

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

COMISSÃO DE GRADUAÇÃO

**Consulta de Enfermagem ao casal infértil: uma proposta de
sistematização**

Fernanda Peixoto Cordova

Porto Alegre

2005

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

Fernanda Peixoto Cordova

**Consulta de Enfermagem ao casal infértil: uma proposta de
sistematização**

Relatório de Pesquisa apresentado à Disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso II, como requisito
para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora Prof^a Ms. Ninon Girardon da Rosa

Porto Alegre

2005

Biblioteca
Esc. de Enfermagem da UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

COMISSÃO DE GRADUAÇÃO

**Consulta de Enfermagem ao casal infértil: uma proposta de
sistematização**

Fernanda Peixoto Cordova

Banca Examinadora

Prof^a Ms. Ninon Girardon da Rosa (Presidente da Banca)

Prof^a Ms. Lílian Córdova do Espírito Santo (1^o Membro)

Enf^a Juliana Luzardo Rigol (2^o Membro)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, pelo seu incentivo, dedicação e acolhimento na trajetória desta pesquisa.

À querida Suzana Záchia, por me fazer apreciar a assistência em infertilidade e por lançar-me este desafio.

À amiga Juliana Rigol, pelo apoio, auxílio e por compartilhar nesta vitória.

À querida Professora Lisiane Paskulin, por despertar em mim o desejo de ser uma pesquisadora e por me fazer acreditar nas minhas potencialidades.

Aos colegas que me demonstraram parceria e amizade.

À minha mãe e meus irmãos, pelo carinho e amparo.

À minha família, pela compreensão da minha ausência e por todo o apoio que me foi dado.

RESUMO

Ao apresentar dificuldade para engravidar, o casal busca compreensão e assistência dos profissionais de saúde, a fim de enfrentar e conseguir resolver o problema. Em geral, o modelo de consulta médica está direcionado ao diagnóstico e à terapêutica. Diante disso, os objetivos desta pesquisa são identificar necessidades de atendimento de enfermagem, junto a casais inférteis, e propor um modelo de sistematização de consulta de enfermagem para os mesmos. Frente ao diagnóstico o casal vivencia sensação de impotência, sentimento de culpa e depressão, afetando "profundamente o relacionamento afetivo e sexual". Nestas circunstâncias, a consulta com a enfermeira pode ser de grande importância para auxiliar este casal a enfrentar suas dificuldades, não tornando o processo terapêutico ainda mais traumático. Este é um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A técnica de coleta das informações foi a entrevista semi-estruturada, realizada com 20 casais. A análise destas informações foi realizada segundo a Técnica de Análise de Conteúdo. As categorias que surgiram foram: as percepções e expectativas do casal sobre o atendimento e tratamento recebidos e as repercussões da infertilidade na vida do casal. Diante disso, a assistência de enfermagem ao casal deve estar centrada no suporte psicossocial e na educação em saúde. As enfermeiras podem colaborar com respostas para muitas questões relacionadas não só às tecnologias em reprodução e às alternativas para formação familiar, mas principalmente para a qualidade da assistência ao casal infértil.

Descritores: consulta de enfermagem, infertilidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	21
4.1 Tipo de Estudo	21
4.2 Local de Realização do Estudo	21
4.3 Sujeitos do Estudo	21
4.4 Coleta das Informações	22
4.5 Aspectos Éticos	23
4.6 Análise das Informações	23
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	25
5.1 Percepções e Expectativas do Casal sobre o Atendimento e Tratamento Recebidos	26
5.2 Repercussões da Infertilidade na Vida do Casal	33
6 PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	41
6.1 Princípios Norteadores	41
6.2 Consulta de Enfermagem ao Casal Infértil	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49

REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista	54
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	55
ANEXO A – Parecer Consubstanciado de Projeto	57
ANEXO B – Carta de Aprovação do Projeto pelo GPPG	60

1 INTRODUÇÃO

Segundo Lock (2002, p. 157), “a infertilidade consiste na incapacidade de conceber após um ano, no mínimo, de relações sexuais”, sem uso de um método contraceptivo.

Ao apresentar dificuldade para engravidar, o casal busca aceitação, compreensão e assistência dos profissionais de saúde especializados, a fim de enfrentar e conseguir resolver seu problema (LOCK, 2002).

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), determina que as ações de planejamento familiar devem abordar a infertilidade. No entanto, o atendimento a estes casais é insuficiente na rede básica de saúde, já que para isto é necessário conhecimento específico. Sendo assim, este tipo de atendimento fica a cargo de hospitais de ensino ou serviços de saúde especializados.

O diagnóstico primário da infertilidade, em geral, é feito na unidade básica de saúde, em nível de atenção primária. Após, o casal é encaminhado a um serviço especializado, de atenção terciária. No Brasil, atualmente, existem sete centros de atendimento em reprodução assistida, os quais atendem pelo Sistema Único de Saúde. Entre eles há o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O atendimento aos casais no Setor de Reprodução Assistida do HCPA acontece desde o ano de 1991. Este atendimento é realizado através de consultas médicas, nas quais são solicitados exames diagnósticos e determinadas as técnicas de fertilização. Houve um grupo educativo para os casais que estavam em

tratamento, realizado por uma enfermeira obstetra e uma acadêmica de enfermagem. O grupo buscava oferecer informações relacionadas à infertilidade, explicar a forma como acontecia o atendimento no Setor, como também propiciar um momento de esclarecimentos de dúvidas e de troca entre os casais. Este grupo ocorreu durante 2 anos mas, com o passar do tempo, começou a haver dificuldades em reunir as pessoas, cessando em março de 2005.

Como acadêmica de enfermagem, participei do grupo de julho de 2003 a março de 2005. Nesta minha vivência escutei, por diversas vezes, dúvidas referentes aos diagnósticos, aos tratamentos, aos custos, às “chances de dar certo”, ao modo de tomar as medicações e até mesmo à forma como eram realizados os exames diagnósticos e as técnicas de reprodução. Além destas dúvidas, ouvi muitos comentários em relação ao tempo da consulta médica, pois os casais acreditavam não ser suficiente para sanar as dúvidas e amenizar as angústias, o que, de certa forma, gerava um ambiente pouco acolhedor. Em geral, o modelo de consulta médica está focado no diagnóstico e na terapêutica, não contemplando, assim, as necessidades dos casais quanto às orientações e quanto ao suporte emocional. Foi neste momento que surgiu o desejo de estudar a infertilidade e a idéia de propor uma sistematização de assistência de enfermagem ao casal, para o atendimento destas necessidades específicas.

Segundo Vanzin e Nery (2000, p.113), “a Consulta de Enfermagem é uma relação de ajuda e uma situação de aprendizagem entre cliente e enfermeiro, em busca da resolutividade de problemas identificados e do bem-estar”. Sendo assim, esta metodologia poderia completar o atendimento ao casal, prestado no Setor de Reprodução Assistida do HCPA, proporcionando um momento de orientação e

educação em saúde. Acredito que a consulta de enfermagem permite ao casal ter um conhecimento maior do seu estado de saúde e do processo de fertilização, levando-o a uma maior autonomia.

A proposta de uma sistematização da assistência de enfermagem, através da consulta é de extrema relevância, por inexistir este atendimento no Setor de Reprodução Assistida. A Consulta de Enfermagem pode contribuir com o trabalho da equipe médica, propiciando um desenvolvimento multiprofissional. Dessa forma, o casal em tratamento teria à sua disposição um atendimento mais completo e um cuidado mais humanizado.

2 OBJETIVOS

- Identificar necessidades de atendimento de enfermagem para casais inférteis, a partir da percepção dos casais em relação ao atendimento recebido no Setor de Reprodução Assistida.
- Propor um modelo de sistematização de consulta de enfermagem a casais inférteis.

3 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Barros (2000, p. 207), “uma das maiores preocupações em todos os povos e em todos os tempos” era conseguir meios de tratamento à infertilidade do casal, sendo que os primeiros relatos a respeito da fertilidade e da infertilidade ocorreram em 2200 a.C.

Para os povos primitivos, a infertilidade era considerada uma desgraça e um castigo de Deus e também o motivo principal para o divórcio do casal e o suicídio da mulher. Culturalmente, estes povos realizavam rituais de fecundidade, como também tratamentos mágico-religiosos para a solução do problema (CENTA, 1997).

Para Maldonado (1997, p. 14) “a maternidade e a paternidade são momentos existenciais importantíssimos no ciclo vital que podem dar à mulher e ao homem a oportunidade de atingirem novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade”.

