheres a espera desse tratamento.

Mesmo com tecnologia em reprodução humana disponível, a pesquisa detectou que há escassez na oferta dos serviços, além de deficiências na oferta do tratamento de reprodução assistida, pois o mesmo não passa por um processo de correção e muito menos de distribuição de recursos. A espera imposta pelo Estado potencializa a expectativa das pacientes à espera de tratamento (e diminui as chances de sucesso no tratamento, pois a idade é um fator determinante na infertilidade), pois não há um padrão de informação sobre o tempo da espera. Existe ainda,

imprevisibilidade no repasse de medicamentos indispensáveis para a fertilização *in vitro*, o que coloca o oferecimento futuro do serviço em dúvida.

Há ainda que se ressaltar que os aspectos regulatórios no Brasil, no que diz respeito a reprodução assistida, estão muito aquém das práticas e impactos provocados pela oferta do tratamento de infertilidade de alta complexidade. “Além da regulação ainda tímida e incipiente, a elaboração de políticas de saúde e de ciência e tecnologia nessa área se ressentem da falta de conhecimento das peculiaridades desse mercado de serviços” (ABEP, 2012, p.3).

Na prática, a PNAIRHA não atende a demanda em sua totalidade, muito menos de forma integral. O verdadeiro avanço, baseado nos princípios de equidade e integralidade do SUS, não acontece de fato.

Considerando a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS, o financiamento obrigatório da reprodução humana assistida foi vislumbrado com a instituição da Portaria n. 426/2005, porém isso não tornou-se realidade, pois a mesma foi suspensa por falta de recursos financeiros e essa indisponibilidade pode ser considerada um fator essencial, perfazendo os demais achados micro-contextuais (REGINO, 2016, p. 87).

Em entrevista para o Jornal Estadão (2013), o Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde afirmou que a PNAIRHA, lançada em 2005, era “inócua da forma como estava construída”, prevendo procedimentos que nem aparecem na tabela do SUS. Completou dizendo que: “a política está em vigor, mas a operacionalização, pela ineficácia da portaria, foi suspensa”. A ideia era montar um grupo de trabalho para “pensar em uma política que mire na interiorização e contemple as Regiões Norte e Nordeste”.

Para Regino (2016), o motivo da suspensão foi financeiro, devido aos altos custos das técnicas e procedimentos utilizados, a grande demanda pelos serviços e a pequena oferta à população que convive com a infertilidade, o que torna o financiamento público da reprodução humana custoso.

O aspecto financeiro foi um dos elementos mais pontuados por gestores, políticos e usuários/as para o (in)sucesso, (des)continuidade ou implementação ou não da PNRHA. O financiamento público da reprodução humana assistida trouxe para o debate questões relacionadas aos altos custos das técnicas e procedimentos utilizados, a grande demanda pelos serviços, a pequena oferta à população que convive com a infertilidade e a vontade política. Devido ao caráter descentralizado do SUS, cabe aos Estados e Municípios participarem e ‘comprarem’ a Política como necessária, como prioridade para os seus governos, muito embora procedimentos de média complexidade já serem ofertados pelo SUS. Aconteceu com a PNRHA uma restrição de orçamento, que culminou com a ‘não’ vontade política e prioridades de governo, que fizesse com que ela se ampliasse e garantisse o acesso universal aos casais inférteis (REGINO, 2016, p. 158).

Portanto, apesar do enquadramento da infertilidade como um problema de saúde pública, da inserção no tratamento para infertilidade dentro do PAISM, da oferta de um tratamento de reprodução assistida custeado pelo SUS por meio da PNARHA, e todo o arcabouço jurídico que trata da questão, a mulher infértil continua sem atendimento integral.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no Acre, 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o quadro situacional da implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida no estado do Acre;
- b) Identificar, entre as usuárias entrevistadas, a percepção quanto ao acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos necessários ao tratamento da infertilidade pelo Sistema Único de Saúde, em específico os atinentes à Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

4 MÉTODOS

4.1 BUSCA DE REFERÊNCIAS SOBRE O TEMA

Para a elaboração dessa pesquisa, foi realizada uma pesquisa documental sobre a infertilidade como problema de saúde pública, sua inserção e evolução no programa de atenção integral de saúde da mulher e as problemáticas do tratamento de reprodução assistida.

A busca de referencial teórico foi realizada nas bases *Scielo* e *Medline*, utilizando os descritores infertilidade, infertilidade na saúde pública, tratamento para infertilidade e reprodução assistida, ovário policístico, endometriose, políticas públicas e percepção.

Além disso, para entendimento do contexto da infertilidade na saúde pública, bem como definições oficiais de termos, foram utilizados dados disponíveis em cartilhas, manuais, protocolos, planos, indicadores e guias publicados pela OMS e Ministério da Saúde, disponíveis no site do Ministério da Saúde e em outros sites especializados em saúde da mulher.

Para abordar sobre a legislação que fundamentou a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, foram consultadas leis, portarias e regulamentos expedidos que tratam do assunto.

Foram visitadas páginas de clínicas de reprodução assistida, a fim de saber os custos envolvidos na rede privada, e empregadas matérias em sites de jornais virtuais que falavam sobre a infertilidade.

Houve ainda a coleta de dados por meio de relatos e entrevistas na Secretaria Estadual de Saúde do Acre, objetivando descrever a oferta e o protocolo de acesso e assistência aos serviços diagnóstico-terapêuticos para a infertilidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4.2 ESPAÇO DA PESQUISA

Foi definido o estado do Acre como espaço/local para a pesquisa, tendo como base para estudo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida circunscritas e formuladas na esfera federal e implantada na esfera local.

4.3 TIPO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS

Para se atingir o objetivo geral, se procedeu a um estudo avaliativo que, para Contandriopoulos *et al.* (1997), consiste em elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes.

Podemos definir a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.* p. 37, 1997).

Podendo se descompor em uma ou várias dentre seis tipos de análises, que são: análise estratégica (analisa a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que deu origem a intervenção), análise da intervenção (estuda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados), análise da produtividade (estuda o modo como os recursos são usados para produzir serviços), análise dos efeitos (determina a eficácia dos serviços para modificar os estados), análise do rendimento (relaciona a análises dos recursos empregados com os resultados obtidos) e análise de implantação (mede a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção e seus efeitos e aprecia a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção).

Essa pesquisa realizou uma *análise de implantação*, uma vez que a PNAIRHA é complexa e composta de elementos sequenciais, podendo interagir de modo diferente no contexto acreano de outros locais onde foi implementada.

O primeiro tipo de análise da implantação consiste em medir a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos. Até mesmo uma ausência de efeito pode ser consequência do fato de que a intervenção avaliada não foi realmente implantada. O segundo tipo de análise da implantação consiste em se perguntar sobre os efeitos da interdependência que pode haver entre o contexto no qual a intervenção está implantada e a intervenção em si. (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p.44-45).

Para descrever a situação da PNAIRHA no Acre se empregou, além da pesquisa documental, a realização de entrevistas focadas nas informações dos gestores em saúde entrevistados quanto à implantação da Política.

As entrevistas com os gestores envolveram a opção por informantes-chave, quais sejam: o Gerente do Departamento de Atenção Primária, Políticas e Programas Estratégicos – DAPE; a Gerente da Divisão de Saúde da Mulher; e a Coordenadora da unidade de referência em saúde

da família (nominados G1, G2 e G3, respectivamente). Todos esses trabalham na Secretaria de Saúde do Estado do Acre (SESSACRE) e foram indicados pelo atual Secretário de Saúde para contribuírem com a pesquisa.

O objetivo destas entrevistas consistiu em identificar a oferta do tratamento para infertilidade disponível na rede pública nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, bem como a aparelhagem para investigação e tratamento da infertilidade, os profissionais que tratam especificamente da infertilidade e da reprodução assistida e quais as discussões existentes sobre a temática no que diz respeito à PNAIRHA.

Para a percepção dos beneficiários da Política foram realizadas entrevistas com membros de um coletivo de mulheres com infertilidade, formado após o desenvolvimento de uma campanha difundida em rede social, intitulada “Toda Mulher tem o Direito de ser Mãe”. O grupo se formou com o intuito de partilhar experiências acerca dos tratamentos disponíveis (medicação natural, reprodução assistida, utilização de indutores), exames realizados, apoio psicológico, troca e doação de medicamentos, referências médicas e centros de reprodução humanas, comparação de valores de tratamento em outros estados brasileiros, etc.

Participam desse grupo 27 mulheres de vários estados brasileiros, a maioria oriundas do Acre e do Ceará. Muitas já passaram pelo processo de investigação, detectaram a infertilidade e não possuem mais a possibilidade de uma gravidez natural ou tem chances reduzidas, e atualmente fazem (ou pretendem fazer) algum tipo de tratamento de reprodução assistida.

Foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, com 14 participantes deste coletivo, todas residentes no Acre. Uma descrição do perfil das entrevistadas contendo a idade, escolaridade e profissão das entrevistadas consta do Apêndice V.

As entrevistas com gestores foram agendadas previamente, realizadas pessoalmente e gravadas com o aparelho de telefone móvel utilizando aplicativos de gravação de áudio. As entrevistas com o coletivo de mulheres foram agendadas e realizadas através do aplicativo de mensagens *Whatsapp*, por meio de áudios, sempre no período de 18h as 22h, em horários indicados pelas próprias entrevistadas. Cada entrevista durava em média 40 minutos. Tanto as entrevistas com os gestores como com o coletivo de mulheres foram realizadas no mês de outubro de 2017. As entrevistas foram realizadas após a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, sendo transcritas com o auxílio do software de transcrição gratuito do navegador Google Chrome *Web Speech API*.

O roteiro para as entrevistas (apêndices III e IV) foi elaborado com base na tese de doutorado de Regino (2016), que trata do desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde, além de fazer uma análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida em Recife, Pernambuco.

Ao final, após a transcrição, as entrevistas foram categorizadas pela técnica da saturação e compatibilizadas a categorias empregadas em estudos semelhantes, de forma a facultar comparação entre as mesmas.

Por fim, esse estudo respeitou as disposições da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as regras quanto aos procedimentos metodológicos de pesquisa nas áreas das ciências humanas e sociais envolvendo a obtenção de dados diretamente com o participante do estudo.

4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pode ter ocorrido um recorte de classe, já que todas as entrevistas possuem nível superior (completo / incompleto), à exceção de uma. Essa seleção pode ter refletido nos resultados das entrevistas no que diz respeito à percepção das entrevistadas da PNAIRHA.

O projeto original focava na análise da implantação da PNAIRHA e, assim, o roteiro das entrevistas foi previamente elaborado segundo a Portaria nº 338/2005, que dispõe a relação de procedimentos incluídos no SUS para a reprodução humana assistida nos três níveis de atenção, dentre outras coisas. Porém, após a realização das entrevistas, os objetivos tiveram que ser alterados para uma análise da *não* implantação da PNAIRHA.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fazer a caracterização do sistema estadual de saúde do Acre, além da pesquisa documental, se fez necessário acrescentar outros elementos nas entrevistas com os gestores, devido à escassez de bibliografia sobre o assunto e para ampliar a descrição dos setores mais específicos envolvidos com a temática. Portanto, além de fazer as perguntas contidas no roteiro, buscou-se obter outras informações acerca do sistema de saúde e dados da infertilidade no Acre e ainda a estrutura das unidades envolvidas nos programas de assistência à saúde reprodutiva. Assim, o primeiro item desse capítulo apresenta a descrição do Acre e seu sistema estadual de saúde com base documental, seguido do que foi apurado nas entrevistas com os gestores.

O segundo item do capítulo apresenta os dados obtidos por meio da transcrição e análise das entrevistas, descreve o quadro situacional da implantação da PNAIRHA no Acre e identifica, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, as possibilidades existentes para dar acesso ao tratamento da infertilidade, com intuito de responder ao primeiro dos objetivos específicos desta pesquisa.

E por fim, foi descrita a percepção das mulheres entrevistadas quanto a PNAIRHA e identificadas as possibilidades percebidas por estas para o acesso ao tratamento da infertilidade pelo SUS, e assim responder ao segundo objetivo específico da pesquisa. Em especial, foram apontados pelas mulheres entrevistadas elementos e questões que caracterizam a infertilidade como problema público de saúde.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE DO ACRE

O Acre localiza-se no extremo norte do Brasil, sendo composto por 22 municípios, incluindo a capital estadual, Rio Branco. A população estimada para 2017 é de 829.619 mil habitantes (IBGE, 2010), distribuída em uma área territorial de 164.123,737 km² (densidade demográfica de 4,47 habitantes por km²) e com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,663, o 21º entre os demais estados do país (IBGE,2017).

Na tabela 2 se encontra os dados populacionais, área territorial, densidade demográfica e população estimada para o ano de 2017 por município do Acre.

Tabela 2 – Dados populacionais estimados dos municípios do Acre

Municípios	População (2010)	Área (km ²)	Densidade demográfica (hab/km ²)	População estimada (2017)
Acrelândia	12.538	1.807,95	6,94	14.366
Assis Brasil	6.072	4.974,18	1,22	6.986
Brasiléia	21.398	3.916,50	5,46	24.765
Bujari	8.471	3.034,87	2,79	9.664
Capixaba	8.798	1.701,97	5,17	11.136
Cruzeiro do Sul	78.507	8.779,40	8,94	82.622
Epitaciolândia	15.100	1.654,77	9,13	17.340
Feijó	32.412	27.975,43	1,16	32.360
Jordão	6.577	5.357,28	1,23	7.858
Mâncio Lima	15.206	5.452,85	2,79	17.910
Manoel Urbano	7.981	10.633,14	0,75	8.886
Marechal Thaumaturgo	14.227	8.191,69	1,74	17.897
Plácido de Castro	17.209	1.943,85	8,86	18.510
Porto Acre	14.880	2.604,89	5,71	17.459
Porto Walter	9.176	6.443,83	1,42	11.353
Rio Branco	336.038	8.834,94	38,03	383.443
Rodrigues Alves	14.389	3.076,95	4,68	17.945
Santa Rosa do Purus	4.691	6.145,61	0,76	6.230
Sena Madureira	38.029	23.753,07	1,60	43.139
Senador Guiomard	20.179	2.322,03	8,69	21.552
Tarauacá	35.590	20.171,07	1,76	40.024
Xapuri	16.091	5.347,47	3,01	18.174
Total /Acre	733.559	164.123,737	4,47	829.619

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados disponíveis no site do IBGE (2017).