O viver em família dá suporte para entender o significado de nossa herança cultural e dos valores transmitidos na sociedade em que vivemos. Sendo assim, compreendemos a importância dos filhos na vida de um casal (CENTA, 2001).

Conforme Centa (1997, p. 91), devido aos avanços da medicina, a infertilidade está sendo “desvelada” através da avaliação dos fatores “que interferem no complexo natural do casal infértil, os quais estão relacionados com os aspectos biopsicossociais dos indivíduos”.

Para Passos, Cunha-Filho e Freitas (2004, p. 446), “a infertilidade é uma condição que acomete muitos casais e que tem conseqüências econômicas,

psicológicas, demográficas e médicas importantes”. O casal, ao procurar atendimento, busca tanto a solução do seu problema quanto o apoio emocional. Por isso, a equipe deve sentir-se e estar preparada para trabalhar com este casal.

Segundo Maldonado e Canella (1981, p. 43), “a incapacidade de conceber gera sentimentos de perda em muitos casais, não conseguir ter filhos é uma situação que pode gerar apreensão, ansiedade, tensão e frustração”. Esses sentimentos expressam-se de maneiras diferentes em cada casal, dependendo do entendimento individual, dos preconceitos, da cultura, dos aspectos morais, econômicos, sociais e espirituais (MURAMATSU et al., 1997).

Diante do diagnóstico de infertilidade, o casal vivencia a sensação de impotência, o sentimento de culpa e a depressão, afetando “profundamente o relacionamento afetivo e sexual entre marido e mulher” (MALDONADO; DICKSTEIN; NAHOUM, 1997, p. 193). Nestas circunstâncias, a consulta com a enfermeira seria de grande importância para auxiliar esse casal a enfrentar suas dificuldades, evitando tornar o processo terapêutico ainda mais traumático.

Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997, p. 17) referem que, para o casal que está em tratamento da infertilidade, “a frustração de não ter filhos gera uma busca tão desesperadora que já não é o desejo sexual e amoroso que marca a formação do novo ser”, mas sim o sucesso de uma técnica. Estes autores (1997, p. 18) também ressaltam que “o filho pode trazer a promessa de dar continuidade à existência dos pais”, como também “ser uma oportunidade de aprofundar, de enriquecer e de dar novos significados à vida do casal”.

A infertilidade, definida como a ausência de gestação após um ano de relações sexuais sem uso de método contraceptivo, é classificada em infertilidade

primária, no qual tanto o homem quanto a mulher não apresentam concepção anterior e em infertilidade secundária, quando o homem ou a mulher teve concepção anteriormente, porém não consegue realizá-la novamente (BARROS, 2002).

A prevalência da infertilidade tem se mostrado constante ao passar dos anos, mas a procura pelos serviços especializados tem aumentado consideravelmente. Acredita-se que 8 a 12% dos casais sejam acometidos pela infertilidade em toda a sua vida reprodutiva (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2004).

Dentre os fatores relacionados à infertilidade encontramos, com maior frequência, as doenças sexualmente transmissíveis, a endometriose e a tentativa da gestação em idade fértil já diminuída. O tabagismo e o uso de álcool associam-se também à infertilidade (LOCK, 2002).

As causas da infertilidade, em geral, são determinadas por alterações femininas, masculinas, de ambos ou desconhecidas. Dentre as femininas encontram-se a anovulação, as alterações pélvicas, as malformações anatômicas e as obstruções tubárias. Nas masculinas estão as anormalidades nos espermatozoides e no sêmem. As do casal estão associadas a espermatozoides anormais e à permeabilidade do muco cervical. E, dentre as desconhecidas, estão os fatores imunológicos, que consistem na presença de anticorpos antiespermatozoides, falhas na implantação e crescimento do embrião (LOCK, 2002).

No Setor de Reprodução Assistida do HCPA, a investigação da infertilidade está centrada nas causas anatômicas femininas, hormonais femininas e masculinas. Na avaliação do casal, é essencial ter-se os dados referentes ao processo

reprodutivo, aos fatores prognósticos, aos tratamentos realizados anteriormente, às expectativas do casal, aos aspectos legais, culturais e religiosos, bem como aos custos dos procedimentos (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2003).

Um casal normal, sem prejuízo da fertilidade, tem 15 a 25% de chance, por mês, de engravidar. Um casal que está em tratamento da infertilidade chegará a esta mesma percentagem ao utilizar uma técnica de reprodução (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2003).

O diagnóstico é realizado a partir da investigação da mulher, do homem e do casal. A investigação feminina é realizada de várias formas: - avaliação da ovulação, através da temperatura basal, das características do muco cervical, da biópsia endometrial e da ultra-sonografia pélvica; - análise hormonal, quando há ausência ou irregularidade dos ciclos menstruais; - histerossalpingografia, exame radiológico da cavidade e tubas uterinas, para identificar obstruções e alterações; - laparoscopia, para visualização superior das estruturas pélvicas, a partir de uma incisão abdominal; - ultra-sonografia abdominal ou transvaginal, para investigação das estruturas pélvicas. A investigação masculina consiste na avaliação do sêmem, através do espermograma e a avaliação do casal é realizada através do teste pós-coital, no qual se observam o muco cervical, os espermatozóides e o grau de penetração dos mesmos pelo muco cervical (LOCK, 2002).

Segundo Lock (2002, p. 157), “o diagnóstico e o tratamento da infertilidade exigem um considerável investimento físico, emocional e financeiro durante um período prolongado”. Sendo assim, é fundamental que a equipe de saúde tenha atenção e sensibilidade, promovendo uma base ao casal, respeitando sua privacidade.

Para o tratamento da infertilidade são utilizadas técnicas reprodutivas, tais como: a indução à ovulação, que consiste em uma terapia medicamentosa; a inseminação artificial, que é a colocação do sêmem dentro da cavidade uterina, através de um cateter; a fertilização *in vitro* (FIV), que consiste no encontro do espermatozóide e do óvulo fora na cavidade uterina e a injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) no óvulo, sendo um processo de maior sofisticação que a FIV (LOCK, 2002 e PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2004).

De acordo com Passos, Cunha-Filho e Freitas (2003, p. 26):

No manejo dos casais inférteis, é importante termos consciência do desgaste emocional, sendo fundamental avaliarmos a capacidade deste casal de suportar ao estresse, bem como ajudá-lo no manejo com a realidade, não estimulando fantasias de resolução do problema a qualquer custo.

O casal deve estar ciente de todas as possibilidades terapêuticas. Portanto, deve-se dar atenção à seriedade na informação, não a utilizando como elemento estressor, mas sim como ferramenta para auxiliar na discussão da escolha do tipo de tratamento a ser realizado (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2003).

Para Passos, Cunha-Filho e Freitas (2003, p.23) “a tomada de decisão referente tanto à investigação quanto ao tratamento em infertilidade, tem embasamento em alguns dados epidemiológicos, os quais devem ser considerados na informação ao casal”. Não podemos deixar de considerar, também, que as informações prestadas ao casal podem trazer algo de sensacionalista e isto poderá levar à banalização do método. Portanto, quando há o insucesso da técnica, há um grande desapontamento do casal (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2003). Este fator remete à importância da informação, que deve ser prestada de maneira clara, pois, para poder decidir sobre o tratamento, o casal deve conhecer todo o processo

e, conseqüentemente, ter autonomia de decisão. A enfermeira pode auxiliar os casais a expressarem seus sentimentos, evitando pensamentos negativos, como também fazer um encaminhamento para um serviço de saúde mental (LOCK, 2002).

A Lei nº 7.498, de 1986, no artigo 8º, define como atividade privativa do profissional enfermeiro a Consulta de Enfermagem. Esta foi regulamentada a partir do Decreto de nº 94.406, em 1987 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Segundo Vanzin e Nery (2000, p. 80), a Consulta de Enfermagem objetiva a proteção e promoção da saúde, sendo o paciente, a família e a comunidade sujeitos do seu trabalho. Para o desenvolvimento da consulta, é relevante ter-se como marco referencial as teorias relacionadas à cultura, ao autocuidado e aos níveis de prevenção. Ela disponibiliza-se como recurso para o diagnóstico de enfermagem e identificação dos problemas de saúde do paciente e isto contribui para a elaboração do plano de assistência e, conseqüentemente, a resolutividade dos problemas identificados.