Os indicadores de mortalidade e natalidade no período no período 2010 a 2014 se encontra na tabela 3. A taxa de natalidade era em 22,5 por mil nascidos vivos em 2010, passando a 14,47 por mil nascidos vivos em 2014, uma redução importante em um período de apenas cinco anos.

Tabela 3 – Indicadores de mortalidade e natalidade no Acre

Coefficientes	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa de Mortalidade Geral ¹	4,27	4,42	4,44	6,04	6,06
Taxa de Mortalidade Infantil ²	17,45	13,95	16,29	16,33	16,4
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce ²	8,54	6,8	8,42	7,93	6,81
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia ²	2,67	1,37	1,32	2,47	2,69
Taxa de Natalidade Geral ²	22,5	23,84	21,92	14,79	14,47

(1) Por 1.000 habitantes
(2) Por 1.000 nascidos vivos

Fonte: Elaborada pela autora, adaptado de ACRE (2017, p.54).

Em contraposição à queda na taxa de natalidade geral ocorreu um aumento contínuo na razão de dependência de idosos, de 6,3 em 2011 para 6,9 em 2016 (Tabela 4).

Tabela 4 – Indicadores demográficos no Acre

Indicadores Demograficos	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Esperança de vida ao nascer¹						
Ambos os sexos	72,1	72,5	72,9	73,3	73,6	73,9
Masculino	68,9	69,3	69,7	70	70,4	70,7
Feminino	75,8	76,2	76,6	76,9	77,2	77,5
Esperança de vida aos 60 anos²						
Ambos os sexos	20,6	20,8	20,9	21,1	21,3	21,4
Masculino	19,1	19,2	19,4	19,5	19,7	19,8
Feminino	22,2	22,4	22,6	22,8	23	23,1
Razão da Dependência³						
Jovens	57,6	56,3	54,9	53,5	52,1	50,6
Idosos	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7	6,9
Total	63,9	62,7	61,3	60,1	58,8	57,4
Razão dos sexos⁴						

(1) N° médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade

(2) N° médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos de idade, mantido o padrão de mortalidade

(3) Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (menores de 0 a 14 anos de idade e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade).

(4) N° de homens para cada grupo de 100 mulheres.

Fonte: Elaborada pela autora, adaptado de ACRE (2017, p.22).

Em 2010, do total da população, 365.235 (49%) eram mulheres, 197.361 (54%) destas em idade fértil (15-49 anos). As projeções para 2017 apontam um aumento na participação do número de mulheres na população, passando a 411.402 (49,6%) mulheres (IBGE, 2017).

O sistema estadual de saúde do Acre é composto por 749 unidades de saúde (vinculadas ou não ao SUS), entre centros, clínicas, consultórios, postos, farmácias, laboratórios, policlínicas e hospitais, distribuídos nos 22 municípios do estado (ACRE, 2017), como demonstrado na tabela 5:

Tabela 5 – Tipos e frequência de estabelecimentos de saúde.

Tipo de estabelecimento de saúde	Quantidade
Centro de Regulação do Acesso	3
Central de Regulação Médica das Urgências	2
Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematologia	3
Centro de Atenção Psicossocial	7
Centro de Saúde/Unidade Básica	205
Clínica/Centro de Especialidade	43
Consultório Isolado	252
Farmácia	8
Hospital Especializado	6
Hospital Geral	16
Lab. Central de Saúde Pública	3
Policlínica	9
Polo Academia de Saúde	15
Posto de Saúde	21
Pronto Atendimento	4
Secretaria de Saúde	25
Telessaúde	1
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	44
Unidade de Atenção a Saúde Indígena	16
Unidade de Vigilância em Saúde	20
Unidade Mista	10
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	32
Unidade Móvel Fluvial	3
Unidade Móvel Terrestre	1
TOTAL	749

Fonte: Elaborada pela autora, adaptado de ACRE (2017, p. 56).

Segundo dados dos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, respectivamente, existem 930 médicos (1,14 para cada mil habitantes) e 651 cirurgiões dentistas (0,80 para cada mil habitantes), inscritos e em atividade. Quanto aos demais profissionais de saúde, estão registrados 1.936 enfermeiros (2,37 para cada mil habitantes), 4.292 técnicos em enfermagem (5,26 para cada mil habitantes), 703 auxiliares de enfermagem (0,86 para cada mil habitantes). Na tabela 6 se encontra o pessoal ocupado em estabelecimentos de saúde em 2015, sendo que um determinado profissional poderá ter mais de um vínculo empregatício.

Não existem médicos com especialização em reprodução humana atuando no Acre dentre as 44 especialidades registradas.

[...] em 2015, o número de médicos ocupados nos diversos estabelecimentos de saúde era de 2.177, são mais de 44 especialidades médicas. A área médica com maior total de profissionais é a de clínico geral, que abrangem cerca de 31,0% do total de médicos, seguido pelo especialista de saúde da família (10,4%), pediatra (9,0%) e ginecologista/obstetra (8,7%). A soma das quatro especialidades médicas representa

59,1% do total, os outros 40,9% correspondem às demais especialidades (ACRE, 2017, p.59).

Tabela 6 – Pessoal ocupado em estabelecimento de saúde, 2011-2015.

Descrição	2011	2012	2013	2014	2015
Anestesista	82	70	61	70	67
Assistente Social	58	62	73	93	102
Bioquímico / Farmacêutico	139	162	57	68	66
Cirurgião Geral	120	116	128	141	125
Clínico Geral	624	621	631	678	675
Enfermeiro	791	825	905	1.046	1.104
Fisioterapeuta	192	213	227	224	229
Fonoaudiólogo	42	43	48	53	57
Ginecologista Obstetra	171	187	213	211	189
Médico da Família	150	195	212	230	230
Nutricionista	54	62	68	74	78
Odontólogo	377	406	449	438	437
Pediatra	198	206	199	202	195
Psicólogo	86	101	98	109	111
Psiquiatra	19	18	19	17	18
Radiologista	44	49	52	55	59
Outras Especialidades Médicas	624	643	626	646	619
Outras ocupações de Nível Superior	145	158	160	175	187
Pessoal de saúde - Nível Técnico					
Auxiliar	2.682	2.991	3.169	3.635	3.543
Pessoal de saúde - Qualificação Elementar	3.681	4.007	4.423	4.926	5.302
TOTAL	10.279	11.135	11.818	13.091	13.393

Fonte: Elaborada pela autora, adaptado de ACRE (2017, p. 58).

Em 2011, o governo do Acre aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que prevê melhorias na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, incluindo todas as equipes da atenção básica. Em 2015, o Acre alcançou 100% de adesão ao Programa, se tornando o primeiro estado do país a concluir o processo de ingresso no ciclo.

[...] no primeiro ciclo, o Acre teve um pouco mais de 23% das Equipes de Saúde da Família (ESF) incluídas no programa. No segundo ciclo, esse número subiu para 60,69%, e novas equipes aderiram ao programa, como Equipes de Saúde Bucal (ESB), 60,83%, e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 64,29%. Já no terceiro ciclo, todos os municípios estão participando da proposta (ACRE, 2017, p. 61).

O Ministério da Saúde formulou protocolo de atenção básica à saúde da mulher e montou um fluxograma da abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção (BRASIL, 2016), demonstrado no anexo II. Porém, não foi disponibilizada a lista com os hospitais de referência que oferecem esses serviços.

No Acre, o atendimento à atenção básica é de responsabilidade do Departamento de Atenção Primária, Políticas e Programas Estratégicos (DAPE). Conforme consta no organograma da Secretaria Estadual de Saúde do Acre, disposto no anexo III, o setor é responsável por articular:

[...] os programas e atividades relativas à saúde da criança, adolescente, mulher, idoso, crianças portadoras de necessidades especiais, alimentação e nutrição, saúde mental, agravos crônicos – degenerativos (hipertensão arterial e diabetes), agravos transmissíveis, ações itinerantes, saúde na escola, saúde bucal, quanto a:

I – normatizar, promover e coordenar a organização e desenvolvimento das ações, observados os princípios e diretrizes do SUS;

II – aplicar mecanismos de controle, monitoramento e avaliação das Ações Programáticas e Estratégicas, conjunta com o Departamento de Regulação da Rede de Assistência e ao Departamento de Vigilância em Saúde;

III – prestar cooperação técnica aos Municípios na organização de ações de atenção a saúde vinculada às ações programáticas e estratégicas;

V - coordenar, de modo articulado com outros órgãos do Estado, a formulação de conteúdos programáticos, normas técnicas – gerenciais, métodos e instrumentos que reorientem o modelo de atenção a saúde vinculada ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas;

VI – promover o desenvolvimento de estratégias que permitam a organização da atenção a saúde, com ênfase na atenção básica, saúde da família, visando favorecer o acesso, a equidade e a integralidade das ações e serviços prestados;

O DAPE em consonância com o Pacto pela Vida, que é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de propriedades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, a partir do qual se estabeleceram prioridades por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, pretende assumir as prioridades já pactuadas (ACRE, 2018).

O DAPE está dividido em 14 áreas técnicas que trabalham as redes temáticas e políticas do Ministério da Saúde, desenvolvendo algumas políticas públicas específicas, como a saúde da criança, saúde do homem, saúde mental, e a Divisão de Saúde da Mulher, responsável por trabalhar o PAISM e a PNAIRHA.

As redes temáticas desenvolvidas pelo DAPE são a rede de atenção psicossocial, que trabalha com a saúde mental; a rede cegonha, que é onde tem a interface com a saúde da mulher; a rede viver sem limites, que trabalha com pessoa com deficiência; e a rede das doenças crônicas. Das cinco redes temáticas a nível de Ministério da Saúde, quatro estão centralizadas no DAPE. Apenas a rede de urgência e emergência está concentrada no Serviço de Atendimento móvel de Urgência (SAMU).

A área técnica de saúde da mulher trabalha a parte de aplicação da política pública voltada à saúde da mulher e o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde que são pactuados. O plano de trabalho anual é construído com foco no plano estadual de saúde, onde todas as atividades da política de saúde da mulher que serão desenvolvidas, é verificado as demandas dentro de cada um dos municípios as fragilidades da referida área técnica.

Não existe nenhum protocolo estabelecido que atenda as mulheres em situação de infertilidade no Acre, porém a Policlínica do bairro do Tucumã é o local de referência em saúde da família e planejamento reprodutivo, onde são encaminhados serviços de atenção básica de meios contraceptivos (distribuição de anticoncepcional, vasectomia e laqueadura de trompas, dentre outros) e que atendem pessoas que procuram tratamento para infertilidade.

5.2 A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO ESTADO DO ACRE

Para realizar a entrevista com os gestores, o Secretário de Saúde do Acre foi inicialmente contatado. Ele identificou como informante-chave para a realização da entrevista o gerente do DAPE (G1). Este, por sua vez, convidou a gerente da Divisão de Saúde da Mulher (G2) para participar da entrevista. Desta forma, foi realizada uma única entrevista, com ambos presentes.

Tanto o gerente do DAPE como a gerente Divisão de Saúde da Mulher alegaram conhecer a PNAIRHA superficialmente e que a mesma não foi instituída em nenhum município do estado.

Até onde eu tenho conhecimento, nós não temos nenhuma política instituída nesse sentido, nem a nível estadual e nem municipal, eu desconheço. Como a gente tem contato com os 22 municípios eu desconheço que algum trabalhe esse foco (G1).

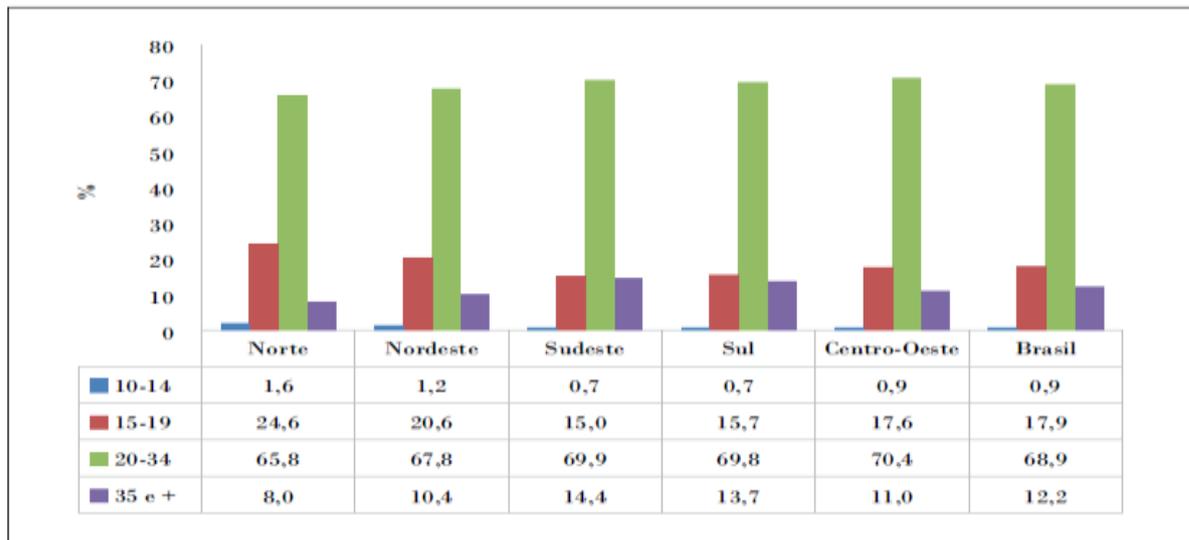
Afirmaram, também, que hoje o foco maior no Acre é o planejamento reprodutivo. E, nesse, a ênfase se dá na redução da natalidade.