Para as mesmas autoras (2000, p. 117), “a Consulta de Enfermagem é um recurso valioso na assistência personalizada ao cliente e sua família, criando uma situação de ensino e aprendizagem”, caracterizando-se como:

[...] uma atividade onde há integração de ações (unidade completa) que guardam relações de interdependência (seqüência lógica), sugerindo uma ação sistematizada (processo) dirigida para a produção de resultados esperados conforme padrões pré-estabelecidos (qualitativa e quantitativa) e requerendo determinados recursos para a sua produção (organização). (2000, p. 123).

Barros (2000, p. 209) enfatiza que a Consulta de Enfermagem ao casal infértil deve estar “focada no suporte psicossocial dos clientes em adaptação ao

problema da infertilidade (...) e na educação à saúde”, com o enfermeiro trabalhando conjuntamente com os outros membros da equipe.

A metodologia da consulta está centrada em algumas etapas. Num primeiro momento, realiza-se a leitura do prontuário do paciente e se estabelece mentalmente o plano prévio, o modo como a consulta será conduzida. Na consulta propriamente dita aplica-se o histórico de enfermagem, estabelecem-se os diagnósticos e determinam-se a intervenção e o plano assistencial (VANZIN; NERY, 2000).

Segundo Melleiro (2001), assim que identificados os problemas de saúde, a partir da aplicação do histórico de enfermagem, estabelecem-se os diagnósticos e, em conjunto com o paciente, constrói-se o plano de cuidados.

O histórico de enfermagem compreende a anamnese e o exame físico. A anamnese constitui-se em uma coleta de dados relacionados aos seguintes itens: as percepções e expectativas do cliente, as percepções do cliente e de sua família em relação ao nível de saúde e as necessidades humanas básicas. Durante a realização do exame físico, consideram-se os itens relevantes da anamnese (VANZIN; NERY, 2000).

Horta (1979, p. 35) define que “o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”.

O histórico de enfermagem é caracterizado por Horta (1979, p. 41) como um “roteiro sistematizado para o levantamento de dados” do paciente “que torna possível a identificação dos problemas”. O diagnóstico de enfermagem é estabelecido a partir da coleta do histórico, no qual se identificam quais as necessidades básicas estão afetadas e o grau de dependência do paciente. E, por

fim, o plano de cuidados é o processo de busca das soluções dos problemas identificados.

A assistência de enfermagem no HCPA está estruturada a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas adotada por Horta em 1979. Esta teoria está centrada nas leis gerais que regem os fenômenos universais, tais como a lei do equilíbrio (a homeostase ou homeodinâmica), a lei da adaptação e o holismo.

O registro da consulta no prontuário do paciente, no HCPA, é realizado de acordo com o sistema Weed, que se organiza da seguinte maneira: S de subjetivo, as informações referidas pelo paciente; O de objetivo, aquilo que o profissional detecta, observa e examina; I de interpretação, o que o profissional conclui a respeito do paciente e C de conduta, o que o profissional e o paciente estabelecem de intervenção e o que o profissional orienta na consulta.

De acordo com Maldonado e Canella (1981), é nas consultas que boa parte das necessidades do casal são atendidas, ao utilizar-se da capacidade de ver, ouvir e sintonizar-se com o paciente.

Segundo Barros (2000), em nosso meio observa-se pouca atuação de enfermeiras obstetras em reprodução humana, sendo que muitas destas exercem as atividades sem uma especialização adequada. Já as enfermeiras americanas trabalham na área e têm título de especialistas em endocrinologia reprodutiva e infertilidade pela *National Association of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nurses* (NAACOG) e participam da *American Fertility Society* (AFS).

Na cidade de São Paulo, no Setor de Reprodução Humana da Universidade Federal (UNIFESP), a assistência de enfermagem iniciou em 1996. De acordo com Barros (2000, p. 209), esta assistência está centrada na “educação dos casais

inférteis sobre anatomia e fisiologia da reprodução, sobre o processo de investigação da infertilidade masculina e feminina”, atualmente através da Consulta de Enfermagem. Esta Consulta está sistematizada na aplicação de um protocolo de levantamento de dados, que foi elaborado no Setor, bem como no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem. Neste modelo, a primeira entrevista do casal é realizada pela enfermeira e, após, ele é encaminhado à equipe médica.

Em um estudo realizado com casais em tratamento da infertilidade, no Setor de Reprodução Humana na UNIFESP, Muramatsu et al. (1997, p. 285) identificaram que “os sentimentos desvelados mostram uma riqueza de significados, evidenciando que os casais necessitam de ajuda de uma equipe multiprofissional, esclarecendo e discutindo todo o tratamento”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no plano de ação de 2004 a 2007 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 15), a partir do objetivo de “estimular a implantação da assistência ao planejamento familiar”, estabelece a meta de “implementar 27 centros de referência para assistência à infertilidade, distribuídos um por estado e um no Distrito Federal”. Para isto, faz-se necessário que mais enfermeiras estejam inseridas na assistência à infertilidade e que esse atendimento esteja sistematizado.

Barros (2000, p. 212) afirma que “a infertilidade é um campo novo para a enfermagem, mas as enfermeiras podem fornecer evidências e respostas para as questões relacionadas não só com a formação familiar, mas também com a qualidade da assistência”.

Para Melleiro (2001), a Consulta de Enfermagem propicia aos enfermeiros um conhecimento da realidade de sua prática profissional, fornecendo a eles os

subsídios necessários para transformá-la. E é por meio desta transformação que se pode contribuir para a melhoria dos serviços de saúde.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida na perspectiva de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Para Triviños (1990, p. 109), “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”. O estudo descritivo visa a descrição de um fenômeno a ser explorado (POLIT; HUNGLER, 1995).

Segundo Minayo et al (1997, p. 21):

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4.2 Local de Realização do Estudo

A pesquisa foi realizada no ambulatório do Setor de Reprodução Assistida do HCPA, que tem agendas para casais inférteis às segundas-feiras, das 18h às 20h, na zona 6.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram 20 casais que estão em tratamento para infertilidade. Estes casais já haviam participado de, no mínimo, duas consultas

médicas, pois se pressupôs que nesta etapa do atendimento já haveria um diagnóstico e uma indicação terapêutica.

4.4 Coleta das Informações

A coleta iniciou após a emissão do Parecer Consubstanciado de Projeto (Anexo A) e da Carta de Aprovação (Anexo B) do projeto pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA.

A técnica de coleta das informações foi a de entrevista semi-estruturada que, segundo Trivínos (1990), possibilita a liberdade de ação em direção ao tema que se busca compreender, valoriza a presença do pesquisador e oferece ao entrevistado a espontaneidade necessária ao enriquecimento da investigação. Este tipo de entrevista parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo na medida em que se recebem as respostas do informante (Apêndice A).

O período da coleta ocorreu de março a maio do corrente ano.

Para garantir a fidedignidade das informações coletadas, as entrevistas foram registradas num microgravador, depois transcritas.

4.5 Aspectos Éticos

Os casais foram esclarecidos sobre os objetivos a que se propunha o estudo. Portanto, foi informante aquele que aceitou participar da pesquisa voluntariamente, com a liberdade de desistir a qualquer momento.

Cada casal participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (Apêndice B), no qual consta o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário de sua participação, a garantia do anonimato, o destino das informações coletadas, bem como a autorização para publicação dos resultados. O Termo foi entregue em duas vias, sendo que uma delas ficou de posse dos participantes, assinada pelo pesquisador, e a outra ficou de posse do pesquisador, assinada pelos participantes.

Após transcritas, as fitas foram desgravadas, sendo que as transcrições dos discursos dos participantes ficarão de posse da pesquisadora por 5 anos e depois serão destruídas.

Para garantia do anonimato, estabeleceram-se nomes de flores para as mulheres e de pássaros para os homens.

4.6 Análise das Informações

As informações deste estudo foram analisadas conforme a Técnica de Análise de Conteúdo, do tipo temática, segundo Bardin (2004). Este tipo de análise é apropriada para trabalhar com material qualitativo, oriundo de entrevistas que

tratam do modo como as pessoas vivem a sua relação com os objetos cotidianos (BARDIN, 2004).

A análise transcorreu no período de maio a junho deste ano, com as seguintes fases:

- a *pré-análise* - fase em que ocorreu a organização e preparação do material, a partir da leitura flutuante, da escolha dos documentos a serem submetidos à análise e da formulação das hipóteses e dos objetivos;

- a *exploração do material* - fez-se a conclusão da preparação do material através da denominação das categorias. De acordo com o critério semântico, todos os temas que representam determinado significado ficam agrupados em uma categoria;

- o *tratamento e a interpretação dos resultados obtidos* - fase em que ocorreu a descrição das categorias evidenciadas e posterior interpretação.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

As informações aqui apresentadas expressam a forma como os casais percebem o diagnóstico e o tratamento da infertilidade.