[...] foi pauta de discussão com a UNICEF, o índice de gravidez na adolescência, o índice de mulheres com 34, 35 anos com 8, 10, 12 filhos, que é muito comum aqui no interior da região norte. A gente acha que não, mas tem muito no interior, a gente se depara muito com isso. Então, qual é o foco hoje da política pública aqui no estado voltado a Saúde da Mulher ...? É dentro do planejamento reprodutivo, apresentação dos métodos contraceptivos que o estado traz em parceria com o Ministério da Saúde. É um trabalho feito no estado, do ente federativo, do Ministério e dos municípios. São parte do planejamento reprodutivo, apresentação dos métodos contraceptivos, laqueadura, inserção do DIU, a camisinha masculina e feminina, o anticoncepcional, a tabelinha, a vasectomia. Enfim, as várias formas e técnicas para o planejamento reprodutivo da anticoncepção. Hoje o foco é esse (G1).

De acordo com o Ministério da Saúde, de fato, a região Norte possui o maior percentual de mães adolescentes (10 a 19 anos) com nascidos vivos (26,2%), seguida pela região nordeste (21,8%). Nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, cerca de 70% das mães possuem de 20 a 34 anos. As regiões Sudeste e Sul apresentam os menores percentuais de gravidez entre os 10 e 14

anos de idade (0,7%, em ambas) e os maiores de gestação acima dos 35 anos de idade, de 14,4% e 13,7%, respectivamente – Figura 1 (BRASIL, 2017).

Figura 1 – Proporção de nascidos vivos por idade da mãe, segundo a região de residência da mãe, 2014



Fonte: BRASIL (2017, p.24).

Segundo o gerente do DAPE, não existe nenhum levantamento de dados que aponte a quantidade de mulheres inférteis no Acre. E, mesmo com avanços na melhoria de ofertas de serviços da atenção básica, mais especificamente na área da saúde da família, o atendimento à infertilidade não foi contemplado. Quando questionados quanto ao atendimento integral à saúde da mulher, a resposta do entrevistado G1 foi:

Hoje o nosso centro de atendimento à saúde da mulher dentro da rede é o Centro de Controle Oncológico (CECON). O CECON é onde se oferece os exames de mamografia, colposcopia, de vídeo, ultrassom, os próprios exames invasivos quando há necessidade de fazer ..., enfim, são encaminhados para esse serviço. Mas não para infertilidade. E ele tem esse foco de cuidar da saúde, da prevenção e promoção, então ele está dentro da média complexidade. Dentro dos municípios eu desconheço alguma unidade que trabalhe com esse foco. No CECON nós temos ambulatório de ginecologia, no Hospital de Clínicas e na Fundação Hospitalar, que por mais que sejam de alta complexidade, o ambulatório está dentro da média complexidade (G1).

Segundo a gerente da Divisão de Saúde da Mulher, que participou de todos os encontros nacionais de coordenadores estaduais de saúde da mulher de 2012 a 2017, de periodicidade anual, essa pauta não apareceu nas discussões em nenhum dos mesmos.

A demanda para atenção à saúde das mulheres inférteis não é muito rotineira, mas quando há procura, só existe amparo para alguns serviços ligados a saúde ambulatorial

ginecológica, mas nada específico à fertilidade. A atenção é restrita a serviços de baixa e média complexidade.

Como é que se comporta essas demandas dentro da nossa rede de assistência do estado hoje? Se a mulher der entrada pela maternidade ... digamos que ela passa por um processo cirúrgico, e lá o médico identifica que a partir de agora para poder ser mãe a mulher precisa entrar em um tratamento. Qual é o encaminhamento que acontece dentro dos nossos serviços? Os médicos encaminham para o ambulatório de ginecologia que nós temos, no âmbito estadual e dentro de algumas unidades básicas de saúde, ... para fazer o acompanhamento e orientação técnica. Então, assim, o que o estado do Acre ... oferece hoje é o ambulatório de ginecologia. Dentro do ambulatório o médico vai orientar de que maneira conduzir. Agora, de eu dizer que existe um serviço específico para infertilidade, não.

Onde é a referência hoje para planejamento reprodutivo? Policlínica do Tucumã. Lá tem psicóloga, enfermeira, médico, tem uma equipe multiprofissional, assistente social, que trabalha com os grupos e faz essas orientações das técnicas de planejamento reprodutivo (G1).

Na entrevista com a gerente da Policlínica do Tucumã (G3), unidade de referência em saúde reprodutiva responsável pela entrada de processo para método cirúrgico de planejamento familiar, especificamente quanto à procura pelo tratamento da infertilidade e o atendimento dado aos casais que procuram pela concepção:

(...) caso a pessoa queira ter filho, não tem filhos e quer se planejar para ter filhos, já tivemos algumas procuras de mulheres ... geralmente são mais mulheres do que homens que procuram. São passadas para o ginecologista, no caso das mulheres, ou para o urologista, no caso dos homens. E aí eles começam a fazer as investigações: eles solicitam vários tipos de exames para detectar onde é que está o problema. Aí é mais na área médica, depende do critério de cada um dos especialistas daqui para saber quais os tipos de exames. Dependendo do que for, e se eles conseguirem detectar, aí eles vão fazer alguma intervenção que acharem necessária. A procura existe, mas é mínima se comparada à procura pela anticoncepção (G3).

A Policlínica Tucumã é referência estadual de entrada de processos administrativos para realização de procedimentos cirúrgicos e também o início de protocolo de atendimento do planejamento familiar, mas está restrita a serviços da atenção básica e de média complexidade para anticoncepção.

Nós não temos o tratamento para infertilidade, nós temos os médicos especialistas que tentam fazer uma investigação para saber qual é o tipo do problema. Se estiver na capacidade deles, que é passar algum tipo medicamento ... porque tem vários tipos de problemas, alguns certamente são cirúrgicos ... aí cabe da conduta de cada médico. Mas tratamento de reprodução assistida, algo mais complexo, nós não temos aqui na nossa Unidade (G3).

Mesmo a infertilidade sendo considerada uma pauta importante para os gestores, os principais empecilhos apontados por eles para a discussão e a implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no Acre seria a priorização de outras

políticas de atenção a saúde da mulher, “que exigem maior urgência e desencadeiam problemas maiores”. São exemplos citados: a alta taxa de gravidez na adolescência e o controle de natalidade. O que seria o inverso de investir em assistência à fertilidade.

Na realidade como o estado do Acre é um dos estados que tem a maior taxa de gravidez na adolescência e ... de gravidez como um todo ... o foco do gestor, o foco político, é da baixa natalidade. É ofertar as políticas que nós temos existentes, tanto dentro do estado como nos municípios, de que maneira a gente vai conduzir dentro da Saúde na Escola, dentro da Saúde do Homem, dentro da Saúde da Mulher, dentro da Rede Cegonha, como a gente vai se comportar dentro dos fóruns, dentro dos colegiados Então, o foco hoje é esse (G1).

Como regra entre os gestores entrevistados, sempre que a questão envolvia a infertilidade, a resposta apontava para a alta taxa de natalidade ou gravidez na adolescência, como sua antítese.

Nós não temos planos para assistência à infertilidade. Temos um projeto para oferecer a vasectomia aqui na unidade, porque a vasectomia não precisa ser em um ambiente hospitalar, ela pode ser em um ambiente ambulatorial. Diferente da laqueadura, que precisa da internação da mulher ... geralmente ela fica de 24 a 48 horas internada para avaliação. Então, daqui alguns meses, pretendemos abrir a sala de pequenas cirurgias para realizar a vasectomia aqui mesmo (G3).

E, confirmando o anteriormente citado, a discussão da infertilidade não se fez presente nem no momento de planejamento do nível de complexidade da Policlínica do Tucumã.

Para infertilidade não temos nada porque no projeto inicial aqui da policlínica tucumã não foi apresentado isso. Mas seria bastante interessante, quem sabe se a gente conseguir o apoio da secretaria quem sabe a gente pudesse dar maior assistência aqui de uma forma mais resolutiva, porque é angustiante para o paciente tentar ser pai, ser mãe e não poder (G3).

Ou seja, as entrevistas com os gestores desvelam que não ocorreu a etapa de implantação desta política pública, seja quanto às atividades necessárias (execução, gestão e alcance de objetivos), muito menos houve discussão da mesma com os demais atores potencialmente envolvidos na mesma, seja na administração pública, órgãos do terceiro setor e setor privado de prestação de serviços de saúde.

5.3 A PERCEPÇÃO DA MATERNIDADE PARA AS ENTREVISTADAS

De acordo com Dicio (2018) percepção significa impressão; capacidade para discernir; juízo consciencioso acerca de algo ou alguém, ou ainda assimilação ou ainda compreensão feita através dos sentidos ou da inteligência: percepção do sofrimento; percepção do clima. Ação ou efeito de perceber.

Num conceito mais psicológico, “a percepção é um conjunto de processos pelos quais reconhecemos, organizamos e entendemos as sensações recebidas dos estímulos ambientais. A percepção abrange muitos fenômenos psicológicos” (STERNBERG, 2000 *apud* Figueiredo, 2010, p. 3), daí a importância de entender os fenômenos psicológicos que impactam na percepção das entrevistadas que envolvem o desejo de gestar, a importância da maternidade e de ter um filho do próprio sangue.

Figueiredo (2010) mostra que existem seis teorias da percepção, mas as principais são:

a) a teoria da percepção construtiva, onde

[...] o indivíduo que percebe, cria uma percepção de um estímulo, usando as informações sensoriais para fundamentar a estrutura e acresce outras fontes de informação. Trata-se de uma percepção racional, também denominada inteligente. É a teoria que alia o que se sabe, com o que se sente e com as inferências, que são as deduções com base no conhecimento.

b) a percepção direta, que “se restringe às informações dos receptores sensoriais, incluindo o ambiente” (FIGUEIREDO, 2010, p. 3).

Rodrigues (1975) *apud* Figueiredo (2010, p. 4) apresenta o conceito de “percepção social” e aponta alguns fatores que a influenciam a natureza da percepção humana, dentre eles a seletividade perceptiva, condicionamento, experiência prévia, fatores contemporâneos aos fatores perceptivos.

Esse último pode se traduzir em fenômenos de defesa perceptiva, onde o indivíduo tende a bloquear na consciência os estímulos emocionalmente intrigantes, ou a de acentuação perceptiva, que resgata os estímulos positivos e simbólicos já associados. Segundo ele, a percepção das pessoas ou a cognição social ocorre em dois estágios, o pré-psicológico, “que inclui as condições do ambiente físico, as expressões faciais e verbais do emissor, a estimulação sensorial e a clareza do estímulo”, e o estágio psicológico, onde “o receptor filtra o estímulo considerando seus valores, atitudes, necessidades, interesses, estereótipos e preconceitos, possíveis alterações mentais” (RODRIGUES, 1975 *apud* Figueiredo, 2010, p.3). Sendo assim, uma mesma mensagem pode ter impactos completamente diferentes em um grupo de pessoas e a cognição se torna ainda mais difícil quando o estímulo é de natureza abstrata como intenções, sentimentos e emoções.

A infertilidade é enfrentada tanto no campo psicológico como no campo social, por isso é importante investigar a forma de perceber a infertilidade nesses campos, já que a percepção está ligada a sensações e estímulos ambientais recebidos e envolve fenômenos psicológicos e sociais.

Quando questionadas sobre o desejo de ter filhos, as motivações foram variadas, mas em suma correspondem com os estudos de Regino (2016), que elenca que na maioria das vezes o desejo está ligado ao tempo social e biológico que influenciam no cumprimento do papel social de esposa e mãe e na concretude do amor do casal no que diz respeito a formação e a continuidade da família.

O desejo de ter filhos é antes de tudo o meu sonho. Eu tenho 40 anos e cada vez mais o tempo vai passando e a gente vai querendo mais coisas, né? E conforme você vai querendo você vai deixando algumas coisas para trás e agora eu acho que a gente pensou ser a hora certa, na verdade, mas não contávamos com tantos os atropelos. E eu tô vivendo algumas situações que estão me provando, literalmente. Me testando, até onde você vai por esse sonho? até onde você aguenta? e ele não morreu nem um pedacinho dentro de mim. É meu maior desejo é meu filho, ou minha filha, ou os meus filhos, maternidade para mim hoje é o que eu necessito para me sentir completa (Entrevistada K).

Parcela das entrevistadas vinculam a maternidade ao casamento e ao desejo prévio de engravidar, usualmente desde a infância, a exemplo de identificado por Gradvohl, Oissis e Maruch (2013).

Desde o início do casamento eu sempre deixei claro que eu queria. Meu marido, no começo, não. Mas depois ele também quis, né? É uma espera que mensalmente ela nos mata um pouco por dentro, né? Porque cria-se toda uma expectativa, você passa o mês todinho se planejando, né? Olhando tabelinha, seguindo tudo à risca, para ver se vem. E quando acontece um dia ou dois de atraso, já vem aquela alegria ..., mas no momento que vem a menstruação, vem a tristeza, né? Então é bem ruim (Entrevistada A).

Eu sempre tive o desejo de ter filhos e isso eu já tinha desde a infância. Eu sempre sonhava que ia ter três, quatro filhos, ia ter uma família bem grande Quando eu soube da infertilidade foi o pior momento da minha vida. Eu demorei muito tempo para processar isso. Eu acho que até hoje não aceitei, isso assim, de verdade. Mas a maternidade é importante para mim como parte da minha vida. Eu acredito que existem pessoas que têm grandes sonhos, se formar, ter uma estabilidade financeira bem grande, buscar sonhos, viajar, fazer grandes conquistas ... e o meu sonho sempre foi ser mãe. Para alguns isso é tão simples e para mim se tornou um sonho. Não é uma meta, não é um desejo, apenas... cada dia que passa é um sonho e sonhos às vezes não se realizam (Entrevistada J).

A entrevistada F caracterizou o fato de ter um filho como algo vinculado à tradição cultural tradicional, o que também foi apontado nos estudos de Gradvohl, Oissis e Maruch (2013), Samrsla *et al.* (2007) e Regino (2016).

A importância de se ter um filho do próprio sangue eu penso que é por questão tradicional da família, cultural também, porque desde sempre foi assim, né? Então, a ciência, a tecnologia, o mundo está cada dia mais avançado, entendeu? E hoje permite que a mulher venha realizar o sonho de ser mãe através de um outro método, né? Mas que o tradicional é esse, é o homem e a mulher do modelo que antigamente era e até hoje também continua. É claro, para aqueles casos que não tem outro jeito aí sim entra nesse sistema mais avançado, mas eu acredito que é isso, mais pela questão tradicional, pelo mesmo modo que nós também fomos feitos... (Entrevistada F).

Outras entrevistadas apontaram o direito inerente em ser mãe, mas retornando à questão da pressão social sobre a maternidade.

Nós mulheres temos o direito de ser mães, de ter essa experiência e passar por essa experiência. Você ser mãe é como se você tivesse cumprindo uma obrigação, um papel da sociedade, porque isso é muito importante na vida de uma mulher. Todas nós *devemos passar* por essa experiência e ter essa experiência, porque eu acho que não tem algo mais milagroso do que você gerar um filho e você dizer assim: “Isso aqui é meu! Veio de mim” (Entrevistada G, grifo da autora).

Uma entrevistada, em especial, citou o fato desta pressão converter o desejo de engravidar em uma obsessão.

Só de ouvir tantas e tantas coisas sobre maternidade, de que não vai dar certo, de que eu já estou com a idade avançada, de que meu filho pode nascer deficiente ... depois de te ouvir tudo isso, e mais, que eu não vou conseguir... Isso aí é o que eu mais escuto, para deixar para lá, né? *Isso se torna uma obsessão*, uma obsessão. Porque tudo que tu batalha, batalha, batalha e a gente fica com aquela coisa de ... sei lá, eu acho que de ideia fixa. Então, o desejo se torna obsessão. De tanto que tu quer e de tanto que tu não consegue, que se torna obsessão. É muito importante a maternidade (Entrevistada D, grifo da autora).

A maternidade foi referida por algumas entrevistadas como algo vinculado a preceitos religiosos, retomando o colocado por Neuenfeldt (2007) e Berti (2014).

O meu desejo é um desejo bem sereno, bem suave. Não é nada assim que me faça sofrer por isso não, entende? É um desejo assim que eu ponho nas mãos de Deus porque eu sei e acredito que Ele é o dono da vida e a partir do momento que Ele quiser mudar qualquer situação, para qualquer pessoa, não existe medicina, não existe nada, né? ... A importância da maternidade para mim é a curiosidade de sentir algo que eu com certeza nunca senti, né? E de receber minha herança aqui na terra, como diz Deus na sua palavra, que a herança do Senhor são os filhos e o fruto do ventre o seu galardão. Então, quando eu receber essa benção, sei que também estarei recebendo minha herança nessa terra dada por Deus. É isso (Entrevistada E).

E assim, a importância para mim, é que eu vejo filhos como uma herança do Senhor, uma herança de Deus, e eu quero ser contemplada com essa herança, eu quero (muito emocionada, chora). Tenho esse sonho, e não é uma questão de egoísmo, né? De dizer assim: por que que não adota? Eu já criei dois, eu queria ter um o meu biologicamente, dentro de mim, sentir mexendo. Quero saber qual é a sensação (Entrevistada A).

Algumas mulheres relataram que, diante do diagnóstico de infertilidade, a busca pela maternidade se tornou mais ávida.

[...] O meu desejo de ter filho foi aflorado, veio esse balde de água fria, com essa impossibilidade aos olhos humanos de não ter filho. Eu vejo que toda família precisa ter um descendente ... eu creio que, depois do casamento, acho que é o segundo passo para a construção de uma família (Entrevistada I).

Uma entrevistada separou os momentos entre estar grávida (“eu me sinto incompleta como mulher”) do ato de ser mãe.

Não sei se seria uma contradição, mas é um contraponto, porque ... na minha família nós não temos problemas com a adoção. Mas por que que seria tão importante para

mim eu ter um filho, né? É engraçado que a minha relação com a maternidade tem muito mais a ver comigo, né? Não é porque seria o meu filho biológico necessariamente. Ela tem a ver comigo mesma, com a sensação de estar grávida, com o gerar uma criança, com passar 9 meses, com enjôo, com o peito crescer, com poder amamentar, essa é a importância para mim.

Não é necessariamente que o meu filho seja biológico. Mas se eu tiver que fazer uma análise da importância biológica dele também, é poder me reconhecer, é olhar para ele e ver um pedacinho de mim, né? Será se ele vai ter meus olhos? Se vai ser o meu nariz? Se vai ser minha boca? O meu temperamento? Se ele vai ser a cara inteira do pai? ... a maternidade para mim, o fato de estar grávida, tem muito mais a ver comigo do que necessariamente com a criança em si. Eu me vejo capaz de amar uma pessoa, uma criança, tê-la como filho independente de ter nascido de mim ou não, mas a maternidade é uma necessidade para mim. Eu me sinto incompleta como mulher pelo fato de não ter gerado um filho. Então assim, é como eu disse, eu preciso que haja uma negativa “Olha, você não pode” e aí eu trabalhar isso na minha cabeça e partir para outra, mas enquanto a situação for “Podemos”, eu vou apostar nisso. É bem assim para mim (Entrevistada K).

Uma das alternativas à maternidade corriqueiramente colocada aos casais em tratamento para a infertilidade é a adoção. A adoção pode ser definida como “a criação de um relacionamento afiliativo que envolve aspectos jurídicos, sociais e afetivos que a diferenciam da filiação biológica” (REPPOLD; HUTZ, 2003, p.25). As principais diferenças seriam o processo de avaliação realizado para fins de habilitação à adoção, a indeterminação temporal da “gestação” adotiva, o desconhecimento da história do adotado e a excessiva valorização social dos laços consanguíneos.

Eu não pensei ainda na ideia de adotar uma criança, mas quem sabe daqui um tempo, né? Se caso eu não conseguir ter um bebê, de fazer um bebê, então eu acredito assim que tem muitas crianças por aí que queria tanto um lar, né? Aquele amor de mãe... em alguns casos, o filho de sangue não tem o mesmo amor que um filho de coração, um filho de criação. E eu conheço casos assim que o filho maltratou a mãe e depois de adulto o filho que é de criação cuidou dela, sabe? Teve o carinho assim muito grande. (Entrevistada F).

Antes eu pensava que essa criança vinha com genética né? De pessoas muito diferente de mim e que isso poderia ser um problema, mas hoje eu penso de outra forma eu vejo como uma questão que o que importa é o sentimento que você tem pela aquela criança, aquela vontade de querer ser mãe, isso prevalece sobre qualquer outro problema (Entrevistada N).

Foi referida a existência de uma diferença entre ver a adoção como alternativa para exercício da maternidade e querer adotar de fato. Oito das quatorze entrevistadas veem a adoção como uma alternativa na impossibilidade de gestar biologicamente. Para estas entrevistadas, o ato de adotar se converte em ação humanitária ou um gesto de amor.

Olha a adoção ... ela seria para mim uma última alternativa, né? Se ela fosse a última sendo a última esperança, né? Claro que também teria que ser de comum acordo com o meu esposo, mas adotar para mim não teria nenhum problema. Eu acho até um ato muito bonito, um ato de amor também, porque a gente sabe que infelizmente existem mães por aí que infelizmente fazem e deixam, largam. Eu adotaria assim se fosse uma

última alternativa, mas até então nunca passou pela minha cabeça. Mas sendo a última alternativa, sim, com certeza adotaria (Entrevistada N).

Seis das 14 entrevistadas, ao abordar a questão da adoção, apontaram restrições, alegando o desconhecimento da herança genética do adotado e a ausência de viver as etapas da gestação. Contudo nove entrevistadas declararam que não adotariam, ainda que algumas delas considerem que não há “*problemas*” com em adotar (aprovam o ato de adotar, mas não pretendem adotar), quatro afirmaram que só recorreriam a adoção até que esgotadas todas as possibilidades de gravidez biológica, e uma afirmou que pretende adotar independente de gestar biologicamente.

Muitas pessoas dizem que é assim, que é você ver a sua história se perpetuando, é você ver que a pessoa está dando continuidade a você, que laços de sangue são laços maiores e tal. Mas sinceramente eu não tenho isso em mim, que é superimportante ter um filho do meu próprio sangue ... se não conseguir engravidar eu vou recorrer à reprodução assistida. Se não der certo eu não tenho problema nenhum em adotar uma criança, em ter um filho que não seja do meu sangue. Eu vou me apegar, amar, cuidar da mesma forma com todo mesmo amor, para mim é indiferente entendeu? Muitas pessoas é claro, dizem “não, porque tem que ser no sangue, tem que ser meu filho, não sei o quê”. O meu esposo, por exemplo, quando eu falo em adoção ele pula lá na frente. Ele diz: “Não, tem que vim da gente, pra eu poder dizer que eu faço menino bonito, não sei o que e tal”. Ele fica brincando assim, mas para mim é indiferente (Entrevistada M).

De acordo com Sampaio (2007) o grupo de pessoas que mais procura legalmente adotar uma criança é constituído por casais inférteis que já passaram por longos processos de tratamento de reprodução humana na tentativa de gerar um filho biológico. Afirmção que encontra ressonância nas entrevistas realizadas, de ver as características físicas e de personalidade do casal no filho ao desejo de passar por todas as etapas da gestação. Momento em que a maternidade biológica se converte, segundo as entrevistadas, em traço de feminilidade, um ideal feminino ou mesmo um papel socialmente determinado.

As respostas das entrevistadas em relação a adoção correspondem com as afirmações de Regino (2016), que aponta que a adoção dentro da PNRHA foi pensada de forma a garantir a integralidade no cuidado em saúde dos casais inférteis, porém, com a suspensão da Portaria, grande parte dos casais inférteis sentem-se penalizados ao fazer da adoção a única alternativa o que acontece “não por escolha do casal, mas por uma ‘imposição’ das condições que lhe são dadas devido à falta de recursos financeiros para realizar um tratamento na rede privada ou falta de acesso ao serviço público de saúde que deveria garantir o direito ao planejamento familiar” (REGINO, 2016. p. 159) o que fere o princípio da integralidade do direito à saúde.

Em síntese, os dados encontrados referendam o descrito por Trindade e Enumo (2001) quanto à relação entre infertilidade, emprego de técnicas de tratamento e a adoção.

5.4 PERCEPÇÃO DO COLETIVO DE MULHERES INFÉRTEIS QUANTO À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

O foco deste estudo é a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Quando perguntadas quanto à mesma, a totalidade das entrevistadas referiu desconhecimento pleno da existência desta política.

Bom, eu não conheço a política nacional de atenção integral em reprodução humana assistida. Na verdade, não sabia que existia essa política nacional, portanto nem me sinto contemplada, porque durante todo esse tempo, tudo que eu fiz a respeito, busquei a respeito sobre gravidez, exames e etc., tudo foi particular mesmo. Eu nem sabia da existência de uma política nacional nesse âmbito (Entrevistada K).

O desconhecimento absoluto quanto à PNAIRHA por parte das entrevistadas, impossibilitou a discussão quanto à mesma, em suas várias fases.

Eu não conheço essa política, eu não tenho acesso a esse tipo de informação, não sei nada a respeito. Eu acredito que se trata da fertilidade da mulher, né? Mas eu tinha vontade de descobrir, de saber mais informação sobre isso. E eu não me sinto contemplado pela mesma aqui no Acre, eu me sinto desvalorizada e não sei responder. Hoje em dia as autoridades estão mais preocupadas com que as mulheres não saiam grávidas e que as mulheres se previnam, mas esqueceram de dar um apoio àquelas que que querem um tratamento de fertilidade. Eu acho que é isso (Entrevistada F).

A investigação seguiu avaliando outros serviços relacionados a saúde reprodutiva nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade, retomando assim os estudos de Contandriopoulos *et al.* (1997), que afirmam que a ausência de efeitos pode ser consequência da não implantação da intervenção política proposta.

De acordo com a portaria 388 / 2005, a atenção básica é a porta de entrada para o tratamento de infertilidade, e nela estão incluídos a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto (BRASIL, 2005b). Nível de atenção considerado como precário pelas entrevistadas.

Falta tudo. Para você conseguir uma consulta com ginecologista pelo SUS aqui no estado, você precisa primeiro passar por um clínico. Para você passar por um clínico você tem que procurar um posto de saúde e ir três ou quatro horas da manhã para pegar uma ficha, para você passar por um clínico, para só depois você conseguir marcar com ginecologista. Então, muitas das vezes, você nem consegue uma senha para ser consultada com clínico, imagine ginecologista, imagine um tratamento tão delicado quanto esse [da infertilidade]. Então, eu acho que para início a atenção básica tem que melhorar muito nos cuidados básicos, então eu acho isso uma realidade muito distante da nossa, do nosso estado, isso aí acontecer ...