Essas informações surgiram a partir da vivência da pesquisadora com os casais, à luz da proposta metodológica que responde a questões particulares, num espaço mais profundo das relações considerando, como sujeitos do estudo, pessoas pertencentes à determinada condição social, com suas crenças, valores e significados próprios (MINAYO et al, 1997).

Na análise das informações, surgiram duas categorias:

- percepções e expectativas do casal sobre o atendimento e tratamento recebidos;
- repercussões da infertilidade na vida do casal. Nesta categoria emergiram os temas: *aspectos emocionais, aspectos sociais e econômicos, sexualidade e expectativas quanto ao resultado do tratamento.*

A análise das categorias e seus temas, revelados nos relatos dos casais, pretendeu compreender os significados a partir do olhar da pesquisadora e da fundamentação científica, visando os objetivos do estudo.

Dos 20 casais entrevistados, a média de idade dos homens é de 33,6 anos e das mulheres é de 31,9 anos. Quanto à escolaridade, observou-se que 40% dos homens possuem o 1º grau incompleto e 35% das mulheres apresentam também esta escolaridade. No que se refere a procedência, 40% dos casais são de Porto Alegre e os demais de municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul . A

média do número de consultas do casal com a equipe médica foi de aproximadamente 5 consultas, numa média de 3 a 4 consultas a cada ano.

5.1 Percepções e Expectativas do Casal sobre o Atendimento e Tratamento Recebidos

Os casais inférteis que consultam no HCPA são encaminhados através da Central de Marcação de Consulta do município de Porto Alegre, de acordo com o princípio de hierarquização do SUS.

No Setor de Reprodução Assistida do HCPA, o principal atendimento prestado aos casais são consultas médicas, focalizadas no diagnóstico e no tratamento da infertilidade.

As causas da infertilidade podem ser em decorrência de alterações femininas, masculinas, como também por fator desconhecido. Na cidade de Porto Alegre, um estudo realizado em 1991 estimou que as causas seriam 66,6% de alterações femininas, 18,3% de alterações masculinas, 3,3% de alterações femininas e masculinas associadas e 11,6% de alterações desconhecidas (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2003). Todo o casal, ao acessar um serviço de atendimento em reprodução, deveria ser informado a respeito das possíveis causas da sua infertilidade, para poder iniciar o processo de compreensão da sua condição de saúde, desmistificando o mundo da infertilidade.

Na prática, observa-se que este processo não acontece de maneira satisfatória, pois os casais manifestam ter pouca informação a respeito das causas da infertilidade:

“Não temos noção nenhuma, estamos vindo nas consultas, mas nada sabemos sobre a infertilidade”. [Violeta]

“Sei que podem ser várias causas e fatores tantos femininos como masculinos. Na consulta eles falam muito pouco com a gente a respeito disto”. [Camélia]

A escassa informação faz gerar no casal um sentimento de dúvida em relação ao diagnóstico de infertilidade. Quando a informação não é prestada ou prestada insuficientemente, o casal a complementa ou a descobre em livros, sites da internet, revistas e também em programas de televisão:

“Tenho conhecimento através de reportagens que leio”. [Camélia]

“A cada consulta a gente recebe um pouquinho de informação, mas o que a gente sabe a respeito é o que a gente pesquisa antes de vir”. [Antúrio]

“O que a gente conhece é só o que assistimos na televisão”. [Tico-tico]

É importante que o casal procure informações e tenha possibilidade de discutir com o profissional especializado para compreender a sua situação de saúde, obtendo subsídios para decidir a respeito do seu tratamento (LOCK, 2002). Disponibilizar o conhecimento é garantir o direito dos casais de sentirem-se esclarecidos a respeito da sua dificuldade, como também atender as suas necessidades. Eles verbalizam o desejo de serem esclarecidos:

“Eu gostaria de saber o porquê não aconteceu a gravidez ainda, pois os exames até agora deram todos normais?”. [Azaléia]

“Eu gostaria de saber bem mais a respeito pois, quando eu entro no consultório, eu busco saber o que está acontecendo (...). Saber mais sobre o porquê a mulher fica infértil (...). Saber o certo, não aquilo que leio em

livros, saber de pessoas que entendam sobre isto (...). O que um ovário tem a ver com o outro? O que uma trompa tem a ver com a outra? Eu não entendo (...). Se eu tenho uma trompa normal, porque não engravidei ainda?". [Camélia]

"Eu gostaria de saber informações gerais a respeito da infertilidade, pois quanto mais informação, mais ciente nós ficamos". [Coleiro]

Às vezes, os casais recebem informação, mas o modo como esta é transmitida, ao invés de esclarecer, pode se tornar um elemento estressor. A informação deve ser dada como prioridade do atendimento e deve ser realizada com seriedade pela equipe (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2003). Infelizmente, nem sempre o profissional se preocupa com a forma como as informações devem ser prestadas ao casal:

"Quando eles falaram que eu não poderia engravidar normalmente, eles não chegaram explicando (...). Simplesmente a doutora olhou para mim e disse: tu não podes ter filho, é assim e ponto. Tu imaginas como eu fiquei na frente dela! Depois disto, eu parei o tratamento (...). Agora que estou retornando (...). Mas o jeito que ela falou comigo!". [Rosa]

Os casais desejam receber uma atenção mais acolhedora, que proporcione tranquilidade, clareza e objetividade, que atenda as suas aflições e interesses e que seja personalizada:

"Eu gostaria de receber um acompanhamento mais completo, que seja uma conversa, com maior explicação e mais suavidade (...). De uma maneira diferente da que está acontecendo (...). Agir com delicadeza ao expor os problemas". [Quero-quero]

Para MacDaniel, Hepworth e Doherty (1994, p. 167):

Uma maior compreensão sobre os aspectos biológicos do problema freqüentemente ajuda as pessoas a despersonalizarem o problema e serve para remover o senso de fracasso e culpa sobre algo que não está em seu controle.

Para conhecer a causa da infertilidade, faz-se necessário um processo de investigação do casal. No Setor de Reprodução do HCPA, esta avaliação inicia-se

com uma história detalhada dos aspectos ginecológicos e obstétricos da mulher, da exposição a agressores químicos e dos aspectos sexuais do casal. Todos os pacientes são submetidos a exames sorológicos de triagem para doenças infecciosas e, a partir disto, partem para uma avaliação mais específica. Esta avaliação é centrada nas possíveis alterações anatômicas e hormonais femininas e masculinas, realizada através de métodos mais invasivos (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2004).

Segundo Barros (2000), o casal deve compreender a importância da realização dos exames laboratoriais de rotina, para que não haja uma má interpretação ou banalização dos mesmos. Esta investigação diagnóstica é importante para a determinação da causa da infertilidade, mas percebe-se que ela é feita sem o casal estar devidamente orientado a respeito, desconhecendo as etapas e as especificidades que o processo apresenta:

“Eu acho que a explicação deles é pouca, fazem exames e mais exames e acabam não explicando direito para que servem, o que podem e o que não podem fazer para a gente. Eu posso ou não posso? A gente fica sem saber o que vai ser feito”. [Rosa]

“Na primeira consulta, até achei meio precoce, pois nós chegamos, ela já foi marcando um monte de exames. Disseram vem aqui, vai lá e faz aquilo. Nós ficamos até um pouco assustados. Será que precisava tudo isto?”. [Cardeal]

Identifica-se, nos discursos, que o déficit de informações propicia sentimentos de dúvida e insegurança para os casais. Eles não conseguem compreender os métodos de investigação diagnóstica e nem a “precocidade”, fantasiando o processo e questionando a conduta médica.

Não só os exames laboratoriais devem ser compreendidos pelos casais, os exames com métodos invasivos devem ser melhor esclarecidos em relação a sua

indicação, preparação e realização. Às vezes, a orientação a respeito do preparo para os exames é dada com superficialidade ou por meio de um folheto, sem maiores esclarecimentos:

“Fomos orientados somente através de uma folha, pelo profissional não”.
[Corrupião]

“Eles disseram: Olha! Lê e faz tudo que está escrito aqui”. [Flor de Lis]

“Na consulta informaram somente que tinha que estar em jejum e que não poderia estar menstruada, mas quanto ao modo como era feito eu fiquei sabendo somente na hora do exame”. [Lírio]

Os exames realizados são procedimentos que exigem conhecimento qualificado da equipe, tempo e recursos financeiros que repercutem na vida econômica dos casais. Além desta questão, o investimento psicológico vivenciado por estes casais e o déficit na informação podem interferir diretamente no preparo correto para o exame. Qualquer falha acarretaria no desperdício de todos os investimentos. Poderíamos questionar: como os profissionais teriam a garantia que o casal entendeu os cuidados essenciais, se recebe as orientações por meio de um folheto? Onde estaria o espaço para o esclarecimento das possíveis dúvidas?

Isto nos faz refletir a respeito da atenção disponibilizada aos casais, respondendo que seria necessária uma melhor orientação, pois eles já estão desgastados, angustiados e muitas vezes com poucas condições financeiras para ficar repetindo processos, já que muitos estão fazendo o tratamento há bastante tempo.

As consultas são agendadas, em média, a cada três meses. O processo de investigação é fracionado e a cada consulta faz-se uma avaliação, até que a causa seja determinada e se escolha o tratamento adequado a ser utilizado. Os casais

desconhecem as etapas do processo e acabam não sabendo o que será abordado em cada consulta. Ficam na expectativa de que na próxima consulta terão a complementação das informações, em se tratando do diagnóstico e das técnicas de fertilização:

“Ele explica na consulta as coisas daquela consulta, mas não explica o que vai ser feito na próxima consulta, qual será o próximo passo (...). A gente fica com dúvidas do que vai acontecer daqui para frente”. [Antúrio]

“O tempo também é muito longo entre uma consulta e outra. Até a próxima consulta já esquecemos tudo o que foi combinado anteriormente”. [Cardeal]

A gravidez é o principal objetivo do casal que procura o atendimento em reprodução e eles esperam que aconteça o mais breve possível, mas desejam compreender como e quando o processo realmente irá acontecer:

“Deveriam conversar mais, explicar desde o início tudo o que será feito”. [Orquídea]

“Eu gostaria de saber o que eles vão fazer, se vão utilizar algum medicamento, se vão fazer algum exame (...). Informar-nos de tudo o que irá acontecer”. [Azaléia]

“Eu gostaria de saber um pouco mais aprofundado quais são as causas, que cuidados eu preciso tomar quando estiver em tratamento (...). Quais as possíveis soluções (...). Se existe alguma dificuldade que realmente não tenha solução (...). A gente quer poder saber a verdade”. [Citronela]

O tratamento para infertilidade pode ser realizado através da indução à ovulação, inseminação artificial, fertilização *in vitro* (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI). Alguns tratamentos mais específicos, como cirurgias no aparelho reprodutor e reposição hormonal, são também utilizados (LOCK, 2002 e PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2004).

Os indutores de ovulação são geralmente utilizados como primeira tentativa à gravidez, dependendo do problema existente. Estes medicamentos, indicados pela

Estima-se que, ao utilizar uma técnica de reprodução assistida, o casal tenha em torno de 25% de chance de a gestação acontecer, assim como um casal fértil que tem relações sexuais regularmente, sem o uso de método contraceptivo. Nesta porcentagem, não se leva em conta a idade, o problema apresentado e a viabilidade da técnica, pois, na presença desses fatores, esta pode ser ainda menor (PASSOS; CUNHA-FILHO; FREITAS, 2004).

Para Lock (2002, p.167), “a falta de informações ou as informações incorretas sobre os índices de sucesso e sobre os riscos e benefícios das alternativas de tratamento impedem que os casais tomem as decisões informadas”. Os casais acreditam que a porcentagem da gestação acontecer, ao se utilizar uma técnica de reprodução, seja de 100%. O desconhecimento desperta grandes expectativas e, com o insucesso da técnica, o casal experimenta a frustração, o sentimento de impotência e a decepção:

“É importante para a gente saber (...). Se não der certo o procedimento, a gente não se decepciona. Ficando preparado”. [Canário da Terra]

“Eu fico emocionalmente abalada, me consome demais (...). Eu fico ansiosa, coloco tudo o que eu tenho de energia e quando o procedimento não dá certo, eu me abalo muito”. [Camélia]

Informar corretamente é permitir que o casal possa escolher a realização ou não da técnica. Esclarecer as reais chances de gravidez é uma forma de não estimular situações fictícias. Orientar sobre as baixas porcentagens de êxito permite que os casais não fantasiem a respeito da gravidez, já que humanização é deixá-los cientes de todo o processo, evitando que haja um maior sofrimento com o insucesso da técnica.

5.2 Repercussões da Infertilidade na Vida do Casal

Aspectos Emocionais

A infertilidade pode gerar ao casal sentimento de impotência, frustração, fracasso, desapontamento, culpa, ansiedade, depressão e estresse (MALDONADO; DICKSTEIN; NAHOUM, 1997). A angústia e a sensação de fracasso são alterações emocionais desencadeadas pelo desejo de ter um filho e não estar conseguindo:

“Quando se trata de infertilidade para um casal que quer ter filhos, se torna um pouco angustiante”. [Bem-te-vi]

“Dá uma decepção quando a gente sabe que tem problema para engravidar”. [Tulipa]

A dificuldade exige que o casal redefina suas identidades como indivíduos e parceiros, pois a espera pela gravidez pode levá-los a vivenciar o sentimento de incapacidade biológica (MACDANIEL; HEPWORTH e DOHERTY, 1994). A infertilidade por si só desencadeia estas alterações emocionais e o processo de investigação e tratamento acaba por intensificá-las, fazendo com que a ansiedade junte-se a todo o processo:

“O não poder ter filhos nos incomoda um pouco. O fazer e fazer exames nos deixa mais angustiados e ansiosos”. [Papagaio]

“A gente nasce (...). Vamos crescendo e aos poucos queremos constituir uma família (...). E quando isto não dá! Daí fica difícil”. [Quero-quero]

Para MacDaniel, Hepworth e Doherty (p. 159, 1994),:

Os fatores psicológicos tais como ansiedade e estresse, podem interferir com a fertilidade de modo não completamente compreendido e difícil de ser

estudado, porque a própria infertilidade resulta em estresse considerável para o paciente e para a família.

Com o objetivo de tornar o atendimento ao casal mais completo, faz-se importante ter uma atenção voltada para as alterações emocionais, podendo amenizá-las através de conversas, de acompanhamento psicológico e de atividades em grupo:

“Conversar com a gente seria importante para amenizar nossas angústias”.
[Papagaio]

“Um acompanhamento psicológico seria de extrema importância”.
[Gardênia]

O tempo disponibilizado para o tratamento também interfere na questão emocional, pois a sua demora é salientada pelos casais como fator aflitivo e cansativo. Eles entendem que há um grande número de casais em tratamento, mas identificam que a demora entre uma consulta e outra atrapalha o processo:

“Sinto muita ansiedade, ansiedade de as coisas acontecerem logo (...). Ansiedade em relação a quando vai ser a próxima consulta”. [Prímula]

“Todos os meses eu fico naquela expectativa e naquela ansiedade”. [Dália]

Segundo MacDaniel, Hepworth e Doherty (1994), o diagnóstico pode gerar sentimento de culpa e dúvida quanto aos sentimentos do companheiro. A culpa causa sofrimento, quando o casal já sabe o motivo da sua infertilidade e qual dos dois apresenta o problema:

“Eu me sinto culpada, a mulher sempre se sente culpada neste caso (...) Fico pensando, se eu abrisse mão dele, ele poderia ter outra mulher e ter filhos com esta”. [Camélia]

É nesta situação que se evidencia a relevância de um acompanhamento psicológico ao casal, para que ele possa vivenciar melhor estes sentimentos, não deixando que isto atrapalhe sua vida e o tratamento para a infertilidade.

Aspectos Sociais e Econômicos

A infertilidade é compreendida como uma questão médica, psicológica e social. É uma crise que atravessa as gerações familiares, já que ameaça a perda do futuro desta família. Os pais dos casais que estão enfrentando a infertilidade podem sentir-se responsáveis em relação à dificuldade que seus filhos estejam apresentando (MACDANIEL; HEPWORTH e DOHERTY, 1994).