Eu não conheço essa política e aqui no estado, eu nunca tive, nunca fui contemplada a nada nesse sentido. Quando descobri que eu tinha dificuldade de engravidar eu ... no início eu busquei a o SUS, mas nunca fui bem-sucedida (Entrevistada J).

Duas mulheres entrevistadas relataram que procuraram primeiro por algum serviço municipal de atenção à saúde para diagnóstico ou tratamento da infertilidade. As que assim o fizeram não obtiveram sucesso.

As entrevistadas relataram que só tiveram acesso a alguns serviços e exames relacionados ao sistema reprodutor no nível de atenção básica na ocorrência de problemas ginecológicos clínicos e ambulatoriais como gravidez tubária, abortos em repetição, curetagem, cirurgia de endometriose e etc., mas nenhum exame específico para investigar infertilidade.

O único que eu tive acesso foi o exame clínico ginecológico. A partir daí foi detectado pra mim fazer a videolaparoscopia e eu fiz os exames de hormônio. Eu fiz também uma ressonância antes de fazer a cirurgia. Hemograma completo, um ultrassom pélvico. No caso da cirurgia eu fiz uma biópsia que era para detectar se era realmente a endometriose e a cirurgia (Entrevistada I).

Os casos não atendidos pela atenção básica são encaminhados para os serviços de referência de média complexidade e incluem a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização *in vitro* (BRASIL, 2005b).

Já os casos não resolvidos na média complexidade são encaminhados para os serviços de referência de alta complexidade para a realização de fertilização *in vitro* e da inseminação artificial (BRASIL, 2005b).

Bom, depois de muito tempo de exames isso e aquilo, querendo engravidar já 6 anos, vim descobrir que tinha endometriose. Mas depois de muitos e muitos tempos depois, isso no particular ... imagine público.... Não sei nem te dizer se na rede pública eles vão te falar alguma coisa sobre isso porque na realidade eles não passam essas informações pra gente, não tem divulgação na internet e nas redes sociais sobre isso. É frustrante você saber que você tem uma doença, uma enfermidade, que você não consegue ter filho e você não tem auxílio de governo. Eu fiz a fertilização, não deu certo, e aí este ano eu parei. Talvez eu volte o ano que vem, mas eu não tenho certeza se eu quero mais fazer não (Entrevistada G).

Uma das entrevistadas relatou que chegou a ser referenciada em um programa público de reprodução assistida no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), uma das unidades beneficiadas pela Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana (PNAIRHA) com os recursos da portaria nº 3.149/12. Ela realizou todos os exames que detectam a infertilidade em serviços de saúde privados e, após passar por uma junta médica do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Acre, conseguiu agendar uma consulta no HMIB.

Pela atenção básica eu ainda não tive acesso a essa situação de infertilidade, o que eu posso colocar é que eu participei de um programa de fertilização no HMIB lá em Brasília, mas eu não entrei pela atenção básica, eu fui no TFD [Tratamento Fora do Domicílio] daqui e mostrei meus exames e passei por uma junta e consegui que eles marcassem uma consulta lá em Brasília. Aí eu fui lá e me inscrevi. Depois de três anos fui chamada, ano passado até, mas teria que ter vários critérios. E um dos critérios, no meu caso, era perder peso, 20 kg. Eu não consegui ... então, eu não fui em frente com o programa lá. Assim, eu tive acesso, mas não como deveria ser feito através da atenção básica, porque o que eu entendo é que esse processo do HMIB você vem de um centro de saúde e faz a sua inscrição lá, no caso você já vem com todo esse diagnóstico que é feito lá na atenção básica. Eu, como aqui não tem esse serviço, eu fui requerer através de TFD já com os meus exames prontos, ... é uma das dificuldades que eu vejo, é justamente isso, é não ter o serviço aqui de fertilização e inseminação, e a gente tem que se deslocar para outra cidade onde o custo de alimentação e de permanecer nessa cidade fica muito caro também (Entrevistada N).

Vale ressaltar que, mesmo que algumas entrevistadas refiram a utilização da rede privada de assistência médica, seja pela ausência ou retardamento do serviço na rede pública, seja pelo desconhecimento de serviços de reprodução assistida pelo SUS, isso não define a inexistência da PNAIRHA.

Abaixo relato que desvela o quão demorado pode ser o diagnóstico e o estabelecimento dos procedimentos necessários para identificar os motivos da infertilidade e sua resolução.

Eu me casei aos 34 anos e desde então comecei a tentar engravidar. Fui ao ginecologista, ele passou um indutor e disse que, se em seis meses eu não tivesse engravidado, iria mudar o método. Tomei o indutor, não surtiu efeito algum, e quando eu retornei à consulta 6 meses depois ele passou uma ultrassonografia e aqueles exames bobos, né? Ultrassonografia, ultrassom de mama.... Disse que estava tudo normal, que eu continuasse tentando e, depois de um ano, que eu voltasse que ele passaria o indutor de novo. E nesse tempo todo eu vinha tentando engravidar, não tomava nenhum método, não usava nenhum método contraceptivo e a gravidez não vinha. Resolvi mudar de médico. Mudei de médicos, fizeram a mesma coisa: ultrassom, endovaginal, ultrassom de mama e mamografia, eram os exames que passavam. Até que com quase 40 anos, fui para uma palestra e tinha uma ginecologista nessa palestra. Ela foi e falou de alguns exames que a pessoa poderia fazer para descobrir se era infértil, era estéril, alguma coisa do tipo ... eu fiz a histerossalpingografia, que aponta que eu não tenho problema nenhum.... Meu esposo também fez exames, fez ultrassom de saco escrotal e fez espermograma, tudo normal. Mas até então gravidez nenhuma, né? ... E assim, a minha luta é essa, não sei se tenho algum problema porque aqui no Acre o negócio pega! Eu já com 41 anos, eu acho, ele passou o indutor por 3 meses, tomar 50 miligramas, né? Que era um comprimido, e se em 3 meses eu não engravidasse era para aumentar a dosagem para 100 miligramas. Quando eu aumentei para 100 miligramas eu tive um AVC. Por sorte eu não tive nenhuma seqüela ... e eu tive que suspender esse método. E atualmente eu não tento nada porque a fertilização *in vitro* pública, ela só contempla mulheres até 35 anos. Se você tem mais de 35 anos acabaram suas chances de conseguir algo no setor público (Entrevistada A).

As causas da infertilidade mais comuns relatadas pelas entrevistadas foram aborto em repetição e obstrução tubária, além de endometriose, SOP e outros problemas ligados ao sistema reprodutor, como miomas, nódulos na tireoide e causa masculina. Os relatos das entrevistadas reforçam o que consta da literatura, o Ministério da Saúde aponta que a maior causa da

infertilidade está relacionada a idade reprodutiva (BRASIL, 2010), que na mulher, diminui drasticamente após os 35 anos (exatamente a idade média das entrevistas), além de relacionar outros fatores causadores de infertilidade, como abortamento habitual, problemas anatômicos relacionados ao útero ou às trompas (BRASIL, 2013), sendo a obstrução tubária o problema mais incidente entre as entrevistadas. Também foram relatados casos de endometriose que, para Berti (2014), é a patologia que mais causa infertilidade, o que diverge com Ramos e Moser (2015), que considerada a SOP a principal causa. Algumas entrevistadas apontaram o fator masculino, referendando estudos como os de Santana *et al.* (2008), Azevedo *et al.* (2008) e Moreira *et al.* (2013), onde esses afirmam que metade dos problemas de reprodução está relacionada a causas masculinas.

Então, eu vou contar um pouco sobre a minha história. Aconteceu que eu já tive dois abortos. O primeiro foi muito recente, acho que três ou quatro semanas. O outro também, já não me lembro ao certo, mas acho que foi umas 6, assim bem próximo. E foi assim muito complicado, mas até então como foi no início eu não senti muito, né? Mas a esperança era que novamente pudesse engravidar. E aí que eu busquei recorrer ao ginecologista, fui à procura de outras opiniões, de outros médicos, né? A gente realizou alguns exames, eu e o meu esposo, na época, e aí eu comecei a tomar alguns remédios que ele passou, fizemos um acompanhamento com a geneticista para saber se existe alguma possibilidade de saber o que estava acontecendo. depois de algum tempo saí grávida e aí iniciei o pré-natal, normal, e aí aconteceram alguns sangramentos e eu já tinha explicado dos dois abortos anteriores, que foi recente, então tive um acompanhamento, fui acompanhada pela maternidade no meu pré-natal e aí que eles passaram aquele ultrassom morfológica, ... e foi detectado na época anencefalia, que é uma ausência total ou parcial do cérebro. ... Seis meses não teve mais como aguentar.... Na época, por questão da minha saúde também, a família se reuniu e a gente achou melhor procurar as pessoas que entendiam melhor que a gente, que poderiam dar um suporte e conseguimos uma autorização e eles já fizeram procedimento porque foi autorizado, né? Judicialmente. E aí eles fizeram até um parto normal e ... (chora muito e a entrevista é interrompida) (Entrevistada F).

Eu sou casada tem 4 anos e aproximadamente há 2 anos atrás eu tive que fazer uma cirurgia para retirada de apêndice e nessa cirurgia descobriram que eu estava com um cisto, que tinha estourado. Depois que eu fiz a cirurgia, eu comecei a pensar em ter filhos, e eu passei um ano mais ou menos tentando e não consegui. E, depois dessa cirurgia, eu descobri que eu tinha algumas obstruções nas minhas trompas e tive que fazer uma cirurgia de videolaparoscopia, onde foi detectado que realmente essas obstruções tinham afetadas minhas duas trompas e que eu tinha endometriose (Entrevistada I).

Oito entrevistadas referiram não conhecer os tratamentos de reprodução assistida, não sabem diferenciar a inseminação artificial da fertilização *in vitro*, mas mesmo assim querem realizar o tratamento.

Eu sei pouca coisa sobre esse tratamento, o pouco que eu pesquisei é que tem a diferença de inseminação para fertilização. Eu sei a diferença, mas não sei se eu sei explicar bem, eu sei que a fertilização *in vitro* é preparado tudo fora do corpo da mulher, tipo o óvulo é colocado já fecundado, implantado dentro do útero já fecundado, e na inseminação, se não me engano, é o corpo da mulher que faz todo o processo normalmente. A gente sempre espera que aconteça da forma natural, mas eu

não tenho nenhum preconceito sobre a reprodução assistida e que no momento que eu tiver o dinheiro e eu me sentir realmente preparada para enfrentar, porque eu sei que a mulher sofre bastante e toma bastante hormônios para fazer a reprodução, mas eu não tenho nenhum preconceito, eu aceito de bom coração, vamos dizer assim. Se Deus me permitir passar por isso é porque ele sabe que eu sou capaz de resistir (Entrevistada D).

Nove entrevistadas relataram que, caso fizessem algum tipo de tratamento de reprodução assistida, não recorreriam ao SUS, por acharem dificultoso esse tipo de tratamento na rede pública, ao passo que para cinco entrevistadas o SUS seria a única alternativa para realizar um tratamento desse porte.

Olha, para mim, sinceramente, essa é uma opção, vou usar o termo “inválida”, porque o pouco que eu sei sobre isso, eu sei que é um tratamento caríssimo e eu não tenho condições. Então para mim tá fora de cogitação. E procuro nem pensar para não criar uma falsa expectativa. Então, nem penso. Porque tá fora dos meus padrões financeiros. ... no momento eu não teria condições de usufruir de um tratamento desses. Não tenho condições e aqui no Acre não tem essa possibilidade nem você pagando, o que dirá gratuitamente. (Entrevistada A).

Apenas duas entrevistadas informaram que não pretendem fazer algum tipo de tratamento de reprodução assistida.

Não. Não penso em reprodução assistida. Se não vier o filho através da minha própria gestação, do meu próprio ventre, no máximo que eu penso é em adoção. Não passa pela minha cabeça não. Não tenho vontade de me submeter a tratamento assim, tão mais... Eu não sei como é que é o esse método, mas se for para sentir dor, para sentir angústia, para sentir tensão, nesse sentido, eu deixo nas mãos de Deus mesmo, não penso nesse método não (Entrevistada E).

Quando questionadas sobre as possibilidades percebidas para dar visibilidade ao problema da infertilidade e ter acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos necessários pelo sistema público, as respostas mais recorrentes entre as entrevistadas foram a necessidade de fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que todas referiram desconhecer.

Eu acredito que intensificar mais a questão dessa política nacional de reprodução assistida, porque eu que já fiz, já tive contato, mas desconhecia esse assunto; que os planos de saúde também aderissem essa questão da fertilização e os médicos mesmo abordasse mais esse assunto quando a gente vai fazer uma consulta, assim como falam sobre alimentação também falassem sobre a fertilização, quando se tratar do caso de uma pessoa que necessite (Entrevistada N).

O pontapé inicial para que o sistema público de saúde em específico do Acre possa existir, porque não existe (...) não existe esse acesso de meios diagnósticos e terapêuticos de reprodução humana pra gente pelo sistema público de saúde, não existe. Eu desconheço. (...) Então assim, precisa de recurso, precisa de políticas de incentivo, né? Porque nós somos frágeis quando o assunto é fertilidade, maternidade e principalmente para quem já teve uma perda, duas ou três ou mais... (Entrevistada F).

Eu queria fazer uma complementação em relação a visibilidade, que é o programa de planejamento familiar que eu sei que o governo lançou um programa nesse sentido,

mas que eu temo que seja justamente a mesma coisa que vai acontecer com o da questão da reprodução assistida. Porque ele existe, mas qual efetividade desse programa? Qual é o acesso? ... o Brasil um país que está caminhando para ser um país de velhos tem toda uma série de taxas significativas aí, mas é muito considerado a população do Sul e Sudeste, no norte se sofre muito. Norte e nordeste, né? Principalmente eu falo pela minha região que é a Norte, a gente vê uma situação muito diferente das demais porque a gente tem pouco acesso e quando existe esse acesso ele não é tão refinado, tão qualificados quanto deveria ser (Entrevistada K).

As entrevistadas chamam a atenção para o fato de que a rede de saúde acreana, seja pública ou privada, não dispõe de aparelhagem e especialistas em reprodução assistida. A fala abaixo exemplifica a questão da ausência da política no Acre, incluindo os mecanismos de referenciamento aos níveis superiores de complexidade.

Falta ter esse sistema de reprodução assistida aqui, ou seja, ter a realização desse procedimento aqui. O primeiro ponto-chave é esse, falta ter aqui. Segundo, falta ter mais esclarecimento sobre as causas da infertilidade. O nosso sistema aqui no Acre não está preparado para isso.... eu vejo que as pessoas chegam, ... muitos casais acontece de chegar ao diagnóstico pelo SUS aqui no Acre, mas e aí? Falta resolver essa questão da infertilidade, se for relacionado à fertilização muitos casais não realizam o sonho de ter um filho porque não vão adiante já que não tem e nem existe informação também de onde possa ter acesso a esse procedimento (Entrevistada N).

Vale lembrar que, na sequência do desconhecimento quanto à Política, considerações foram realizadas quanto ao sistema estadual e municipal de saúde. Obviamente, sem considerar que a área de cobertura assistencial deve ser de *um serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 habitantes*. E a população total estimada do Acre corresponderia a 13,8% deste quantitativo.

Alguns exames também não são realizados, eu não tenho tanta certeza, mas eu acredito que tem vários exames que não são realizados aqui na nossa região, no nosso estado no caso. Ainda respondendo essa pergunta, faltam profissionais que lidam com a infertilidade, eu vejo que ainda é muito carente aqui também, deveriam se formar, ter especialização nessa área. Falta ter sensibilidade com esse assunto e olhar mais para as mulheres e tentar resolver da melhor forma possível para que ela concretize o sonho de ser mãe (Entrevistada N).

Então é um ... como é que eu posso te dizer É uma dor irreparável, cada uma se difere da outra, mas o sentimento de perda, o sentimento de impotência que a gente sente é grande. Agora assim, o que “difere nós” de tantas outras aí é porque agora a gente “tá” tentando procurar outros meios, e eu acredito sim, eu tenho certeza que daqui mais algum tempo ou mais alguns anos, que esse projeto seja implantado aqui no Acre. Nossa! Eu não tenho noção. Mas que seja assim, um avanço. O Acre já teve avanços que sinceramente não vejo por que motivos, mas que tiveram grandes avanços aqui, e que um desses que poderia ser muito importante é o nosso, né? De um sistema ativo para esse tipo de mulher. Já que se torna uma barreira hoje para gente que... quantas mulheres aí preferiram adotar ou deixaram morrer o sonho que tem dentro delas, simplesmente pararam no tempo. Mas existe sim aquela que não quer mais e decidiu para sua vida não querer mais ser mãe e também não é o nosso caso, e

é isso. Eu acredito sim que se tiver oportunidade, que se tiver esse avanço, se chegar e ser implantado a ser implantado aqui no Acre de uma forma assim que estimule as mulheres a fazer, né? De perder aquele medo, de que pode não dar certo porque o psicológico afeta muito, então seria um avanço muito produtivo para a gente (Entrevistada F).

Algumas entrevistadas apontam outros problemas sociais como gravidez na adolescência, crianças em situação de vulnerabilidade, escassez em outras áreas específicas da saúde pública e outras políticas como prioritárias para os governantes, o que deixa a PNAIRHA em segundo plano, o que foi de fato relatado como primazia na inserção de políticas e programas públicos pelos gestores de saúde do Acre.

Eu acho que no nosso país há um contraponto muito grande, né? A gente tem muita miséria, a gente tem muitas adolescentes grávidas, a gente tem muita mulher mesmo com muitos filhos, eu não sei aí para fora porque o Brasil é considerado um país de velhos, né? Caminhamos para ser um país de velhos, mas a ideia é que cada vez mais estamos tendo filhos mais tarde e em menor quantidade, ou não estamos tendo filho. E aí nesse contexto, o que que acontece, há aquela crítica que eu te falei, né? Eu acho que tem que ser dada visibilidade, mas eu temo que não seja dada tanta importância quanto vão vir alguns dizendo que existe muita criança para ser adotada, muita criança para ser cuidada, e o governo investir dinheiro e mulheres que não têm e não podem ter filhos. Eu acho que para mim seria a grande alternativa porque a gente gasta o que tem e o que não tem, né? Quem tem para gastar e quem não tem, fica no sonho durante muito tempo, né? Complementando a resposta: se o SUS é minha única alternativa. Não, não é minha única alternativa. Mas é uma alternativa que se eu tivesse eu com certeza eu recorreria porque são altos os gastos que a gente tem com os exames, né? E se pelo menos os exames fossem cobertos, então assim seria já um grande avanço. Os exames, o próprio processo de retirada dos óvulos, a fertilização in vitro... Nossa! Eu faria tranquilamente, mas enfim, não é minha única alternativa essa é a pergunta, né?. Tem melhorado muito, mas está aquém do que deveria ser. Então eu penso que assim, existem vários pontos a serem abordados, essa questão da visibilidade ser dada, por exemplo, em contrapartida a do planejamento familiar, eu temo que não vai ter efetividade. O segundo ponto são as carências que já existem nas regiões, que são diferenciadas. Terceiro ponto, a gente tem aqui um sério problema de familiar, de instrução, enfim, que a gente precisa abordar quando de repente chega uma política no sentido de ajudar a reprodução. Até a própria barriga solidária, que eu acho que já foi dada uma certa publicidade principalmente na mídia, alguns casos que já aconteceram, ela não é esclarecida, como ela pode acontecer, não é uma coisa que é recorrente, né? Então isso é muito difícil. Enfim, eu acho que a gente tem que dar a publicidade mas também levantar esses questionamentos, essas abordagens, porque infelizmente é um país que a gente tem muitas leis para serem pouco cumpridas, e ao mesmo tempo são as várias políticas para ter pouca efetividade, eu queria que existisse algo mas que realmente fosse efetivo e que a gente pudesse usufruir sem muitos questionamentos, não sei, eu acho que levantaria um debate muito grande, mas eu “tô super” dentro, eu faço parte desse grupo que quer que aconteça (Entrevistada K).

Assim, as entrevistadas expuseram por meio de queixas, interesses específicos e reivindicações um conjunto de elementos consistentes com a consequência da não implantação da Política de Reprodução Assistida no Acre.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), construída de uma forma inócua, instituída pela Portaria 426/2005, não cumpre os princípios de integralidade, universalidade e equidade propostos pelo SUS. De acordo com a Portaria nº 388/2005, as Secretarias Estaduais de Saúde de cada estado da federação deveriam tomar as providências necessárias para organizar, implantar e coordenar e como incentivo para a implantação da mesma. Sete anos após, o governo federal instituiu a Portaria nº 3.149/2012, a qual destinou recursos financeiros a alguns estabelecimentos de saúde para realização de procedimentos de reprodução humana assistida. Nesta portaria o Acre não foi contemplado, pelo critério de relevância populacional (um serviço para cada 6 milhões de habitantes).

Respondendo ao primeiro objetivo específico, que envolveu a descrição do quadro de implantação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida no estado do Acre, esta *não ocorreu*. Não se obteve registros de que, em algum momento, tenham sido desenvolvidas ações transeitoriais para identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade no Acre; dados quanto à abrangência numérica da infertilidade no estado; planos, programas ou estratégias envolvendo a definição de critérios técnicos mínimos para o funcionamento, monitoramento e avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida; e, o intercâmbio dessas informações com outros subsistemas setoriais necessários à viabilização da assistência à concepção.

Foi identificado que, segundo os gestores entrevistados, nunca houve discussão no âmbito da saúde estadual acerca das possibilidades existentes para dar acesso aos serviços diagnóstico-terapêuticos para infertilidade, como também não existe interesse da implantação desta Política no Acre, uma vez que as prioridades estão voltadas para outras políticas públicas que causam maior impacto na população, como a redução das taxas de gravidez na adolescência, por exemplo.

Como o contingente populacional do Acre é insuficiente para a estruturação de um serviço especializado na área da reprodução humana assistida, uma alternativa para atender a demanda seria a disponibilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), porém não foram encontrados documentos que demonstrem a estruturação de um protocolo de referenciamento e contra-referenciamento dentro do programa de atenção integral à saúde da mulher no estado.

O segundo objetivo específico se prendia a identificar, entre as usuárias entrevistadas, a percepção quanto ao acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos necessários ao tratamento da infertilidade pelo Sistema Único de Saúde, em específico os atinentes à Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Esta percepção ficou prejudicada já que *todas entrevistadas referiram desconhecer a existência da Política.*

O desconhecimento pleno da Política por parte das entrevistadas impossibilitou uma discussão mais aprofundada sobre a implantação da mesma. A abordagem indireta, abordando os serviços prestados por nível de complexidade, permitiu identificar nas falas que os serviços ofertados em atenção primária e que possuem interface com questões gineco-obstétricas são ofertadas pelo sistema estadual de saúde, ainda que a maioria das entrevistadas tenham optado pelo sistema privado de atenção.

A se ponderar se a diversidade de posicionamentos quanto aos problemas identificados como geradores de infertilidade, ou mesmo da compreensão de maternidade, se o grupo de entrevistadas poderia transcender este problema de saúde que as uniu em articulação política, para um grupo de reivindicação de direitos. O que demandaria um novo estudo, estando fora do escopo desta dissertação.

Concluindo, as entrevistadas, que se revelaram um grupo homogêneo (recorte de classe), além de desconhecerem a existência da Política, não possuem acesso à mesma e, como seria de se esperar, não se sentem contempladas pelas políticas e programas de saúde da mulher existentes no Acre.

REFERÊNCIAS

ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Uma investigação na qualidade de vida no trabalho. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XVIII, 2012, Águas de Lindóia. **Considerações sobre a reprodução assistida no contexto brasileiro**. São Paulo: ABEP, 2012. p. 1-18.

ACRE, Governo do Estado do. **Acre em Números** : 2017. 2017. ed. Rio Branco: Secretaria de Estado de Planejamento (SEPLAN), 2017. 180 p. Disponível em: <http://www.ac.gov.br/wps/wcm/connect/4bb6ed00414180378291f31a15eb5101/acre-em-numeros2017.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=4bb6ed00414180378291f31a15eb5101>. Acesso em: 08 jan. 2018.

_____, Governo do Estado do. **Departamento de Atenção Primária, Políticas e Programas Estratégicos (DAPE)**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.ac.gov.br/wps/portal/saude/saude/principal>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

ANDRES, Marina de Paula et al. Endometriosis is an important cause of pelvic pain in adolescence. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 60, n. 6, p. 560-564, Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.06.015>.

AZEVEDO, George Dantas de et al. Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 261-267, 2008.

BERTI, Juce Maria Appio. **Política Nacional de atenção integral em reprodução humana assistida**. In: III Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas, 2014, Francisco Beltrão PR. Disponível em: <http://cacphp.unioeste.br/eventos/conape/anais/iii_conape/Arquivos/Artigos/Artigoscompletos/MEDICINA/11.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral a saúde da mulher: Bases de ação programática**. Ministério da Saúde – Brasília. Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 07 abr. 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** : promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 05 abr. 2017

_____. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 10 out. 2016.

_____. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher** – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 426**, de 22 de março de 2005a. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 388**, de 06 de junho de 2005b. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=192801>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.401**, de 18 de agosto de 2005c. Exclui da Portaria nº 1187/GM, de 13 de julho de 2005, a Consulta Pública nº 04/SAS, de 7 de julho de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1401_18_08_2005.html. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.469**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.149**, de 28 de dezembro de 2012a. 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html. Acesso em: 15 out 2016.

_____. Conselho nacional de saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portal Saúde**. Publicado em: 29 de out, 2014, disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/10/mais-brasileiras-esperam-chegar-aos-30-para-ter-primeiro-filho>. Acesso em: 12 de jun, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti***. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; KUHN, Carla. Reprodução humana assistida e adoção: desejo de maternidade e realização do projeto parental. **JURIS – Revista da Faculdade de Direito**, [S.L.], v. 22, p. 193-206, out. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DEUBEL, A. N. Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? **Estudios Políticos**, n. 33, p. 67-91, jul./dez. 2008.

DICIO, Dicionário Online de Português. **Significado de Percepção**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/percepcao/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Editora UNB, 2009. 99-129 p.

ESTADÃO, Jornal eletrônico. **Ministério da Saúde afirma que política é ineficaz e está suspensa.** Matéria publicada em: 13 de abr de 2013. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-afirma-que-politica-e-ineficaz-e-esta-suspensa-imp-,1020342>. Acesso em: 24 de abr 2017.

FARIA, Dieime Elaine Pereira de; GRIECO, Silvana Chedid; BARROS, Sônia Maria Oliveira de. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n.4, p. 794-801, ago.2012.

FARINATI, Débora Marcondes; RIGONI, Maisa dos Santos; MULLER, Marisa Campio. Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 23, n. 4, p. 433-439, Dec. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011>.

FIGUEIREDO, Suzel. **Impacto de recursos mnemônicos na retenção de mensagens corporativas.** 2010. Escola de Comunicação e Artes – USP. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.abrapcorp.org.br/anais2010/GT4/GT4_Suzel.pdf>. Acesso em: 27 jan 2018.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. **Saude soc.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 3-32, 1999. <http://dx.doi.org/10.1590/S010412901999000200002>.

GAMEIRO, Sofia; SILVA, Sónia; CANAVARRO, Maria Cristina. A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 9, n. 2, p. 253-270, 2008.

GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yolanda. Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p.255-261, jun. 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde – PNS**, Sistema IBGE de Recuperação automática – SIDRA, 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5542#resultado>, acesso em 08 de abr, 2017 e <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/200>. Acesso em 17 de Abr. 2017.

_____. **Conheça Cidades e Estados do Brasil**, site IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/panorama>. Acesso em 02 de fev, 2018.

MACEDO, Alex dos Santos; ALCÂNTARA, Valderí de Castro; ANDRADE, Luis Fernando Silva; FERREIRA, Patrícia Aparecida. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, Edição Especial, p. 596-618, Jul. 2016.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 503-510, 2013.

MURAMATSU, Clarice Heiko et al., Experiências de casais que procuram o centro de reprodução humana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 274-286, ago. 1997.

EUENFELDT, Elaine Cleici. Fertilidade e infertilidade na Bíblia: suspeitas a partir da teologia feminista. **Revista Aulas**. Dossiê Religião, nº 4, abril-julho 2007. Disponível em: http://www.unicamp.br/~aulas/Conjunto%20I/4_3.pdf. Acesso em: 19 de mar. 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**, 2011. Disponível em: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf. Acesso em: 19 Abr. 2017.

RAMOS, Levâni Bartholdy; MOSER, Ana Maria Martins. **A Problemática da Infertilidade no Âmbito do SUS: uma Revisão Bibliográfica**. 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-da-saude/a-problematICA-da-infertilidade-no-ambito-do-sus-uma-revisao-bibliografica>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

REDE, Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REGINO, Fabiane Alves. **O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

REMOALDO, Paula Cristina A. et al **A Infertilidade no Conselho de Guimarães – Contributos para o bem-estar Familiar**, Fundação para a Ciência e a Tecnologia (F.C.T.), POCTI/DEM/44483/2002.

REPPOLD, Caroline Tozzi; HUTZ, Claudio Simon. Reflexão social, controle percebido e motivações à adoção: características psicossociais das mães adotivas. **Estud. psicol.** (Natal) [online]. 2003, vol.8, n.1, pp.25-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100004>.

RIPSA, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde (idb-2007). Tema do ano: nascimentos no brasil**, 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>. Acesso em: 15 de Mar. 2017.

RUA, M. G. **Avaliação de políticas, programas e projetos: notas introdutórias**. Brasília: ENAP, 2000.

SAMPAIO, Daniela Rosa. **Infertilidade: vivências, expectativas e impactos emocionais na vida conjugal. 2007**. Monografia (Graduação em Psicologia) Universidade Católica de Brasília – UCB, Brasília.

SAMRSLA, Mônica et al . Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF - estudo bioético. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 53, n. 1, p. 47-52, Feb. 2007.

SANTANA, Laura Ferreira et al . Tratamento da infertilidade em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 201-209, Apr. 2008.

SECCHI, Leonardo. **Análise de Políticas Públicas: Diagnósticos de problemas, recomendação de solução**. São Paulo: Cengage Learning, 2016. p.5-44.

SOUZA, C. Política Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, n.16, p.20-45, jun/dez. 2006.

TRINDADE, Zeidi Araújo; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 5-26, nov. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Roteiro de entrevista com casais que realizaram tratamento de reprodução assistida

Lembrete para entrevistadora

- a. Agradecer a disponibilidade do entrevistado (a) e valorizar sua participação na pesquisa.
- b. Explicar que as respostas são confidenciais e somente serão usadas no contexto da tese.
- c. Informar a entrevistada que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento que desejar.
- d. Pedir permissão para gravar as falas e justificar que o uso desse material é exclusivamente para a transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro por escrito durante a entrevista e perder informações relevantes para a pesquisa.

Roteiro:

1. Qual o diagnóstico médico identificado que impede vocês de gestarem naturalmente? A infertilidade é masculina ou feminina?
2. Por quantos anos vocês tentaram engravidar antes de tentar a reprodução assistida?
3. Quantas vezes vocês tentaram algum tipo de reprodução assistida?
4. Vocês conseguiram engravidar e levar a gestação a diante? Em qual tentativa?
5. Quanto em média vocês já gastaram?
6. O plano de saúde cobriu quais despesas médicas?
7. Vocês participaram de algum programa de desconto oferecido pela clínica?
(Ex. doação de óvulos para ganhar desconto na medicação, redução no valor dos procedimentos depois de várias tentativas, doação de medicação e etc.)

APÊNDICE II

Tabela de resultados da pesquisa com casais que realizaram tratamento de reprodução assistida

Perguntas							
	1	2	3	4	5	6	7
casal 1	Feminina (endometriose e SOP)	4 anos	2	Não	25 mil	Apenas alguns exames	Na segunda tentativa, pagou só a medicação.
casal 2	Masculina (azoospermia e baixa motilidade)	7 anos	1	Sim, na primeira tentativa	27 mil	Apenas alguns exames	Não
casal 3	Masculina (reversão de vasectomia)	5 anos	2	Não	25 mil	Não tenho plano de saúde	Não
casal 4	Feminina (problema imunológico, aborto retido)	6 anos	3	Não	50 mil	Conseguiu uma liminar e o plano arcou com alguns exames fora da tabela da ANS	Não
casal 5	Feminina (obstrução tubária em razão da endometriose)	10 anos	1	Sim, na primeira tentativa	30 mil	Não cobriu nada	Não
casal 6	Feminina (Obstrução tubária)	5 anos	1	Sim, na primeira tentativa	30 mil	Apenas alguns exames	Participou de um grupo de doação de medicamento
casal 7	Feminina (SOP)	3 anos	3	Sim, na terceira tentativa	8 mil	Não tenho plano de saúde	Participou de um programa de doação de óvulos que ganha a medicação e desconto no tratamento.
casal 8	Masculina (azoospermia)	13 anos	1	Não	20 mil	Não cobriu nada	Não

APÊNDICE III

Roteiro de entrevista com os gestores de saúde do Acre

Lembrete para entrevistadora:

- a. Agradecer a disponibilidade do/a entrevistado/a e valorizar sua participação na pesquisa.
- b. Explicar que as respostas são confidenciais e somente serão usadas no contexto da tese.
- c. Informar a/ao entrevistado/a que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento que desejar.
- d. Pedir permissão para gravar as falas e justificar que o uso desse material é exclusivamente para a transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro por escrito durante a entrevista e perder informações relevantes para a pesquisa.

Roteiro:

1. Qual sua graduação, idade, sexo, cargo você ocupa e há quanto tempo?
2. O Acre possui uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) para infertilidade? Qual a sua percepção quanto à implementação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida na atenção básica aqui no Acre? Ela foi implementada? Se sim, como?
3. Como funciona a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no âmbito da atenção básica a saúde aqui no Acre? Quais seriam os elementos importantes que deveriam estar disponíveis neste nível de atenção à saúde às mulheres inférteis? Justifique.
4. Considerando os casos encaminhados pela atenção básica para os serviços de referência de média complexidade, quais seriam os elementos importantes que deveriam estar disponíveis neste nível de atenção à saúde às mulheres inférteis? Justifique.
5. Considerando os casos encaminhados pela média complexidade para referência de alta complexidade quais seriam os elementos importantes que deveriam estar disponíveis neste nível de atenção à saúde às mulheres inférteis? Justifique.
6. Foram desenvolvidas ações transeitoriais para identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade? Sim ou não? Explique.

7. Foram definidos critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção? Justifique.
8. Existem projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no estado ou fora por meio de um Tratamento fora de domicílio - TFD? Sim ou não? Explique.
9. Existem informações e dados sobre o tratamento para infertilidade, bem como o intercâmbio dessas informações com outros subsistemas setoriais? Sim ou não? Explique.
10. Existem programas de qualificação (assistência e promoção de educação) dos profissionais de saúde envolvidos com a possível implantação e a implementação da PNAIRHA no estado? Sim ou não?
11. Existe a destinação / reserva de recursos públicos, bem como parcerias ou parcerias, específicos para essa demanda? Sim ou não? Explique.
12. Está sendo ofertado atualmente algum serviço diagnóstico-terapêutico, bem como a definição de um protocolo de atenção ao tratamento de reprodução assistida? Sim ou não? Explique.
13. Quais as discussões sobre a implementação da PNAIRHA? Quais os principais empecilhos para a implementação?
14. Deseja acrescentar algo que não foi tratado até o momento?

APÊNDICE IV
Roteiro de Entrevista com as mulheres inférteis

Lembrete para entrevistadora:

- a. Agradecer a disponibilidade da entrevistada e valorizar sua participação na pesquisa.
- b. Explicar que as respostas são confidenciais e somente serão usadas no contexto da tese.
- c. Informar a entrevistada que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento que desejar.
- d. Pedir permissão para gravar as falas e justificar que o uso desse material é exclusivamente para a transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro por escrito durante a entrevista e perder informações relevantes para a pesquisa.

Roteiro:

1. Nome; Idade; escolaridade e profissão?
2. Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida? O que você sabe sobre ela? Você se sente contemplada pela mesma no Acre?
3. Fale um pouco sobre você, como se descobriu infértil e sobre a busca por ter filhos.
4. Em que etapa do tratamento você se encontra? Quais os exames diagnósticos e tratamentos você já realizou?
5. A atenção básica é a porta de entrada para o tratamento de infertilidade, e nela estão incluídos a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto. Você já teve acesso a algum desses serviços na atenção básica?
6. Os casos encaminhados pela atenção básica para os serviços de referência de média complexidade incluem a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro. Você já teve acesso a algum desses serviços de média complexidade?

7. Os casos da média complexidade são encaminhados para os serviços de referência de alta complexidade para a realização de fertilização *in vitro* e da inseminação artificial. Você já teve acesso a algum desses serviços alta complexidade?
8. O que acha da Reprodução Assistida? O que você sabe sobre esse tipo de tratamento?
9. O que você pensa sobre ter um filho através da reprodução assistida? Você pensa em realizar esse tipo de tratamento?
10. Quais são as possibilidades que você enxerga para dar visibilidade ao problema e ter acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos necessários? O SUS é sua única alternativa?
11. Fale sobre o desejo de ter filhos e a importância da maternidade para você.
12. Qual a importância de se ter um filho do próprio sangue?
13. Você pensa em adoção como alternativa? Você pretende adotar?
14. O que você acha que falta para ter acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos de reprodução humana assistida pelo sistema público de saúde do Acre?
15. Deseja acrescentar algo que não foi tratado até o momento?

APÊNDICE V

Perfil do Grupo 2 (Coletivo de mulheres com infertilidade)

Entrevistada	Idade	Escolaridade	Profissão
A	43	Superior incompleto	Professora /Desempregada
B	27	Ensino Médio	Atendente
C	37	Superior completo	Química e Escrivã
D	38	Superior completo	Professora
E	39	Superior completo	Professora
F	30	Superior completo	Merendeira
G	35	Especialização	Professora
H	32	Especialização	Instrutora
I	27	Especialização	Química
J	33	Superior incompleto	Estudante
K	40	Especialização/Mestre	Professora
L	35	Superior completo	Assistente social/Desempregada
M	30	Superior completo	Técnica Judiciária
N	46	Especialização	Fonoaudióloga/Enfermeira
Média de idade: 35 anos			

ANEXO I

Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005.

Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde - SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado;

Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS e sociedades científicas, aproximadamente, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil, sendo que a infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção;

Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras;

Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e

Considerando a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização - PNH.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o artigo 1º desta Portaria, seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II – Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por:

- a) serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e
- b) serviços de Assistência Especializada - SAE que são de referência em DST/HIV/Aids.

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização - PDR de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto nesta Portaria ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida.

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo.

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contra-referência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação.

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde.

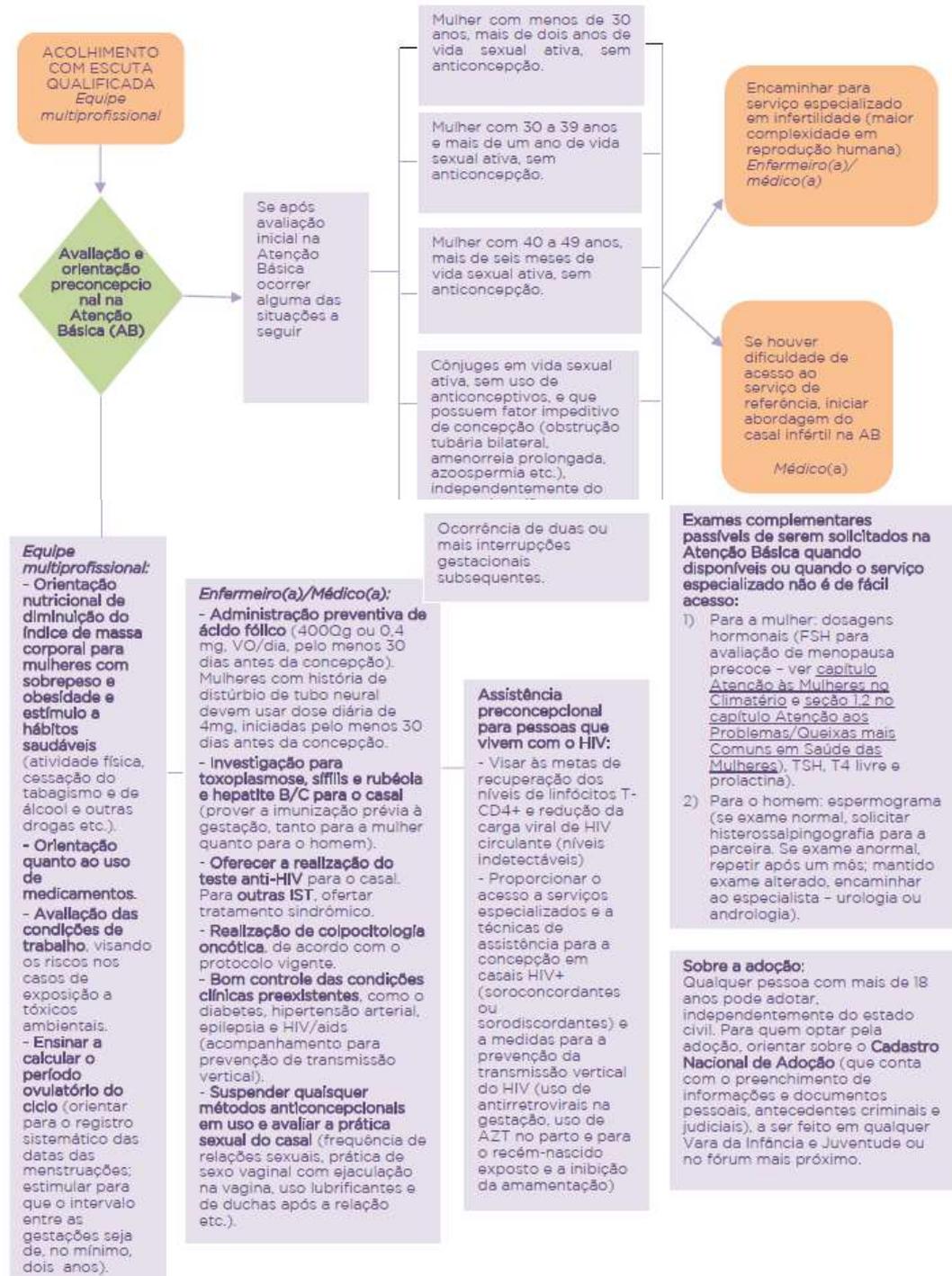
Art.6º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, que adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO II

Fluxograma da Abordagem da mulher ou casal que planeja gravidez – auxílio a concepção.



Fonte: Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 157.

ANEXO III

Organograma da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE

ESTADO DO ACRE

DECRETO Nº 6.375 DE 13 DE SETEMBRO DE 2013

Estabelece a Estrutura Organizacional Básica da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE. O GOVERNADOR DO ESTADO DO ACRE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 78, inciso IV e VI da constituição Estadual e os artigos 7º, inciso V, alínea “g” e 9º, da Lei Complementar Estadual nº 247, de 17 de fevereiro de 2012, DECRETA:

Art. 1º A Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE tem a seguinte estrutura organizacional básica:

1. Conselho Estadual de Saúde – CES
2. Comissão Intergestora Bipartite – CIB
3. Secretaria de Estado de Saúde:
 - 3.1 Chefia de Gabinete;
 - 3.2 Controladoria Interna;
 - 3.3 Assessoria Técnica;
 - 3.4 Assessoria de Comunicação;
 - 3.5 Sala de Situação;
 - 3.6 Ouvidoria.
4. Secretaria Adjunta de Saúde:
 - 4.1 Chefia de Gabinete;
 - 4.2 Departamento de Gestão Estratégica e Participativa – DGEP:
 - 4.2.1 Divisão de Controle Social;
 - 4.2.2 Divisão de Gestão Estratégica;
 - 4.2.3 Divisão de Gestão da Região do Vale do Juruá e Tarauacá / Envira;
 - 4.2.4 Divisão de Gestão da Região do Alto Acre;
 - 4.2.5 Divisão de Gestão da Região do Baixo Acre e Purus.
5. Diretoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional:
 - 5.1 Apoio Técnico
 - 5.2 Departamento de Gestão de Pessoas – DGP:
 - 5.2.1 Divisão de Gestão do Trabalho;
 - 5.2.2 Divisão de Humanização;
 - 5.2.3 Central de Atendimento ao Cidadão.
 - 5.3 Departamento de Planejamento – DP:
 - 5.3.1 Divisão de Planejamento de Gestão:
 - 5.3.1.1 Coordenadoria de Instrumentos de Gestão.
 - 5.3.2 Divisão de Economia da Saúde;
 - 5.3.3 Divisão de Monitoramento e Avaliação das Ações, Serviços e Indicadores de Saúde ;
 - 5.3.4 Divisão de Convênios e Portarias;
 - 5.3.5 Divisão de Articulação de Redes de Atenção a Saúde.
 - 5.4 Departamento de Ensino, Pesquisa, Ciência e Tecnologia – DEPCT:
 - 5.4.1 Divisão de Ensino e Pesquisa;
 - 5.4.2 Divisão de Ciência, Inovação e Avaliação de Novas Tecnologias em Saúde.
 - 5.5 Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria – DRCAA:
 - 5.5.1 Divisão de Regulação;

- 5.5.2 Divisão de Monitoramento e Avaliação;
- 5.5.3 Divisão Estadual de Auditoria;
- 5.5.4 Divisão de Controle das Ações e Serviços;
- 5.5.5 Divisão de Complexo Regulador:
 - 5.5.5.1 Coordenadoria da Central de Regulação de Urgência e Emergência;
 - 5.5.5.2 Coordenadoria da Central de Regulação de Internação;
 - 5.5.5.3 Coordenadoria da Central de Regulação de Apoio Diagnóstico;
 - 5.5.5.4 Coordenadoria da Central de Regulação de Alta Complexidade;
 - 5.5.5.5 Coordenadoria da Central de Regulação Ambulatorial;
 - 5.5.5.6 Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio – TFD.
- 5.6 Departamento de Tecnologia da Informação – DTI:
 - 5.6.1 Divisão de Sistemas em Saúde.

6. Diretoria Jurídica:

- 6.1 Apoio Técnico:
 - 6.1.1 Divisão de Processos de Recursos Humanos;
 - 6.1.2 Divisão de Processos Judiciais;
 - 6.1.3 Divisão de Processos Administrativos.

7. Diretoria de Atenção à Saúde:

- 7.1 Apoio Técnico;
- 7.2 Departamento de Atenção a Saúde – DAS:
 - 7.2.1 Divisão de Urgência e Emergência:
 - 7.2.1.1 Coordenadoria das Unidades de Urgência e Emergência;
 - 7.2.1.2 Coordenadoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência;
 - 7.2.1.3 Coordenadoria de Atenção Domiciliar.
 - 7.2.2 Divisão de Saúde Itinerante;
 - 7.2.3 Divisão de Atenção de Média e Alta Complexidade:
 - 7.2.3.1 Coordenadoria de Unidades Hospitalares e Unidades Mista;
 - 7.2.3.2 Coordenadoria Unidades de Serviços de Atenção Especializada.
 - 7.2.4 Divisão de Sistema Integrado de Plantões.
- 7.3 Departamento de Atenção Primária, Políticas e Programas Estratégicos – DAPE:
 - 7.3.1 Divisão de Atenção Primária;
 - 7.3.2 Divisão de Saúde Bucal;
 - 7.3.3 Divisão de Saúde na Escola;
 - 7.3.4 Divisão de Saúde Mental;
 - 7.3.5 Divisão de Saúde do Idoso;
 - 7.3.6 Divisão de Saúde da Mulher;
 - 7.3.7 Divisão de Saúde do Homem;
 - 7.3.8 Divisão de Alimentação e Nutrição;
 - 7.3.9 Divisão de Saúde de Populações Vulneráveis;
 - 7.3.10 Divisão de Saúde da Criança;
 - 7.3.11 Divisão de Saúde do Adolescente;
 - 7.3.12 Divisão de Saúde da Pessoa com Deficiência;
 - 7.3.13 Divisão de Saúde do Sistema Penitenciário;
 - 7.3.14 Divisão de Doenças Crônicas.
- 7.4 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAFI:
 - 7.4.1 Divisão de Medicamentos Básicos e Hospitalar;
 - 7.4.2 Divisão de Medicamentos Estratégicos;
 - 7.4.3 Divisão de Medicamentos Especializados;
 - 7.4.4 Divisão de Almoxarifado de Medicamentos da Rede de Assistência;
 - 7.4.5 Divisão de Material Médico Hospitalar e Insumos Estratégicos;
 - 7.4.6 Divisão de Alimentação Parenteral e Enteral.
- 7.5 Departamento de Apoio Diagnóstico – DAD:
 - 7.5.1 Divisão de Radio Imagem e Métodos Gráficos;
 - 7.5.2 Divisão de Laboratórios;
 - 7.5.3 Divisão de Hemocentro;

7.5.3.1 Coordenadoria de Hemonúcleos.

8. Diretoria de Vigilância em Saúde – DVS:

8.1 Apoio Técnico;

8.2 Departamento de Vigilância Epidemiológica – DVE:

8.2.1 Divisão de Imunização e Rede de Frio;

8.2.2 Divisão de Promoção e Prevenção a Saúde:

8.2.2.1 Coordenadoria de Monitoramento das Doenças Crônicas.

8.2.3 Divisão de Doenças Transmissíveis:

8.2.3.1 Coordenadoria de Hepatites Virais e DST/HIV.

8.2.4 Divisão de Doenças e Agravos Imunopreveníveis;

8.2.5 Divisão de Zoonoses;

8.2.6 Divisão de Vigilância do Óbito;

8.2.7 Divisão de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

8.2.8 Divisão de Sistema de Informação em Saúde;

8.2.9 Divisão de Emergências em Saúde Pública;

8.3 Departamento de Vigilância Sanitária – DVISA:

8.3.1 Divisão de Produtos;

8.3.2 Divisão de Serviços;

8.3.3 Divisão de Vigilância de Medicamentos;

8.3.4 Divisão de Inspeção de Projetos Arquitetônicos;

8.3.5 Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar – CECIH.

8.4 Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Controle de Endemias – DVA:

8.4.1 Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental:

8.4.1.1 Coordenadoria de Saúde do Trabalhador;

8.4.1.2 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST

8.4.2 Divisão de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores.

8.5 Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN

9. Diretoria de Orçamento, Finanças

9.1 Apoio Técnico;

9.2 Departamento de Orçamento e Finanças – DOF:

9.2.1 Divisão de Execução Orçamentária;

9.2.2 Divisão de Conciliação e Receitas;

9.2.3 Divisão do Fundo Estadual de Saúde;

9.2.4 Divisão de Prestação de Contas.

10. Diretoria de Administração e Compras:

10.1 Apoio Técnico;

10.2 Assessoria Jurídica:

10.2.1 Setor de Parecer Jurídico.

10.3 Departamento de Administração – DA:

10.3.1 Gerência de Logística:

10.3.1.1 Divisão de Serviços Gerais;

10.3.1.2 Divisão de Transportes;

10.3.1.3 Divisão de Patrimônio;

10.3.1.4 Divisão de Arquivo/ Gestão Documental;

10.3.1.5 Divisão de Obras e Manutenção.

10.3.2 Gerência de Suporte em Tecnologia da Informação:

10.3.2.1 Divisão de Manutenção;

10.3.2.2 Divisão de Redes;

10.3.2.3 Divisão de Programação.

10.3.3 Gerência de Apoio Técnico:

10.3.3.1 Divisão de Serviços Terceirizados;

10.3.3.2 Divisão de Suporte Técnico;

10.3.3.3 Divisão de Almoxarifado;

10.3.3.3.1 Coordenadoria de Almoxarifado de Material de Expediente e Consumo;

- 10.3.3.3.2 Coordenadoria de Almoarifado de Alimentos.
- 10.4 Departamento de Compras – DC:
 - 10.4.1 Gerência de Licitação:
 - 10.4.1.1 Divisão de Padronização de Bens, Serviços e Preços;
 - 10.4.1.2 Divisão de Apoio Técnico
- 10.5 Departamento de Gestão de Contratos – DGC:
 - 10.5.1 Gerência de Monitoramento e Controle:
 - 10.5.1.1 Divisão de Contratos e Atas;
 - 10.5.1.2 Divisão de Ordem de Entrega.

11. Órgãos Subordinados da Administração Direta Rede de Unidades de Saúde:

- 11.1 Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco – HGCRB;
- 11.2 Centro de Controle Oncológico do Acre;
- 11.3 Unidade Mista de Saúde de Acrelândia;
- 11.4 Unidade Mista de Assis Brasil;
- 11.5 Hospital Raimundo Chaar;
- 11.6 Centro de Atenção Psicossocial CAPS Nauas Tereza Biloto;
- 11.7 Hospital da Mulher e da Criança do Juruá;
- 11.8 Hospital Regional do Juruá;
- 11.9 Hospital de Dermatologia Sanitária de Cruzeiro do Sul;
- 11.10 Unidade Mista de Santa Luzia;
- 11.11 Hospital Geral de Feijó;
- 11.12 Unidade Mista de Jordão;
- 11.13 Hospital Dr. Abel Pinheiro Maciel Filho;
- 11.14 Unidade Mista de Manoel Urbano;
- 11.15 Unidade Mista de Marechal Thaumaturgo;
- 11.16 Unidade Mista Ana Nery;
- 11.17 Unidade Mista de Porto Walter;
- 11.18 Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD 24 horas – Rio Branco;
- 11.19 Hospital de Saúde Mental do Acre;
- 11.20 UPA 24 horas do 2º Distrito;
- 11.21 Unidade Mista de Saúde do Município de Rodrigues Alves;
- 11.22 Unidade Mista de Santa Rosa;
- 11.23 Hospital João Cância Fernandes;
- 11.24 Hospital Dr. Ary Rodrigues;
- 11.25 Hospital Dr. Sansão Gomes;
- 11.26 Hospital Epaminondas Jacome.

12. Órgãos Vinculados:

- 12.1 Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE.

Art. 2º A estrutura Organizacional das unidades de saúde da rede assistencial da SESACRE será disciplinada em portaria específica.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação. Art. 4º Fica revogado o Decreto Estadual nº 1.333, de 4 de setembro de 2007.

Rio Branco-Acre, 13 de setembro de 2013, 125º da República, 111º do Tratado de Petrópolis e 52º do Estado do Acre.

Tião Viana Governador do Estado do Acre