É natural que a família e os amigos exerçam uma cobrança social sobre o casal em relação à gravidez, pois as crianças oferecem à família a oportunidade de um equilíbrio familiar. Esta cobrança aparece de forma discreta, mas significativa:

“A cobrança dos amigos e da família é grande (...). A gente fica chateada em dizer que não conseguiu engravidar ainda, para a família e para os amigos”. [Pardal]

As pressões culturais e familiares podem provocar atitudes de desespero e desvalorização, tanto na mulher quanto no homem (MALDONADO e CANELLA, 1981). Ao assistir um casal infértil, a equipe deveria envolver sua família no atendimento, a fim de que esta família também compreenda a infertilidade e identifique seus sentimentos de perda e tensão, disponibilizando um apoio ao casal (MACDANIEL; HEPWORTH e DOHERTY, 1994).

Além das questões familiares, para a realização do desejo de ter um filho, são necessários recursos financeiros, porque o atendimento é prestado através do SUS, mas as medicações os casais têm que comprar.

A cada tentativa, um novo investimento se faz necessário e a ausência de recursos aparece como um grande empecilho para o casal. Para atingirem seu objetivo, programam-se vendendo seus pertences, acordando demissões e abdicando de outros sonhos:

“Sabíamos que não era uma coisa barata, já fomos nos planejando, nos preparando para o processo”. [Antúrio]

“Se tivéssemos que pagar pelo tratamento, não teríamos condições (...). Ainda mais que moramos longe”. [Sanhaço]

“A questão financeira para nós baixou bastante, pois ele depois de trabalhar quatro anos em uma empresa teve de acordar uma demissão para poder receber seus direitos (...). Foi gasto tudo nas medicações, para que pudéssemos fazer a fertilização (...). Não deu certo (...). Foi terrível”. [Ipê]

Este último discurso faz-nos refletir sobre a atenção dada a este casal. Fazê-lo investir quase todo seu patrimônio em um procedimento, com pouca chance de dar certo, é estar assistindo-o com qualidade? O casal tem seus sonhos, mas até que ponto nós devemos interferir neste processo? Acredito que uma orientação a respeito das reais chances e qual o investimento financeiro será necessário permitiria ao casal tomar uma decisão mais consciente.

Sexualidade

Segundo MacDaniel, Hepworth e Doherty (1994), a infertilidade, como qualquer crise, pode unir ainda mais o casal ou pode resultar em problemas. As

tensões sexuais, financeiras e emocionais são desafios comuns para os casais e o diagnóstico e tratamento da infertilidade pode resultar em uma grande invasão da privacidade do casal, na área mais íntima do relacionamento, que é a atividade sexual.

De acordo com Speroff, Glass e Nathan (1991), a angústia da infertilidade e a aflição em realizarem os processos de investigação e de tratamento contribuem para o constrangimento e a sensação desagradável do casal de ter que fazer algo que usualmente seria natural e prazeroso de maneira programada e controlada.

Estas sensações são percebidas pelo casal que, do prazer de conceber um filho através de relações sexuais com o companheiro, passa para um processo mecânico e artificial:

“A única coisa ruim é que tínhamos que transar para engravidar, não pelo desejo de fazer (...). Tinha que fazer todos os dias, uma coisa forçada (...). A gente acabava até brigando”. [Papagaio]

“Isto era uma das coisas ruins (...). Era mecânico, sem sentimento (...). Acabava por ser pior ainda (...). Tinha que ter dia e hora marcada”. [Gardênia]

Expectativas Quanto ao Resultado do Tratamento

Ao buscar atendimento, o casal procura ajuda profissional para realizar o desejo de engravidar. Ele espera que a equipe faça isso por ele e, apesar de saber de todas as dificuldades e de todo o investimento necessário, as suas expectativas são sempre significativas, pois o desejo maior é a concepção de um filho:

“Por mais que saibamos das baixas porcentagens, nossa expectativa é enorme”. [Canário da Terra]

"Nossas expectativas são grandes (...). Estamos contando os dias (...). Fazendo planos para o dia que eles fizerem a inseminação". [Lírio]

A frustração de não conseguir conceber gera no casal, com frequência, a sensação de vazio existencial, a impressão de que a vida sem filhos não tem sentido, porque o filho representa a continuidade pessoal, a promessa de realização, de acabar com o tédio, com o vazio e a inutilidade. Portanto, ter um filho representa muito, são inúmeros os motivos pelos quais querem que ele venha, pois a criança traz a promessa de dar continuidade à existência dos pais, dando oportunidade para enriquecer e dar novos significados à vida do casal (CENTA, 1997).

Os casais desejam que o tratamento seja breve e que a gravidez aconteça da forma mais rápida, pois o que mais querem é que seu sonho se realize o quanto antes:

"Viemos com a esperança de logo conseguir engravidar, mas o tratamento é muito longo (...). Uma longa espera". [Cardeal]

"Espero que dê tudo certo (...). Que seja o mais rápido possível (...). Que não fiquem nos enrolando muito". [Corrupião]

Para Barros (2000, p. 209):

A infertilidade pode levar a uma crise de vida pois, o processo de nascimento é visto como básico para a sobrevivência dos seres humanos, por isso a não concepção pode levar a sentimentos de falha, depressão, isolamento, culpa e não realização do desejo de ter filhos. O conhecimento desses sentimentos ajuda o casal na sua busca de soluções para a aceitação dos procedimentos de investigação e, através do fornecimento de informações claras aos casais, ajustar as expectativas à realidade e ao real prognóstico.

Da equipe, os casais esperam que ela os receba com atenção e que haja sempre com objetividade e profissionalismo:

“Espero que a equipe haja com a maior naturalidade possível e que seja sincera, colocando sempre a realidade de maneira bem clara para a gente”.
[Girassol]

Desejam também que este atendimento seja disponível a todos que apresentam dificuldades para engravidar e que não tenham condições de pagar pelo atendimento:

“Espero que um dia este atendimento esteja disponível a muita gente que precisa, que não tenham condições para pagar”. [Bem-te-vi]

A partir dos resultados encontrados, conclui-se que o casal infértil tem expectativas que não estão sendo atendidas adequadamente dentro do modelo atual. Sentem-se pouco informados e esclarecidos a respeito do diagnóstico, dos exames e do tratamento indicados, apresentando dúvidas que não são sanadas ao longo do seu acompanhamento.

Por outro lado, a infertilidade traz repercussões na vida do casal, tanto emocionais, como sensação de fracasso, culpa, ansiedade, depressão e dificuldades no exercício da sexualidade, quanto sociais e econômicas.

Frente a isso, surge a proposta de se realizar, de maneira sistemática, a consulta de enfermagem, visando contribuir para o atendimento das expectativas e complementar a atenção à saúde dos casais inférteis.

6 PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A pesquisa realizada teve o intuito de conhecer a realidade do atendimento no Setor de Reprodução, na visão dos casais, a fim de identificar suas necessidades para que pudéssemos propor a consulta de enfermagem nesta área. Os resultados obtidos deram respostas às inquietações da pesquisadora e subsídios para redigir a presente proposta, adequando-se à realidade dos indivíduos e do serviço de saúde.

6.1 Princípios Norteadores

A consulta de enfermagem é regulamentada como atividade privativa do enfermeiro e está focalizada no indivíduo e na sua família, de modo integral. Tomando como princípio norteador a saúde integral utiliza-se o referencial da promoção da saúde e as diretrizes estabelecidas pela *Carta de Ottawa* (OMS, 1986), que visam elaborar e implementar políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, reforçar ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar o sistema de saúde.

É também através da consulta de enfermagem que podemos desempenhar o cuidado ao paciente e sua família. De acordo com Waldow (2001), o cuidado é uma característica da enfermagem e deve ser compreendido, estudado e visto tanto no seu conhecimento, quanto na sua arte. Este cuidado humano envolve ética, princípios e valores que fazem parte não só do ensino, mas também da prática.

Os princípios norteadores do cuidado de enfermagem correspondem à atitude participativa, à atitude preventiva, à integralidade, à educação em saúde, e ao trabalho em equipe multiprofissional (CROSSETTI, ARRUDA e WALDOW, 1998). Mas a equipe multiprofissional não deve ser apenas representada pela junção de vários profissionais com seus conhecimentos específicos, deve agir com o objetivo comum de complementação dos seus conhecimentos.

A consulta de enfermagem é uma das atividades mais relevantes da enfermeira que, usando de sua autonomia profissional, assume a responsabilidade quanto à ação frente aos problemas detectados. A partir disso, estabelece-se a intervenção aos problemas identificados, orientando o indivíduo para o auto-cuidado e encaminhando-o para outros profissionais, quando fugir da sua alçada a resolução dos problemas identificados (MELLEIRO, 2001).

No campo da infertilidade, a Consulta de Enfermagem não é muito desenvolvida pelas enfermeiras, mas pode ser um ótimo recurso para dar-se apoio ao casal, bem como fornecer-lhe todas as orientações que julgar necessária. Segundo Barros (2000), a assistência de enfermagem a casais com prejuízo da fertilidade deve estar centrada no suporte psicossocial, para que haja adaptação ao problema de infertilidade, e na educação em saúde, para uma melhor compreensão do processo pelo qual passam.

Para Lock (2002, p. 165), “as enfermeiras podem ajudar os casais a expressar e discutir seus sentimentos tão honestamente quanto possível. Isso pode fazer com que os casais livrem-se dos sentimentos negativos”, proporcionando um melhor desempenho no tratamento da infertilidade.

6.2 Consulta de Enfermagem ao Casal Infértil

O presente estudo está fundamentando a implantação da Consulta de Enfermagem aos Casais Inférteis, no Setor de Reprodução do HCPA, em parceria da pesquisadora com uma enfermeira do Programa de Saúde da Mulher.

O objetivo deste atendimento é orientar sobre o tratamento médico indicado; número de tentativas e chance de sucesso para gestação; uso de medicações prescritas; preparo do casal para o procedimento técnico indicado e esclarecimento de dúvidas em geral sobre infertilidade.

A Consulta de Enfermagem será para os casais que consultam na agenda médica de infertilidade, com indicação de Inseminação Artificial, Fertilização *in vitro* (FIV) e Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóides (ICSI). Não serão atendidos os casais que consultam na agenda médica de infertilidade que ainda não tenham tratamento médico indicado.

O casal vem à consulta encaminhado pela equipe médica, para orientações prévias ao procedimento técnico. Portanto, o número de Consultas de Enfermagem por cada casal será vinculado ao número de procedimentos realizados.

Na metodologia da consulta, planeja-se utilizar um roteiro de entrevista que contemple os dados representados no quadro 1. Inicialmente, pretende-se obter a identificação do casal, as repercussões da infertilidade e as expectativas sobre o tratamento. Após, verificar o conhecimento demonstrado pelo casal, comparando com a história clínica descrita no prontuário. Este roteiro está em fase de discussão e aprimoramento.

	Homem	Mulher
Identificação do Casal	Nome: _____	Nome: _____
	Data de Nasc.: _____	Data de Nasc.: _____
	Procedência: _____	Procedência: _____
	Profissão: _____	Profissão: _____
	Escolaridade: _____	Escolaridade: _____
Repercussões da Infertilidade na Vida do Casal	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Expectativas do Casal com o Tratamento	_____ _____ _____	_____ _____ _____
	Informações Referidas pelo Casal	História Clínica Descrita no Prontuário
Causas da Infertilidade	Feminina: _____	Feminina: _____
	Masculina: _____	Masculina: _____
	Desconhecida: _____	Desconhecida: _____
Exames Realizados	Laboratoriais: _____ _____	Laboratoriais: _____ _____
	Espermograma: _____	Espermograma: _____
	Específicos: _____	Específicos: _____
	_____	_____
Tratamento Indicado	Indução a ovulação: _____	Indução a ovulação: _____
	Inseminação artificial: _____	Inseminação artificial: _____
	FIV: _____	FIV: _____
	ICSI: _____	ICSI: _____
	Outros: _____	Outros: _____
Conhecimento do tratamento (técnica, riscos e etapas)	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Realização Prévia de Tratamento	Qual: _____	Qual: _____
	Quando: _____	Quando: _____
	Motivo: _____	Motivo: _____
Uso de Medicação	Qual: _____	Qual: _____
	Indicação: _____	Indicação: _____
	Tempo de utilização: _____	Tempo de utilização: _____
	Cuidados: _____	Cuidados: _____

Quadro 1 – Roteiro de Entrevista ao Casal Infértil

Após a entrevista, a enfermeira realizará o exame físico realizado que envolverá a verificação da pressão arterial, peso e altura da paciente, podendo ser mais detalhado se a situação exigir.

O registro da consulta será realizado em prontuário informatizado, de acordo com rotina do ambulatório do HCPA.

Após a coleta das informações e da realização do exame físico, a enfermeira interpreta os dados, determinando os diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é a identificação dos problemas a serem atendidos, frente às informações subjetivas e objetivas evidenciados. Diz respeito à identificação correta das necessidades do paciente, buscando satisfazê-las através da escolha de um plano assistencial (VANZIN e NERY, 2000).

Para o atendimento aos casais inférteis, Lock (2002, p 165) traz possíveis diagnósticos de enfermagem:

- ✓ Ansiedade relacionada com o resultado desconhecido da avaliação diagnóstica;
- ✓ Perturbação da imagem corporal ou na auto-estima relacionada com os prejuízos à fertilidade;
- ✓ Risco para estratégias ineficazes de resolução individual/ familiar relacionado com os métodos usados na investigação de prejuízos à fertilidade;
- ✓ Conflito decisional relacionado com as terapias para prejuízos à fertilidade e com as alternativas para a terapia de vida sem filhos ou de adoção;

- ✓ Processos familiares alterados relacionados com as expectativas não preenchidas de gestação;
- ✓ Luto antecipado relacionado com o mau prognóstico;
- ✓ Dor relacionada com os efeitos dos testes diagnósticos ou cirurgia;
- ✓ Impotência relacionada com a falta de controle sobre o prognóstico;
- ✓ Padrões de sexualidade alterados relacionados com a perda da libido secundária às restrições médicas impostas;
- ✓ Risco para isolamento social relacionado com os prejuízos à fertilidade, sua investigação e seu controle;
- ✓ Déficit de conhecimento relacionado com os fatores de risco da pré-concepção, com os fatores que envolvem a ovulação e os que envolvem a fertilidade.

Após a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, o plano assistencial é estabelecido em consonância com o casal e com os membros da equipe multiprofissional. Barros (2002, p. 58), baseado nos Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos por Lock, refere que o plano de ação deveria estar focalizado nas orientações que dizem respeito a:

1. Educação sobre a reprodução humana e sobre os fatores que podem interferir na concepção e avaliação diagnóstica da infertilidade.

- anatomia e fisiologia dos aparelhos reprodutores masculinos e femininos;

- fisiologia da ovulação e menstruação;

- fisiologia espermática.

2. Informações completas sobre a infertilidade e as reais perspectivas de concepção.

- orientações sobre o que é infertilidade;
- possíveis causas da infertilidade;
- exames realizados, como acontecem e preparo necessário para realizá-los;
- tipos de tratamentos disponíveis;
- técnicas de reprodução existentes e modo como são desenvolvidas.

3. Informações sobre os programas alternativos de formação familiar, como adoção e doação de gametas.

- orientações sobre as possibilidades de adoção de um filho;
- orientações sobre os programas de doação de óvulos e de esperma.

De acordo com MacDaniel, Hepworth e Doherty (1994), a assistência de enfermagem ao casal infértil deve:

- encorajar o casal a discutir o problema com os membros da família e com os amigos, para que possa diminuir a sensação de isolamento social e que possa receber mais apoio;
- compreender o significado específico que a infertilidade tem para cada pessoa e para o relacionamento;
- ajudar o casal a discutir, diante do diagnóstico e prognóstico, seus objetivos de vida e questões existenciais envolvidas na não concepção;
- estimular os casais a buscarem conhecimento a respeito da sua infertilidade;
- discutir abertamente com o casal os efeitos da infertilidade sobre a vida sexual;

- estimular a comunicação entre o casal para reforçar o vínculo conjugal;
- incentivar o casal a continuar as suas atividades de lazer;
- explorar a motivação de cada membro do casal para suportar o estresse do tratamento para a infertilidade e/ou as pressões do processo de adoção, ou a preferirem continuar sem filhos e mudarem suas atividades para o trabalho ou outras áreas, elaborando a perda;
- auxiliar o casal a fazer um planejamento financeiro realístico;
- ajudar o casal a negociar as diferenças, de modo que possam tomar decisões ativas acerca de cada novo teste ou procedimento;
- ajudar o casal a elaborar as perdas que ocorrem durante um tratamento.

A descrição desta proposta de Consulta de Enfermagem ao casal infértil no Setor de Reprodução Assistida do HCPA apresenta a idealização de um trabalho discutido com a equipe médica e construído com a enfermeira do Programa de Saúde da Mulher, a partir de expectativas e percepções dos casais em tratamento para infertilidade.

A realização deste estudo possibilitou delimitar as etapas iniciais do processo e a efetivação do atendimento pela enfermeira o ocorrerá após algumas definições operacionais e institucionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infertilidade é um campo de trabalho novo para a enfermagem e cada vez mais emerge o desafio de desenvolver atividades nesta área, já que cresce progressivamente a atenção em reprodução. As enfermeiras podem fornecer respostas para os aspectos relacionadas não só às tecnologias reprodutivas e às alternativas para a formação familiar, mas essencialmente a respeito da qualidade da assistência.

Ao finalizar este estudo, a autora sente que foi muito gratificante e de extrema relevância trabalhar com este tema. A partir da vivência da pesquisadora, já se tinha a idéia das necessidades dos casais e o estudo serviu para confirmá-las, bem como propor uma assistência fundamentada cientificamente, buscando promover a humanização.

O estudo reafirma a posição do enfermeiro frente às questões de educação em saúde, através da Consulta de Enfermagem, que preenche a lacuna do déficit das informações que ocorre nas consultas médicas.

A enfermeira, ao desenvolver suas atividades junto a uma equipe multiprofissional, propicia uma assistência de melhor qualidade, bem como um cuidado mais humanizado ao casal.

Foi de muita satisfação para pesquisadora o estudo servir de suporte para a implantação do atendimento de enfermagem aos casais inférteis na instituição em que ocorreu a pesquisa.

Depois de implantada a Consulta de Enfermagem ao casal infértil, seria necessário fazer uma avaliação desta sistematização, para identificar se os casais estão sentindo-se contemplados com o modelo proposto. Há inúmeros estudos que avaliam os sentimentos dos casais frente à infertilidade, mas não há estudos que os interroga a respeito de como gostariam de serem atendidos, para sentirem-se mais acolhidos e obterem um melhor resultado no tratamento realizado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª Ed. Lisboa: edições 70, 2004. 223 p.

BARROS, S. M. O. B. Infertilidade. *In:* _____; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002. 517 p. p. 53-69.

_____. A enfermagem e a reprodução humana. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte I, p.207-213, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: MS, 2004. *In:* <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica-nac-atencao-mulher2.pdf>. Acesso em outubro de 2004.

CENTA, M. L. **Do natural ao artificial: a trajetória do casal infértil**. Curitiba: Do Autor, 2001. 185 p.

_____. Vislumbrando uma aproximação entre o processo de trabalho em enfermagem e o cuidado ao casal estéril. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 91-94, jul./dez. 1997.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL.
Legislação. Porto Alegre: Coren, 2002. 55p.

CROSSETTI, M. G. O.; ARRUDA, E. N.; WALDOW, V. R. Elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermeiras de um município gaúcho. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 151-173, mai./ago. 1998.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2ª ed. Revista Ampliada. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179 p.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1979. 99 p.

LOCK, S. E. Fase reprodutiva. *In:* LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 928 p. p. 157-172.

MACDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J. H.; DOHERTY, W. J. **Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 290p.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14° Ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 229 p.

_____ ; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. 10° Ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 208 p.

_____ ; CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Atheneu, 1981. 239 p.

MELLEIRO, M. M. A consulta de enfermagem no cenário do sistema de assistência de enfermagem. *In*: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. 303 p. p. 279-292.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7°Ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 80 p.

MURAMATSU, C. H. et al. Experiências de casais que procuram o centro de reprodução humana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 2, p. 274-286, ago. 1997.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1986. Carta de Ottawa. *In*: BUSS, P. M. e organizadores. **Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina**, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, p. 158-162.

PASSOS, E. P.; CUNHA-FILHO, J. S. L.; FREITAS, F. M. Infertilidade. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. e colaboradores. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3° Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p. p. 446-451.

_____ e colaboradores. **Rotinas em infertilidade e contracepção**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 368 p.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

SPEROFF, L.; GLASS, H.; NATHAN, G. K. **Endocrinologia ginecológica e infertilidade**. 4º Ed. São Paulo: Manole, 1991. 506p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. 2ª ed São Paulo: Atlas, 1990. 175 p.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?**. 2ªed. ampl. Porto Alegre: RM & Gráfica, 2000. 193 p.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001. 150p.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista

Estamos buscando implementar, no Setor de Reprodução Assistida do HCPA, um atendimento ao casal infértil, através da Consulta de Enfermagem. Este tipo de atendimento pretende complementar a assistência ao casal infértil e tem um enfoque educativo. Por isso eu gostaria de saber aspectos que vocês consideram importantes para serem abordados na consulta com a enfermeira, com finalidade de contemplá-los a partir da inclusão da proposta. Portanto, serão realizadas algumas perguntas para nortear suas respostas.

Identificação

Idade; procedência; escolaridade.

Questões

1. Que aspectos vocês conhecem a respeito da infertilidade, do diagnóstico e do tratamento?
2. Que outros aspectos vocês gostariam de conhecer?
3. Que aspectos emocionais e sociais vocês consideram que acompanham a infertilidade? De que forma a enfermeira poderia dar um suporte para o casal?
4. Vocês percebem alterações na sexualidade no decorrer do tratamento? De que forma isto acontece?
5. Quais suas percepções e expectativas frente ao tratamento e aos cuidados que lhes são prestados pela equipe médica e pela enfermagem?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Convido vocês a participarem do estudo “Consulta de Enfermagem ao casal infértil: uma proposta de sistematização”, que tem como objetivo de propor uma sistematização de assistência através da consulta de enfermagem ao casal que se encontra em tratamento da infertilidade. Esta proposta visa beneficiar a instituição bem como ao casal em tratamento porque teria à sua disposição um atendimento mais completo e um cuidado mais humanizado.

Ao assinarem este documento, vocês estarão consentindo em serem entrevistados pela acadêmica de enfermagem Fernanda Peixoto Cordova, autora deste estudo, que lhes prestou as seguintes informações:

1. A participação no estudo é de caráter voluntário, podendo haver desistência em qualquer momento.
2. As informações coletadas serão utilizadas apenas para a elaboração da pesquisa, sendo garantido o anonimato.
3. Não há risco e o desconforto é mínimo neste tipo de estudo.
4. As informações serão coletadas através de entrevista, as quais serão gravadas. Na etapa de análise, este material será transcrito e as fitas serão desgravadas, sendo que as transcrições ficarão de posse da pesquisadora por 5 anos, depois destruídas.
5. Em qualquer etapa do estudo vocês terão acesso ao responsável pelo estudo para esclarecimentos de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora pode ser contatada pelos telefones (51) 33360571 ou (51) 98092016. Este estudo tem como orientadora a Prof^a Ms. Ninon Girardon da Rosa que pode ser contatada pelo telefone 21018573.
6. Se vocês tiverem alguma pergunta a fazer antes de decidir, sintam-se à vontade para fazê-la.

Agradeço pela participação!

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do Participante 1

Assinatura do Participante 2

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

01.102.12005

Assinatura do Pesquisador

GPPG - Recebido

14 JAN 2005

Por Eliane nº 05.028

ANEXO A – Parecer Consubstanciado de Projeto



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: Consulta de enfermagem ao casal infértil: uma proposta de sistematização.

Pesquisador Responsável Ninon Rosa

Data da Versão 14/01/2005

Cadastro GPPG 05028

Data do Parecer 28/01/2005

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

Propor um modelo de sistematização de consulta de enfermagem a casais inférteis.

Sumário do Projeto

A coleta de dados será através de entrevista semi-estruturada, com casais atendidos no Setor de Reprodução Assistida do HCPA.

<i>Aspectos relevantes para avaliação</i>	<i>Situação</i>
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	HCPA
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 20 No HCPA
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa quali)
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Instrumentos de coleta de dados	Adequados
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	01/03/2005
Data de término prevista	31/07/2005
Orçamento	Adequado

ANEXO B – Carta de Aprovação do Projeto pelo GPPG



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 05-028

Versão do Projeto: 14/01/2005

Versão do TCLE: 14/01/2005

Pesquisadores:

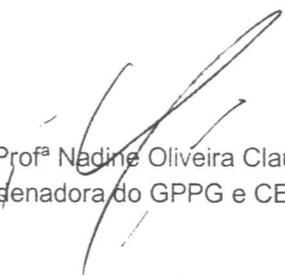
NINON GIRARDON DA ROSA

FERNANDA PEIXOTO CORDOVA

Título: CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CASAL INFÉRTIL: UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 01 de fevereiro de 2005.


Profª Nadine Oliveira Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA