



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REBECA PINHO ROMERO VIEIRA

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADA À QUEIXA DE INFERTILIDADE
NA ATENÇÃO BÁSICA

FORTALEZA

2012

REBECA PINHO ROMERO VIEIRA

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADA À QUEIXA DE INFERTILIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

FORTALEZA
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

V718i Vieira, Rebeca Pinho Romero
Intervenção de enfermagem voltada à queixa de infertilidade na atenção básica / Rebeca Pinho Romero Vieira. – 2012.
101f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Área de concentração: Promoção da Saúde
Orientação: Prof^a. Dr^a Escolástica Rejane Ferreira Moura

1. Infertilidade. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Atenção Básica à Saúde. 4. Estudo Intervenção. I. Título.

CDD 618.1

REBECA PINHO ROMERO VIEIRA

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADA À QUEIXA DE INFERTILIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura
(Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dr^ª. Rosiléa Alves de Sousa
Faculdade Integrada do Ceará - FIC

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª. Dr^ª. Andrea Gomes Linard
(Membro Suplente)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira - UNILAB

A Deus, que torna possível todas as coisas.

A minha mãe, Sônia (*in memoriam*), pelo amor incondicional dedicado a mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais uma oportunidade de crescer na minha profissão, por ter me dado força em minha caminhada e pelas constantes provas de amor.

A minha mãe, Sônia Maria Pinho Romero Vieira (*in memoriam*), por ter sido a melhor mãe que alguém pode ter. Devo a você tudo que sou hoje. Essa vitória é nossa. Saudades sempre.

Ao meu pai, José Carlos Romero Vieira, pela educação e amor.

As minhas irmãs, Aline Pinho Romero Vieira e Carla Pinho Romero Vieira, pela amizade, amor, carinho, incentivo e apoio constante. Vocês são o bem mais precioso que eu tenho.

Ao meu namorado e amigo, José Diogo da Silva, pelo companheirismo, incentivo e amor. Você me faz querer ser uma pessoa melhor. Amo você.

A minha querida orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura, exemplo de sabedoria e garra. Você é minha referência de enfermeira e de mestra. Tenho uma grande admiração pela pessoa que você é. Obrigada pela dedicação, paciência, compromisso e incentivo.

As minhas amigas Giselly Oseni Laurentino Barbosa, Julliana dos Santos Aires, Larissa de Araújo Lemos e Layana de Paula Cavalcante Colares, pelo apoio e conselhos dados, por me ajudarem nas horas difíceis e por estarem sempre presentes. Não sei como seria o meu dia a dia sem vocês.

Às amigas Camila Félix Américo, Danielle Rosa Evangelista e Paula Sacha Frota Nogueira, pela ajuda e disponibilidade sempre que precisei.

À amiga Cleide Gomes Bezerra, pela convivência e apoio ao longo do Curso de Mestrado.

À Andressa Carioca Bezerra e Raquel de Serpa Martins, pela contribuição na realização desse trabalho. Aprendi muito com vocês.

Ao Professor Paulo César de Almeida, pelas contribuições dadas no preparo desse trabalho.

À banca examinadora, Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Prof^ª. Dr^ª. Rosiléa Alves de Sousa e Prof^ª. Dr^ª. Andréa Gomes Linard, pela disponibilidade.

Aos integrantes do Grupo de Estudos em Saúde Sexual e Reprodutiva (GESARE), pela ótima convivência e aprendizado ao longo desses anos.

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar; é melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.”

(Martin Luther King)

RESUMO

A assistência ao Planejamento Familiar (PF) está assegurada, no Brasil, pela Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Apesar de a assistência aos casais inférteis estar igualmente garantida no contexto da atenção ao PF, os esforços são dirigidos à área da anticoncepção, mantendo esse público-alvo à margem dos cuidados da atenção básica direcionados ao aumento da chance de concepção, nos quais se destaca a orientação acerca da Temperatura Corporal Basal (TCB) e do muco cervical. Objetivou-se verificar a eficácia da intervenção de enfermagem voltada à queixa de infertilidade na atenção básica. Estudo quase experimental, do tipo antes e depois, realizado com 64 mulheres acompanhadas na Casa de Parto Natural Dr^a. Lígia Barros Costa/Centro de Desenvolvimento Familiar (CPN/CEDEFAM), após serem captadas nos Centros de Saúde da Família (CSF) das Secretarias Executivas Regionais (SER) III e IV. Os dados foram coletados por meio de entrevista, de maio a novembro de 2012, como também pela aplicação de inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) antes, uma semana após e três meses após a intervenção, que consistiu na leitura compartilhada de um folheto educativo sobre o muco cervical e a TCB. Foi realizada análise estatística simples, utilizando-se frequência absoluta e relativa, média (\bar{x}) e Desvio Padrão (DP). Para avaliar conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre a TCB e o muco cervical, foi utilizada escala tipo *likert* para classificar o conhecimento em: nenhum, limitado, moderado, substancial e extenso; a atitude e a prática em: inadequada, ligeiramente adequada, moderadamente adequada, substancialmente adequada e completamente adequada. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, segundo Resolução n^o. 196/96, sendo aprovado conforme protocolo n^o. 108/12 e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A faixa etária das participantes predominou entre 18 e 30 anos (45; 70,3%); o tipo de união prevalente foi parceria fixa (63; 98,4%); escolaridade predominante foi o ensino médio completo (32; 50%); e desemprego foi a realidade de 27 (42,2%) das mulheres, cuja média de renda *per capita* foi de R\$ 617,04 reais. A tentativa de concepção há um ano ou mais foi apresentada por 52 (81,3%) mulheres; 46 (71,9%) haviam realizado exames e tratamentos prévios; e 25 (39,1%) haviam gestado em algum momento da vida, sendo 16 (25%) do parceiro atual. As práticas desfavoráveis à concepção relatadas eram modificáveis, tendo o uso de lubrificantes como mais presente (7; 11%). No inquérito CAP aplicado antes da intervenção, quase a metade não apresentou nenhum conhecimento (28; 43,8%); a atitude e a prática predominante foram a substancialmente adequada (44; 68,7%) e a inadequada/ inexistente (47; 73,4%), respectivamente. No inquérito CAP imediatamente

após a intervenção, 18 (64,3%) apresentaram conhecimento extenso; 28 (100%) atitude completamente adequada e 25 (89,3%) prática completamente adequada. No inquérito CAP após três meses da intervenção, 7 (100%) demonstraram conhecimento extenso, e atitude e prática completamente adequadas. A gravidez foi obtida por 8 (12,5%) mulheres, ratificando a pertinência da intervenção de enfermagem aplicada ao grupo.

Palavras-chave: Infertilidade. Cuidados de Enfermagem. Atenção Básica à Saúde. Estudos de Intervenção.

ABSTRACT

In Brazil, law 9.263, of January 12, 1996, ensures assistance to Family Planning (FP). Though the assistance to infertile couples be also guaranteed in the context of assistance to FP, efforts are directed at the birth control, keeping that clientele away from the primary care aimed at increasing chances of conceiving, in which stands out the guidance on the Basal Body Temperature (BBT) and cervical mucus. This study aimed to assess the effectiveness of nursing interventions focused on complaints of infertility in primary care. A quasi-experimental study of before-and-after design, performed with 64 women assisted at the Lígia Barros Costa Center for Natural Childbirth/Center for Family Development (CPN/CEDEFAM), after being captured at the Family Health Centers (FHC) of the 3rd and 6th Regional Executive Offices (SER). Data collection occurred through interviews from May to November 2012, as well as by the application of the Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey before, one week after, and three months after intervention, which consisted of the shared reading of an educational brochure on cervical mucus and BBT. We performed a simple statistical analysis using absolute and relative frequency, mean (\bar{x}), and standard deviation (SD). To assess knowledge, attitude and practice of women on BBT and cervical mucus, we used a Likert-type scale to rate the knowledge as none, limited, average, much, and extreme; attitude and practice as inappropriate, slightly appropriate, moderately appropriate, substantially appropriate, and absolutely appropriate. The Research Ethics Committee of Universidade Federal do Ceará appraised the research project in accordance with Resolution No. 196/96 and approved it under protocol No. 108/12. All the participants signed the Free and Informed Consent Form. The age of participants ranged predominantly between 18 and 30 years (45, 70.3%); as for the marital status, there was prevalence of stable union (63, 98.4%); regarding education, complete high school (32, 50%); and 27 (42.2%) women were unemployed, whose average per capita income was R\$ 617.04. Fifty-two (81.3%) women were trying to get pregnant for a year or more; 46 (71.9%) had undergone previous treatments and examinations; and 25 (39.1%) had been pregnant at some point in life, of which 16 (25%) from the current partner. The unfavorable practices related to the conception were modifiable, with the highest prevalence of the use of lubricants (7; 11%). In the KAP survey conducted before the intervention, nearly half the participants did not show any knowledge (28, 43.8%); prevailing attitude and practice were substantially appropriate (44, 68.7%), and inappropriate/nonexistent (47, 73.4%), respectively. In the KAP survey immediately after the intervention, 18 (64.3%) had extreme knowledge; 28 (100%) absolutely

appropriate attitude; and 25 (89.3%) had absolutely appropriate practice. In the KAP survey three months after the intervention, 7 (100%) demonstrated extreme knowledge, absolutely appropriate attitude and practice. Eight (12.5%) women achieved pregnancy, confirming the importance of the nursing intervention applied to the group.

Keywords: Infertility. Nursing Care. Primary Health Care. Intervention Studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC). Fonte: <i>National Institutes of Health</i> , 2000.....	30
Tabela 2-	Classificação do tipo de muco cervical. Fonte: Scarpa; Dunson; Colombo, 2006.....	36
Tabela 3-	Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade conforme suas condições demográficas e socioeconômicas. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.....	52
Tabela 4-	Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade conforme especificidades deste agravo. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.....	55
Tabela 5-	Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade segundo exames e tratamentos realizados previamente. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.....	57
Tabela 6-	Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade conforme fatores determinantes. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012	58
Tabela 7-	Distribuição do número de mulheres e parceiros das mulheres com queixa de infertilidade conforme fatores de risco para infertilidade. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.....	62
Tabela 8-	Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade segundo os eixos conhecimento, atitude e prática sobre os métodos TCB e muco cervical, antes da intervenção, uma semana após a intervenção e três meses após a intervenção. SER III e IV, mai – nov. 2012.....	69
Tabela 9-	Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade segundo conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre os métodos da TCB e do muco cervical, antes da intervenção, uma semana e três meses após a intervenção de enfermagem. SER III e IV, mai – nov. 2012.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Síntese de artigos selecionados pelos descritores controlados (<i>nurse, infertility, primary health care</i>) do Descritor em Ciências da Saúde (DeCS). Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO). 26 jan. 2012	26
Quadro 2-	Síntese de artigos selecionados de forma integrada pelos descritores controlados (<i>risk factors, infertility, primary health care</i>) do DeCS. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO). 26 jan. 2012.....	29
Quadro 3-	Síntese de artigos selecionados pelos descritores controlados (<i>natural family planning methods, fertilization</i>) do DeCS. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO). 26 jan. 2012.....	35
Quadro 4-	Critérios de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática de mulheres com queixa de infertilidade sobre os métodos muco cervical e temperatura corporal basal.....	43

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Fluxograma ilustrando as fases que compuseram a etapa da coleta de dados.....	45
Figura 2-	Fluxograma ilustrando as fases que compuseram a intervenção de enfermagem.....	50
Figura 3-	Fluxograma da distribuição das participantes do estudo em cada fase da pesquisa.....	67
Gráfico 1-	Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade segundo práticas desfavoráveis à concepção. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento Familiar
CEPS	Clínica de Educação para Saúde
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Casa de Parto Natural
CSF	Centros de Saúde da Família
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESHRE	EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY
FEBRASGO	FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
GESARE	Grupo de Estudos em Saúde Sexual e Reprodutiva
HHG	Hipotálamo-Hipófise-Gonadal
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IEP	Injetável Exclusivo de Progestágeno
IMC	Índice de Massa Corporal
JHU	Johns Hopkins University
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAC	Métodos Anticoncepcionais
MBPF	Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PF	Planejamento Familiar
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PROPAG	Programa REUNI de Orientação e Operacionalização da Pós-Graduação Articulada à Graduação
PubMed	Publicações Médicas
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SER	Secretaria Executiva Regional
SOP	Síndrome os Ovários Policísticos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
TCB	Temperatura Corporal Basal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS
UNDCP	UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAMME
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USAID	Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos
USC	Universidade do Sagrado Coração
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo geral	24
2.2	Objetivos específicos	24
3	ESTADO DA ARTE	25
3.1	Assistência à infertilidade na atenção básica em saúde	25
3.2	Fatores de risco para infertilidade e a promoção da saúde	27
3.3	Métodos baseados na percepção da fertilidade e gravidez	34
4	METODOLOGIA	38
4.1	Tipo de estudo	38
4.2	Local	38
4.3	População e amostra	39
4.4	Coleta de dados	40
<i>4.4.1</i>	<i>Descrição das variáveis do estudo</i>	45
4.5	Descrição da intervenção de enfermagem	47
<i>4.5.1</i>	<i>Primeiro dia da intervenção de enfermagem</i>	48
<i>4.5.2</i>	<i>Segundo dia da intervenção de enfermagem</i>	49
4.6	Organização dos dados para análise	50
4.7	Aspectos éticos	50
4.8	Financiamento	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1	Características demográficas e socioeconômicas das participantes	52
5.2	Especificidades da queixa de infertilidade	55
5.3	Exames e tratamentos realizados previamente	57
5.4	Fatores determinantes da queixa de infertilidade	58
5.5	Práticas desfavoráveis à concepção	61
5.6	Fatores de risco das mulheres e dos parceiros para infertilidade	62
5.7	Efeitos da intervenção de enfermagem sobre o conhecimento, atitude e prática do grupo pesquisado com relação aos métodos TCB e muco cervical	66
6	CONCLUSÃO	76
	REFERÊNCIAS	78

APÊNDICES	85
ANEXOS.....	99

1 INTRODUÇÃO

O interesse da autora pelo tema “infertilidade” teve início ainda no Curso de Graduação, em que participando do Grupo de Estudos em Saúde Sexual e Reprodutiva (GESARE), cujo foco central de pesquisa é o Planejamento Familiar (PF), percebeu que praticamente todos os esforços eram dirigidos à área da anticoncepção, apesar de a assistência aos casais inférteis estar igualmente garantida no contexto da atenção ao PF. Na ocasião, desenvolveu o estudo de monografia de conclusão do Curso com o objetivo de verificar o conhecimento e a prática de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza-Ceará no que diz respeito ao manejo dos casais inférteis. Dos 171 enfermeiros entrevistados, apenas um apresentou conhecimento extenso e dois demonstraram prática assistencial completamente adequada aos casais que desejavam conceber. Os enfermeiros foram avaliados por meio de escalas tipo *Likert*, com parâmetros de conhecimento variando em conhecimento ausente, limitado, moderado, substancial e extenso; e prática com parâmetros de assistência inadequada, ligeiramente adequada, moderadamente adequada, substancialmente adequada e completamente adequada. Portanto, concluiu-se que os enfermeiros da atenção básica do município pesquisado necessitavam de capacitação para melhorar o conhecimento e a prática laboral nessa área do cuidado (VIEIRA, 2010).

Em face ao exposto, reconheceu-se pertinente seguir estudando essa área do cuidado, passando-se à sua contextualização.

A infertilidade corresponde à incapacidade de concepção de um casal após um ano ou mais de relações sexuais desprotegidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2002). O Ministério da Saúde (MS) define como infértil o casal que após um ano de relações sexuais, com frequência de coito de pelo menos duas vezes por semana e sem uso de Métodos Anticoncepcionais (MAC), não conseguiu engravidar (BRASIL, 2002a). Portanto, na definição de infertilidade do MS, um critério a mais é posto, comparado à definição da WHO, que é a frequência de duas relações sexuais por semana, porém ambas as instituições adotam o período mínimo de um ano para considerar um casal como infértil.

Estima-se que existam, no mundo, de 50 a 80 milhões de casais inférteis, ocorrendo cerca de dois milhões de novos casos por ano (GONÇALVES, 2005). De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada no Brasil, em 2006, 2,8% das mulheres entrevistadas eram inférteis (BRASIL,

2006a). Em Portugal, a porcentagem de casais inférteis vem aumentando nos últimos anos devido a causas como: adiamento da maternidade (principalmente devido à idade da mulher, de forma mais significativa acima dos 35 anos), uso de medicamentos, tipos de ocupação e/ou lazer, alterações significativas no peso (Índice de Massa Corporal - IMC <19 e >29), aumento da prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e poluição (PORTUGAL, 2008).

Considerando a atenção à infertilidade parte da assistência ao PF, destaca-se a área mais ampla – o PF como conjunto de ações para auxiliar na concepção e na anticoncepção, caracterizando-se como medida de promoção da saúde materno-infantil. De acordo com a Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em 1978 na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), o cuidado materno-infantil (incluindo o PF) deve estar na pauta dos cuidados primários de saúde como sendo essencial e ser posto ao alcance universal dos indivíduos (DECLARAÇÃO DE ALMA-ALTA, 1978). Nesse sentido, o país tem o PF como uma das áreas prioritárias da atenção primária à saúde, atualmente ofertada pelas equipes da ESF. Esta priorização foi determinada no Pacto de Gestão, que consiste em um conjunto de reformas do Sistema Único de Saúde (SUS), pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão para alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS (BRASIL, 2006b).

O PF, no Brasil, está assegurado pela Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, a qual determina ser este um direito de todos os cidadãos brasileiros, cabendo ao profissional de saúde, incluindo o enfermeiro, a garantia desse direito por meio da oferta de atividades clínicas, educativas e de aconselhamento, fazendo uso dos recursos e técnicas disponíveis em prol da concepção e da anticoncepção (BRASIL, 2007a). Como direito sexual e reprodutivo de mulheres, de homens e/ou de casais, o PF deve permitir a livre decisão do casal a respeito do número de filhos que se deseja ter, quando ter e quando parar de ter (BRASIL, 2006c).

Os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a garantia de assistência integral à saúde da mulher está amparada na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004 propondo-se, dentre outras metas, a ampliar e qualificar a atenção aos casais inférteis (BRASIL, 2004).

Em 2005, o MS apresenta a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, priorizando, dentre outras ações, a capacitação dos profissionais da atenção básica em saúde sexual e reprodutiva, a ampliação da oferta de MAC reversíveis e o incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL

2005a). Portanto, a referida política corrobora a necessidade de capacitação dos profissionais da atenção básica no campo da saúde sexual e reprodutiva, em que fica subentendida a capacitação para lidar com casais inférteis.

Em 2007, por meio da criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) pelo Governo Federal, que tem a saúde como um dos seus principais campos de ação, o MS estabeleceu o Programa Mais Saúde: Direito de Todos. Este tem como objetivo resgatar e aprofundar as propostas do SUS por meio de oito eixos de intervenções, sendo um deles o eixo de promoção da saúde, trazendo em suas ações a expansão das atividades de PF (BRASIL, 2010a).

De modo particular, em 2005, portanto no mesmo ano do lançamento da Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, o país instituiu no âmbito do SUS, por meio da Portaria Nº. 426, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida que, dentre outras resoluções, determina a identificação dos principais problemas de infertilidade de casais em idade fértil e define critérios técnicos para o funcionamento efetivo dos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, voltados ao tratamento da infertilidade. Conforme a referida portaria, a responsabilidade da identificação do casal infértil é da atenção básica à saúde, na qual devem ser realizados anamnese, exame clínico-ginecológico e alguns exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e quaisquer situações que interfiram em uma futura gestação e que ponha em risco a vida da mulher e/ou do conceito (BRASIL, 2005b). Em referência mais atual, o MS enfatiza que o primeiro atendimento aos casos de infertilidade deve ser realizado na atenção básica à saúde, devendo incluir orientações sobre a fisiologia da reprodução, visto que muitos casais desconhecem o conceito de período fértil e as práticas que favorecem a concepção (BRASIL, 2010b).

Estudo revela que 70% dos casos de infertilidade podem ser solucionados na atenção básica, com procedimentos de baixo custo e que os 30% dos casos restantes devem ser encaminhados para os serviços de referência de média complexidade (PEDROSA, 2005). Para tanto, a Portaria Nº. 388 de 06 de julho de 2005 estabelece que compete ao profissional da saúde orientar ao casal quanto à identificação do período fértil, à concentração das relações sexuais nesse período e à eliminação de qualquer fator que interfira com o depósito de sêmen ou que dificulte a migração espermática por meio do trato genital feminino (BRASIL, 2005c). Contudo, é constatado que a realidade difere do que é preconizado, visto que em 72,9% dos municípios brasileiros não é realizado atendimento na área de infertilidade na ESF (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Estima-se que, com uma frequência de coito de pelo menos duas vezes por semana, a probabilidade de ocorrer uma gravidez é de 25% no primeiro mês, 60% em seis meses e 80% em um ano (BRASIL, 2002a).

O óvulo permanece viável e capaz de ser fertilizado depois de ser expelido do ovário por um período não superior a 24 horas. Espermatozoides podem permanecer viáveis no aparelho reprodutivo feminino por até cinco dias. Então, para que ocorra a fecundação, a relação sexual deve ocorrer entre quatro e cinco dias antes da ovulação e até 24 horas após a mesma (GUYTON; HALL, 2006). Observa-se, portanto, que a orientação do casal infértil que deseja conceber é imprescindível, no sentido de promover o reconhecimento do período fértil e, assim, direcionar as relações sexuais para esses dias. Estudo de Dunson *et al.* (1999) realizado com o objetivo de identificar a quantidade de dias férteis das mulheres em um ciclo menstrual a partir dos dados de outros dois estudos anteriores (um com 241 casais britânicos; outro com 221 casais da Carolina do Norte), encontrou, como início do período fértil, cinco dias antes da ovulação e, como término desse período, o dia da ovulação. Dessa forma, o período fértil corresponderia a seis dias.

Para identificação do período fértil é preciso recorrer aos Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF), a saber: Temperatura Corporal Basal (TCB), Muco Cervical ou *Billings*, Tabela ou Ogino-Knaus e o Método Sintotérmico. Os MBPF são técnicas para obter ou evitar a gravidez por meio da auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no corpo feminino ao longo do ciclo menstrual (BRASIL, 2010b). Com a utilização destes métodos, a usuária identifica seu período fértil, ou seja, o período que está mais propensa a conceber e, uma vez concentrando as relações sexuais nesse período, terá a fecundação favorecida.

Na Clínica de Educação para Saúde (CEPS) da Universidade do Sagrado Coração (USC), os pacientes que buscam atendimento da equipe de Genética Médica com o desejo de conceber são, muitas vezes, encaminhados para a instrução do Método de *Billings*. Dos 16 casais que apresentavam queixas de infertilidade, nove obtiveram sucesso na concepção. Inclusive, alguns destes haviam sido encaminhados para bancos de sêmen e para fertilização *in vitro*, porém conseguiram engravidar por meio do uso do método de *Billings* (UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO - USC, 2009).

Quando o muco cervical apresenta-se liso, escorregadio e transparente, a probabilidade de uma relação sexual resultar em gravidez, caso ocorra no intervalo de seis dias do período fértil, é de, no mínimo, 17% (BIGELOW *et al.*, 2004). Em estudo realizado na Itália com 191 mulheres verificou-se que nos dias em que não há muco (dias secos), a

probabilidade de concepção é praticamente nula (0,3%), mas nos dias úmidos (férteis), em que a produção de muco está aumentada, a probabilidade de gravidez chega a 29% (SCARPA; DUNSON; COLOMBO, 2006). Portanto, a chance de obter uma gestação em dias de muco é cerca de 100 vezes maior quando comparada com dias em que não há muco.

Em relação à TCB, dados de 241 casais britânicos foram utilizados no desenvolvimento da pesquisa de Barret e Marshall (1969). Nessa pesquisa, a ovulação foi considerada como o último dia de hipotermia e obteve-se, nos cinco dias que a antecedem, uma probabilidade de concepção de cerca de 13%, chegando a 30% dois dias antes da ovulação. No primeiro dia após a ovulação, marcado pelo aumento da TCB, o risco de concepção cai rapidamente para um valor estimado em 7%.

Antes da ovulação, a TCB permanece em um determinado nível baixo; após a ovulação, esta se eleva ligeiramente, permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação. Este aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico (BRASIL, 2010b). A partir da verificação da temperatura, o casal consegue perceber o melhor período para a obtenção da gravidez por meio da detecção do período fértil, estimado a ocorrer de quatro a cinco dias antes da data prevista da ovulação até a manhã do quarto dia de temperatura elevada.

No que diz respeito ao método da Tabela, um estudo foi realizado a partir de amostras diárias de urina e registros da ocorrência ou não de relações sexuais de 221 mulheres saudáveis que planejavam uma gravidez. Dos 625 ciclos menstruais que estavam disponíveis para análise; 192 resultaram em gravidez. O padrão de relações sexuais durante o período fértil foi avaliado nos ciclos que resultaram em gravidez e detectou-se que em todos os ciclos houve, no mínimo, uma relação sexual no período fértil; em 31 ciclos não houve relação sexual nesse período e, conseqüentemente, não houve gestação. Estimou-se uma probabilidade de concepção de 10% cinco dias antes da ovulação e de 33% no dia da ovulação (WILCOX; WEINBERG; BAIRD, 1995).

O método Sintotérmico é baseado na combinação dos métodos da Tabela, da TCB e do método de *Billings*, bem como da observação de sinais e sintomas que indiquem o período fértil da mulher, a saber: dor abdominal, sensação de peso nos seios, variações de humor e/ou da libido, seios doloridos, enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual, entre outros (BRASIL, 2010b). Estudo desenvolvido com 346 mulheres saudáveis observou a presença de concepção, quando mulheres desejosas de gestar utilizavam o método sintotérmico. Das 346 mulheres, 310 (89,6%) engravidaram (GNOTH *et al.*, 2003).

Portanto, verifica-se que há pertinência em educar os casais com necessidade no campo da concepção para a prática desses métodos, visto que os mesmos aumentam as chances da concepção ocorrer, bem como não têm efeitos negativos à saúde das pessoas que os utilizam.

Contudo, os MBPF são pouco divulgados pelos profissionais de saúde e encontram-se permeados de mitos e preconceitos, principalmente no que diz respeito à sua utilização por pessoas de baixa escolaridade. Entretanto, instituições renomadas afirmam que mulheres de qualquer escolaridade podem utilizar os MBPF, desde que sejam bem orientadas e acompanhadas por profissional de saúde treinado (AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS – USAID; JOHNS HOPKINS UNIVERSITY - JHU; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2007).

A baixa divulgação desses métodos foi constatada em estudo realizado com 195 profissionais de saúde (97 médicos e 98 enfermeiros) de 88 municípios pertencentes a quatro Células Regionais de Saúde do Estado do Ceará, ao verificar que 107 (55,1%) desses profissionais orientavam os usuários acerca da utilização da tabela, 36 (18,5%) orientavam sobre o muco cervical e 14 (7,2%) sobre a TCB (MOURA *et al.*, 2011).

Alguns estudos evidenciam o papel do enfermeiro na assistência à infertilidade. King *et al.* (2008) e Kelly-Weeder e O'Connor (2006) concluíram em suas pesquisas que o enfermeiro encontra-se em posição ideal para discutir sobre a promoção da fertilidade juntamente com seus pacientes. Mastroianni (2002), a partir da elaboração de uma revisão de literatura, retrata que cabe ao enfermeiro o atendimento ao casal infértil por meio de atividades como a anamnese e o exame físico, acompanhados de orientações. Mao e Anastasi (2010), embasados em outros estudos, elaboraram uma revisão de literatura acerca do papel do enfermeiro na atenção primária, inferindo que o profissional deve identificar os fatores que possam vir a causar infertilidade no paciente.

O envolvimento da autora com o tema da infertilidade desde a graduação aliado à magnitude do papel do enfermeiro nessa área do cuidado, à utilização dos MBPF no favorecimento da concepção e ao aspecto emocional que acompanha as mulheres com desejo de engravidar, despertou o interesse pelo desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem voltada a casais desejosos de conceber, de modo a aumentar suas chances de concepção. Assim, elaboraram-se as seguintes questões: a aplicação de uma intervenção de enfermagem abordando o uso de MBPF e os fatores que dificultam e que facilitam a concepção melhoraria o Conhecimento, a Atitude e a Prática (CAP) do autocuidado voltado à concepção por parte de mulheres desejosas de conceber? Mulheres e/ou casais com

necessidade no campo da concepção submetidos à mesma intervenção e que praticassem o autocuidado obteriam sucesso na concepção no período de até três meses após a intervenção?

Optou-se pela utilização de dois métodos que favorecem a concepção: o método de *Billings* ou muco cervical e a temperatura corporal basal, para evitar excesso de informação, o que poderia interferir no aprendizado das mulheres, como também por serem métodos com estudos que evidenciam o sucesso da concepção. Segundo Bigelow *et al.* (2004) ao estudarem 782 mulheres assistidas em sete centros europeus de planejamento familiar natural com o objetivo de avaliar a probabilidade de concepção a partir do tipo de muco cervical apresentado, em um mesmo dia do ciclo menstrual, a probabilidade de concepção varia de 0,6% a 18%, a depender do tipo de muco apresentado, o que se conclui que, na janela fértil, o tipo de muco é uma das características mais importantes de ser observada, quando comparada com a tabela. Aliado a isso, o uso da TCB mostrou-se pertinente em estudo de Barret e Marshall (1969), citado anteriormente; e em estudo de Schwartz, MacDonald e Heuchel (1980) e de Royston (1982), os quais apontam que no dia que antecede a ovulação, a probabilidade de concepção é estimada em 27 e 36%, respectivamente.

Para responder às questões anteriores, elaboraram-se os objetivos que se encontram a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar a eficácia da intervenção de enfermagem voltada à queixa de infertilidade na atenção básica.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as características demográficas e socioeconômicas, especificidades da queixa de infertilidade, exames e tratamentos realizados previamente, fatores determinantes da queixa de infertilidade, práticas desfavoráveis à concepção, fatores de risco para infertilidade presentes no casal;
- Avaliar a intervenção de enfermagem por meio do conhecimento, atitude e prática de mulheres com queixa de infertilidade antes e depois da intervenção (após uma semana e após três meses);
- Verificar os fatores associados ao sucesso ou não da concepção após três meses da intervenção de enfermagem.

3 ESTADO DA ARTE

Na presente revisão abordaram-se os seguintes aspectos: 1) Assistência à infertilidade na atenção básica em saúde; 2) Fatores de risco para infertilidade e a promoção da saúde; e 3) Métodos baseados na percepção da fertilidade e gravidez. Os referidos temas foram levantados por meio da busca de artigos em bases de dados, seguindo passos da revisão integrativa da literatura.

A pesquisa dos artigos utilizados para elaborar as três revisões foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral, que inclui as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores utilizados e os critérios de inclusão adotados estão apresentados em cada tema.

3.1 Assistência à infertilidade na atenção básica em saúde

Foram utilizados os descritores controlados do indexador Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), de forma integrada, unidos pelo conector *and*, a saber: *nurse* (enfermagem), *primary health care* (cuidados primários em saúde) e *infertility* (infertilidade).

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos artigos: estar em qualquer idioma, de qualquer espaço temporal e artigos com resumos e/ou textos completos disponíveis.

A busca resultou em 16 artigos, porém um artigo foi excluído, pois não apresentava resumo disponível. Dos 15 artigos que dispunham de resumo, os mesmos foram lidos, selecionando-se dois artigos, os quais tiveram seus textos completos lidos.

Quadro 1 - Síntese de artigos selecionados pelos descritores controlados (*nurse, infertility, primary health care*) do Descritor de Ciências da Saúde (DeCS). Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO). 26 jan. 2012.

Referência	Base de dados	Idioma	País
WILKES, S. <i>et al.</i> General practitioners' perceptions and attitudes to infertility management in primary care: focus group study. J. Eval. Clin. Pract. , v. 13, n. 3, p. 358-363, jun. 2007.	MEDLINE	Inglês	Newcastle upon Tyne (Inglaterra)
KELLY-WEEDER, S.; O'CONNOR, A. Modifiable risk factors for impaired fertility in women: What nurse practitioners need to know. J. Am. Acad. Nurse Pract. , v. 18, n.6, p. 268-276, jun. 2006.	MEDLINE	Inglês	Não cita

Em Newcastle upon Tyne, na Inglaterra, com a participação de 13 profissionais, sendo **11 clínicos gerais, uma enfermeira e um secretário, grupos focais foram formados para** conduzir um estudo qualitativo com o objetivo de explorar as percepções e atitudes dos profissionais no que diz respeito à infertilidade na atenção básica. Os grupos focais foram nomeados em A, B e C. Os principais temas abordados nos grupos focais foram: a responsabilidade percebida pelo profissional, a incerteza e a falta de conhecimento, a coerência na abordagem inicial ao casal infértil e o acesso aos serviços de infertilidade. Quase todos os profissionais relataram ter responsabilidade com os pacientes que os procuram e que o que estiver ao seu alcance deve ser realizado. A maioria dos profissionais do grupo focal B e C e aproximadamente metade dos que compunham o grupo focal A demonstrou interesse em participar mais ativamente na gestão do casal infértil; enquanto outros profissionais referiram preferir que o casal seja abordado por um especialista da área, desejando, inclusive, que o seu envolvimento com esse casal fosse mínimo. As justificativas para o desejo de não se envolver foram a dificuldade de manter-se atualizado e a raridade das consultas de infertilidade, tendo, como consequência, raras oportunidades para atuação nessa área. No que diz respeito à coerência na abordagem ao casal infértil, acredita-se que havendo uma abordagem padronizada sobre como deve ser o atendimento à infertilidade na atenção primária, secundária e terciária, a qualidade do atendimento seria melhorado e os pacientes teriam mais acesso aos serviços de infertilidade (WILKES *et al.*, 2007).

Revisão de literatura abordando o papel de enfermeiras na área da infertilidade, e diversos fatores de risco modificáveis para infertilidade, tais como obesidade, magreza extrema, exercício físico intenso, tabagismo, uso de cafeína, história de Doença Sexualmente Transmissível (DST) e Doença Inflamatória Pélvica (DIP) foi elaborada com artigos selecionados nas bases de dados MEDLINE, *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) e OVID. Acredita-se que as enfermeiras são fundamentais na prevenção da infertilidade, podendo discutir, tanto individualmente quanto por meio de programas comunitários de educação, sobre os fatores de risco modificáveis, incentivando a mudança no estilo de vida (KELLY-WEEDER; O'CONNOR, 2006).

Tomando por base o último manual técnico do Ministério da Saúde (MS), que traz um capítulo sobre infertilidade, é reconhecido que os profissionais da atenção básica não estão preparados para implementar as ações referentes ao Planejamento Familiar (PF) e que o mesmo ainda não é percebido como uma ação básica de saúde (BRASIL, 2010b). Apesar dessa realidade, é a atenção básica o espaço mais adequado para o início da investigação da infertilidade e do tratamento de doenças que podem interferir negativamente no processo de gestar. Nesse nível de atenção deve ser realizada a avaliação clínica do casal, a incluir a anamnese, o exame físico, os exames complementares, as orientações e os encaminhamentos pertinentes (BRASIL, 2010b).

3.2 Fatores de risco para infertilidade e a promoção da saúde

A promoção da saúde consiste em um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2004).

Uma forma de os indivíduos atuarem ativamente na promoção da saúde é a adoção de um comportamento favorável à melhoria de sua saúde. Na área de atenção à infertilidade, diversos são os fatores que comprometem a fertilidade humana, porém alguns são resultantes de um estilo de vida que é incompatível com a obtenção de uma gravidez, devendo, portanto, ser modificado com ações de promoção da saúde.

Com o objetivo de descrever fatores de risco para infertilidade, incluindo os fatores de risco modificáveis sobre os quais as ações de promoção da saúde terão impacto significativo, elaborou-se a presente revisão.

Utilizaram-se os descritores controlados *risk factors* (fatores de risco), *primary health care* (cuidados primários em saúde) e *infertility* (infertilidade) do indexador DeCS, unidos pelo conector *and*, de forma integrada.

Como critérios de inclusão dos artigos determinados, estabeleceu-se: qualquer idioma, sem delimitação temporal e artigos com resumos e/ou textos completos disponíveis.

A busca inicial resultou em 39 artigos, dos quais 35 tinham o resumo disponível, ou seja, quatro artigos não dispunham de resumo, sendo excluídos. Após a leitura do resumo dos 35 artigos, seis foram selecionados para leitura na íntegra. Quando o texto completo não estava disponível na BVS, recorreu-se ao Portal de Periódicos da Capes e após a busca, os seis artigos compuseram a revisão.

Quadro 2 - Síntese de artigos selecionados de forma integrada pelos descritores controlados (*risk factors, infertility, primary health care*) do DeCS. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO). 26 jan. 2012.

Referências	Base de dados	Idioma	País
LIU, K.; CASE, A. Advanced reproductive age and fertility. J. Obstet. Gynaecol. Can. , v.33, n.11, p. 1165-1175, nov. 2011.	MEDLINE	Inglês	Não cita
WILKES, S.; MURDOCH, A. Obesity and female fertility: a primary care perspective. J. Fam. Plann. Reprod. Health Care , v.35, n. 3, p. 181-185, 2009.	MEDLINE	Inglês	Não cita
BENER, A. <i>et al.</i> Is male fertility associated with type 2 diabetes mellitus? Int. Urol. Nephrol. , v. 41, n. 4, p. 777-784, 2009.	MEDLINE	Inglês	Catar
SAFARINEJAD, M. R. Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int. J. Androl. , v. 31, n. 3, p. 303-314, jun. 2008.	MEDLINE	Inglês	Irã
KELLY-WEEDER, S.; O'CONNOR, A. Modifiable risk factors for impaired fertility in women: What nurse practitioners need to know. J. Am. Acad. Nurse Practit. , v. 18, n.6, p. 268-276, jun. 2006.	MEDLINE	Inglês	Não Cita
WULFF, M.; HOGBERG, U.; STENLUND, H. Infertility in a industrial setting – a population based study from Northern Sweden. Acta Obstet. Gynecol. Scand. , v. 76, n.7, p. 673-679, 1997.	MEDLINE	Inglês	Suécia

Estudo de revisão elaborado com o uso de descritores apropriados (*ovarian aging, ovarian reserve, advanced maternal age, advanced paternal age, ART*) nas bases de dados Publicações Médicas (PubMed) ou MEDLINE, CINAHL e Biblioteca Cochrane relata o declínio da fertilidade feminina e masculina com o avanço da idade (LIU; CASE, 2011). Acredita-se que a perda de oócitos seja um processo contínuo, iniciada ainda no útero. Um feto feminino com idade de 20 semanas tem, em média, seis a sete milhões de oócitos. Ao nascer, esse número reduz para cerca de um a dois milhões. No início da puberdade, estima-se uma quantidade de 500 mil oócitos e o declínio segue até a menopausa, período em que existem apenas centenas de oócitos. Estima-se que, aos 34 anos de idade, há uma probabilidade de 11% de a mulher ser infértil; 33% aos 40 anos e 87% aos 45 anos. Ademais, a idade avançada é um fator de risco para o aborto espontâneo. Enquanto a probabilidade de aborto em mulheres com 30 anos de idade varia de 7 a 15%; em mulheres com idade igual ou

superior a 40 anos, a probabilidade varia de 34 a 52%. Nos homens há um declínio da função testicular, diminuindo os níveis de testosterona a cada ano. Somado a isso, o volume seminal e a motilidade dos espermatozoides diminuem com o avanço da idade (LIU; CASE, 2011).

Estudo bibliográfico realizado com os descritores “*female infertility*” e “*obesity*” nas bases de dados MEDLINE e PubMed analisa o impacto da obesidade sobre a fertilidade feminina e retrata ainda a influência negativa da obesidade em diversos aspectos da saúde reprodutiva, devendo, portanto, ser revertida. O tratamento para mulheres obesas que são inférteis é a mudança no estilo de vida, incluindo uma dieta hipocalórica, visto que a perda de peso permite um retorno à regularidade menstrual e, conseqüentemente, à função ovulatória. Acredita-se que uma redução de 5 a 10% do Índice de Massa Corporal (IMC) de mulheres obesas melhora consideravelmente a fertilidade (WILKES; MURDOCH, 2009).

O IMC é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Intervalos com os valores de IMC foram estabelecidos e devem ser tomados como base para classificar o indivíduo como: baixo peso; normal; sobrepeso; obeso classe I, classe II e classe III.

Tabela 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC).

Classificação	IMC (kg/m²)
Baixo Peso	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25 - 29,9
Obeso Classe I	30 - 34,9
Obeso Classe II	35 - 39,9
Obeso Classe III	= ou > 40

Fonte: *National Institutes of Health*, 2000.

Outra medida importante na avaliação do peso corporal é a circunferência abdominal. O *National Institutes of Health* (2000) classifica como limítrofe uma medida de circunferência abdominal inferior a 88 cm em mulheres e 102 cm para homens.

Com o intuito de enriquecer a discussão sobre obesidade *versus* infertilidade, apresentam-se quatro estudos a seguir que abordam essa temática, apesar de os mesmos não fazerem parte do acervo de artigos selecionados para a presente revisão com seus respectivos descritores. Essa temática foi ampliada pelo fato de a obesidade se mostrar crescente no Brasil e no mundo.

Estima-se que mulheres com IMC superior a 27 kg/m² têm um risco cerca de três vezes maior de infertilidade anovulatória quando comparadas com aquelas com o IMC no intervalo de 20 a 25 kg/m² (OGBUJI, 2010).

O peso corporal regula a atividade do eixo Hipotálamo-Hipófise-Gonadal (HHG) e hormônios derivados do tecido adiposo, como a leptina, influenciam na fertilidade e reprodução, regulando o início da puberdade, modulando a capacidade reprodutiva e facilitando a implantação e a gravidez. O aumento da massa adipocitária tecidual pode desregular o balanço entre a disponibilidade de estrogênios e androgênios e os esteróides sexuais circulantes no corpo da mulher, levando às manifestações clínicas e à disfunção do eixo HHG. Dessa forma, a atividade do eixo pode ser inibida em vários níveis, por meio de ações periféricas e centrais de hormônios, adipocinas e citocinas pró-inflamatórias, o que compromete a função reprodutiva (KYROU; TSIGOS, 2008).

Correlações entre o IMC e a função reprodutiva masculina também têm sido amplamente discutidas. Pesquisa retrospectiva realizada em um centro terciário de atenção à infertilidade em Utah, nos Estados Unidos, ao utilizar dados de 390 homens, verificou que em homens com o IMC fora dos parâmetros normais, houve um aumento na contagem de espermatozoides com baixa motilidade (p=0,018) e na prevalência de oligozoospermia (p=0,01) (HAMMOUD *et al.*, 2008). Estudo de Kort *et al.* (2006), ao investigar a motilidade dos espermatozoides de 520 homens, observou alteração nesse sentido em homens com IMC > 25 kg/m², o que confirma o resultado da pesquisa acima.

Entrevistas realizadas com 857 homens de Catar, país árabe, captados em 13 serviços de saúde por meio de amostragem aleatória por conglomerados, encontrou relação entre infertilidade e o Diabetes Mellitus (DM) do tipo 2. Obteve-se um percentual de 35,1% de infertilidade em homens com DM 2, sendo 16% correspondente à infertilidade primária e 19,1% à secundária. Homens diabéticos com mais de 35 anos têm uma probabilidade duas vezes maior de serem inférteis, quando comparados a homens diabéticos com idade inferior a 25. Ademais, a idade, o hábito de fumar e a obesidade apresentaram-se como os principais contribuintes para a infertilidade em homens diabéticos, mostrando relação estatisticamente significativa. Metade dos homens diabéticos inférteis era sobrepeso e 29,1%, obesos. O tabagismo foi encontrado em 45,6% dos homens diabéticos inférteis. Além do DM, outros fatores de risco para infertilidade foram citados, incluindo hipertensão, disfunção erétil, varicocele e DST. Nesse estudo, a ocorrência percentual destes fatores foi: hipertensão (38%), disfunção erétil (25,3%), varicocele (19%) e DST (1,3%) (BENER *et al.*, 2009).

Estudo transversal com 11.441 mulheres e seus respectivos parceiros foi realizado no Irã a fim de detectar a prevalência da infertilidade nessa região, bem como os possíveis fatores associados à mesma. Tomando-se por base a antiga definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) para infertilidade (que usa o período de dois anos para considerar um casal como infértil), a prevalência da infertilidade foi de 8% e demonstrou um aumento de 4% em mulheres com idade entre 15 e 24 anos para 17% em mulheres com idade superior a 39 anos, ou seja, há uma probabilidade quatro vezes maior de mulheres com idade > 40 anos serem inférteis. Além disso, uma associação negativa foi encontrada entre infertilidade e os seguintes fatores: exposição ao calor e uso de esteróides anabolizantes, no sexo masculino; tabagismo, alcoolismo e uso de antidepressivos tricíclicos, em ambos os sexos (SAFARINEJAD, 2008).

Por meio da pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e OVID, uma revisão de literatura abordando fatores de risco modificáveis para infertilidade foi elaborada. Na revisão, os autores abordam os seguintes fatores de risco: idade, DST, DIP, obesidade, perda excessiva de peso, exercício físico intenso e o uso de cafeína (KELLY-WEEDER; O'CONNOR, 2006). Abaixo, descreve-se cada um, na perspectiva dos autores.

Nos últimos anos, há uma tendência de as mulheres optarem por ter o primeiro filho mais tardiamente. Mulheres com idade superior a 35 anos necessitam de um maior tempo para conceber e apresentam, no início da gestação, uma maior probabilidade de aborto. Mulheres com idade superior a 40 anos, em 50% dos casos, apresentam o aborto como desfecho. A diminuição da fertilidade com o avanço da idade tem sido atribuída a diversos fatores, entre eles, a depleção de oócitos, irregularidades no ciclo menstrual, aumento do risco de anomalias cromossômicas e de abortos espontâneos.

História de DST, particularmente infecções por clamídia, constituem fatores de risco para o declínio da fertilidade. As infecções por clamídia podem ultrapassar o trato genital inferior e trazer, como consequência, cicatrizes tubárias, que comprometerão a fertilidade. Infecções por gonorréia também são apontadas como uma das causas de infertilidade em mulheres.

A DIP tem sido apontada como consequência de um início precoce de atividade sexual, de um maior número de parceiros sexuais, bem como de história de DST bacteriana. A DIP compromete a fertilidade da mulher.

A obesidade tem um efeito negativo sobre a fertilidade humana. A perda de peso em mulheres obesas melhora significativamente o ciclo menstrual, favorecendo a gestação. Assim como a obesidade, a magreza tem demonstrado comprometimento na fertilidade.

Mulheres com IMC inferior a 19 Kg/m² necessitam de um tempo quatro vezes maior para conceber, quando comparadas com mulheres com IMC dentro da faixa de normalidade.

Acredita-se que mulheres atletas podem apresentar irregularidade no ciclo menstrual que variam de 1 a 44%, contrastando com a variação em mulheres sedentárias, que é em cerca de 2 a 5%.

Em mulheres, o tabagismo está associado à redução dos níveis de estrogênio na circulação e à diminuição da reserva ovariana. Estudo prospectivo de Bouvet, Paparella e Feldman (2007) aborda a relação entre tabagismo e infertilidade na perspectiva masculina. Nesse estudo, 131 homens com infertilidade idiopática foram acompanhados no período de 2004 a 2006. Os participantes foram divididos em três grupos: fumantes de mais de 20 cigarros por dia (G1), fumantes de menos de 20 cigarros por dia (G2) e não fumantes (G3). Diferença estatisticamente significativa foi observada na morfologia e na concentração espermática entre os grupos de fumantes (G1 e G2) e o grupo de não fumantes (G3). Em contrapartida, a comparação dos parâmetros seminais entre os grupos G1 e G2 não revelou divergências significativas. Dessa forma, evidenciou-se que o hábito de fumar provoca alterações no processo espermatogênico, sendo necessário considerar esse aspecto ao se avaliar um homem infértil.

A cafeína tem sido apontada como depletora da fertilidade. Estima-se que uma mulher que consome cerca de sete ou mais xícaras de café por dia tem chance de 1,5 vezes maior de ser infértil.

Entrevistas realizadas com 1.784 mulheres selecionadas aleatoriamente com faixa etária de 25 a 44 anos, vivendo próximo ou distante de uma fundição de cobre foram abordadas em estudo transversal realizado na região norte da Suécia, com o objetivo de analisar uma possível relação entre infertilidade e exposição ambiental ao cobre. Nesse estudo não foi detectada associação entre as duas variáveis, entretanto, o próprio estudo ressalta que nas últimas duas décadas anteriores à realização da pesquisa, as emissões geradas pela fundição diminuíram consideravelmente; ademais, a fiscalização no que diz respeito aos níveis de metais no sangue dos funcionários passou a ser mais eficiente (WULFF; HOGBERG; STENLUND, 1997). Estudo de revisão de Frazier (2000), sintetizando diversos fatores de risco ocupacionais para a infertilidade, apresenta a infertilidade como uma das consequências à exposição a metais pesados.

Os fatores de risco para infertilidade são inúmeros, como a idade avançada, obesidade, magreza extrema, tabagismo, alcoolismo, exercícios físicos exagerados, história de DST e DIP, exposição a metais pesados, ingestão excessiva de cafeína, exposição ao calor,

uso de esteróides anabolizantes e de antidepressivos tricíclicos. Neste cenário, a principal ferramenta do profissional de saúde é a escuta. A capacidade de silenciar e ouvir o outro vai tornar a abordagem mais resolutiva (BRASIL, 2010b). Portanto, os profissionais devem conversar com seus pacientes para conhecer, primeiramente, a quais fatores de risco os mesmos estão expostos para, em seguida, esclarecê-los, a fim de reduzir a incidência de casais com problemas de fertilidade.

3.3 Métodos baseados na percepção da fertilidade e gravidez

Foram utilizados os descritores controlados: *natural family planning methods* (métodos naturais de planejamento familiar) e *fertilization* (fertilização) do indexador DeCS, de forma integrada, unidos pelo conector *and*.

No processo de seleção dos artigos foram adotados os critérios de inclusão: estar em qualquer idioma, em qualquer delimitação temporal e ter resumos e/ou textos completos disponíveis.

A busca inicial resultou em 24 artigos, dos quais 20 tinham o resumo disponível, portanto quatro artigos foram excluídos. Dos 20 artigos que dispunham de resumo, quatro foram selecionados e tiveram seus textos completos lidos.

O quadro 3 abaixo ilustra um resumo dos artigos eleitos para a presente revisão.

Quadro 3 - Síntese de artigos selecionados pelos descritores controlados (*natural family planning methods, fertilization*) do DeCS. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO). 26 jan. 2012.

Referências	Base de dados	Idioma	País/Continente
SCARPA, B.; DUNSON, D. B.; COLOMBO, B. Cervical muçus secretions on the Day of intercourse: an accurate marker of highly fertile days. Eur. J. Obstet. Ginecol. Reprod. Biol. , v. 125, n. 1, p. 72-78, mar. 2006.	MEDLINE	Inglês	Itália
SCARPA, B.; DUNSON, D. B.; GIACCHI, E. Bayesian selection of optimal rules for timing intercourse to conceive by using calendar and mucus. Fertil. Steril. , v. 88, n. 4, p. 915-924, out. 2007.	MEDLINE	Inglês	Itália
BIGELOW, J. L. <i>et al.</i> Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse. Hum. Reprod. , v. 19, n.4, p.889-892, fev. 2004.	MEDLINE	Inglês	Europa
GNOTH, C. <i>et al.</i> Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. Hum. Reprod. , v. 18, n. 9, p. 1959-1966, 2003.	MEDLINE	Inglês	Alemanha

Os registros diários das características do muco cervical, a ocorrência de relações sexuais e a presença de sangramento menstrual de 191 mulheres italianas saudáveis foram utilizados em estudo de coorte, objetivando fornecer as probabilidades de concepção em todo o ciclo menstrual. Os critérios de inclusão do estudo foram: ser experiente na utilização do método muco cervical, ter entre 18 e 40 anos de idade, ser casada ou estar em união estável, ter apresentado pelo menos uma menstruação após a interrupção do aleitamento materno ou parto, não fazer uso de medicações que afetem a fertilidade, nenhum dos parceiros poderia ser infértil ou ter doenças que a causem. Foram excluídos da análise ciclos em que não houvesse registro das características do muco cervical e de ocorrência ou não de relações sexuais. Ao final, obteve-se registro de 2.536 ciclos, os quais 161 foram de concepção em 132 mulheres (SCARPA; DUNSON; COLOMBO, 2006). Os autores elaboraram uma escala para a classificação do muco cervical, classificando-o em tipo 1, 2, 3 ou 4, dependendo da aparência que apresentasse e da sensação obtida pela mulher:

Tabela 2 - Classificação do tipo de muco cervical.

Código	Sensação	Aparência
1	Secura ou nenhuma sensação	Nenhuma descarga substancial, nem qualquer muco visível
2	Ligeiramente úmida	Nenhuma descarga substancial, nem qualquer muco visível
3	Úmida, porém grossa	Espesso, cremoso, esbranquiçado, amarelado, pegajoso
4	Molhada e escorregadia	Claro, elástico, líquido, aguado

Fonte: Scarpa; Dunson; Colombo, 2006.

Por meio da classificação do tipo de muco estabelecida pelos autores, detectou-se que a probabilidade de concepção foi de 0,3% em dias em que não havia secreção (muco do tipo 1), 13% em dias de muco do tipo 2, 25% em dias de muco do tipo 3 e de 29% em dias em que há secreções elásticas (muco de tipo 4) (SCARPA; DUNSON; COLOMBO, 2006).

Utilizando-se da mesma amostra e da mesma metodologia do estudo abordado acima, uma pesquisa foi realizada com o objetivo de identificar, por meio do uso do método do muco cervical e do método da Tabela, os dias com maior probabilidade de gravidez. Os autores dividiram o ciclo menstrual em três janelas: uma janela no início do ciclo, na qual o tipo de muco não é importante; uma janela no meio do ciclo, na qual o tipo de muco influencia na probabilidade de concepção; e uma janela ao final do ciclo, na qual, novamente, o tipo de muco não tem importância. Detectou-se que na janela no meio do ciclo, sendo o muco do tipo 4, as chances de concepção chegam a 41%, enquanto o muco sendo do tipo 1, as chances de concepção são de 1%. Nas janelas ao início do ciclo e ao final do ciclo, nas quais não se considera o tipo de muco, a probabilidade de concepção é de 0,2 e 0,4%, respectivamente; ou seja, praticamente zero (SCARPA; DUNSON; GIACCHI, 2007).

Com uma frequência de 2,42 relações sexuais em um ciclo menstrual, para alcançar uma probabilidade de gravidez de 35%, o casal deve concentrar suas relações entre os dias 13 a 17 do ciclo menstrual, ou seja, na janela correspondente ao meio do ciclo, atentando-se a tê-las nos dias em que o muco é do tipo 4. Com essa afirmação, infere-se que obedecendo aos dias do calendário, à característica do muco e à frequência de relações sexuais, em cerca de três meses o casal obterá uma gestação (SCARPA; DUNSON; GIACCHI, 2007).

Um total de 782 mulheres captadas em sete centros europeus de planejamento familiar natural forneceram registros diários de TCB, de muco cervical e de relações sexuais de 1.473 ciclos menstruais, contribuindo para a elaboração de um estudo de coorte. Dos ciclos menstruais, 353 resultaram em gravidez. As participantes envolvidas no estudo deveriam: ser experientes na área de planejamento familiar natural, casadas ou estar em união estável, ter idade entre 18 e 40 anos, ter apresentado pelo menos uma menstruação após a interrupção da amamentação ou do parto (se aplicável) e estar em desuso de hormônios. Ademais, o parceiro não poderia apresentar problemas de fertilidade. O objetivo do estudo foi avaliar a probabilidade de concepção a partir do tipo de muco cervical apresentado. Os autores consideraram os cinco dias antes da ovulação até o dia da ocorrência da mesma como o período fértil. A partir disso, encontrou-se que o dia de menor fertilidade é cinco dias antes da ovulação; o de maior fertilidade, três dias antes. Tomando-se por base o muco do tipo 1, a probabilidade de concepção cinco dias antes da ovulação é de 0,6%. Tomando-se por base o muco do tipo 4, a probabilidade de concepção cinco dias antes da ovulação é de 18%. Dessa forma, dentro da janela fértil, o tipo de muco é uma característica mais importante a ser observada, quando comparada com o calendário. Além disso, a partir desse estudo, foi possível inferir que, no período fértil, quando o muco do tipo 4 está presente, a probabilidade mínima de gestação é de 18% (BIGELOW *et al.*, 2004).

Com o objetivo de estimar a probabilidade de concepção em casais saudáveis que utilizam o método sintotérmico, 346 mulheres foram observadas utilizando o referido método. Casais com problemas anteriores de fertilidade ou que utilizassem hormônios que pudessem afetá-la foram excluídos da amostra. Das 346 mulheres, 310 (89,6%) engravidaram e 36 (10,4%) das mulheres não engravidaram. Estimou-se que, no primeiro ciclo, 38% das mulheres conceberiam; em três ciclos, 68%; em seis ciclos, 81%; e em 12 ciclos, 92%, ou seja, 8% das participantes não conseguiram conceber em um período de 12 meses, sendo consideradas inférteis (GNOTH *et al.*, 2003).

A partir da revisão elaborada, pode-se observar que estudos comprovam a eficácia da utilização desses métodos para a concepção, o que pode ajudar e direcionar os casais que buscam ajuda nesse sentido.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de pesquisa quase-experimental do tipo antes e depois. Esse tipo de pesquisa é definida pela execução de uma intervenção em um grupo de indivíduos que constituem seu próprio controle no estudo (HULLEY *et al.*, 2008). A pesquisa quase-experimental, também chamada de ensaio clínico ou testes controlados sem randomização, é caracterizada por envolver uma intervenção, mas sem randomização (POLIT; BECK, 2011).

A intervenção de enfermagem voltada para o ensino de mulheres e/ou casais quanto aos métodos de *Billings* ou muco cervical e Temperatura Corporal Basal (TCB) foi aplicada com as participantes, de modo que estas foram caso e, concomitantemente, controle do estudo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em dois universos distintos, sendo, o primeiro deles, os 16 Centros de Saúde da Família (CSF) que compõem a Secretaria Executiva Regional (SER) III e os 12 CSF que compõem a SER IV, totalizando 28 CSF. O segundo universo do estudo foi a Casa de Parto Natural Dr^a. Lígia Barros Costa/Centro de Desenvolvimento Familiar (CPN/CEDEFAM).

O Sistema Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza-CE está organizado em seis SER. As duas SER escolhidas foram as localizadas próximas ao CPN/CEDEFAM.

A CPN/CEDEFAM é um dos núcleos que integram a Coordenadoria de Ação Comunitária da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC), no qual funcionam serviços na área de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, localizada em um bairro da periferia do município, o Planalto Pici, em Fortaleza, no Ceará. No que diz respeito à Enfermagem, na CPN/CEDEFAM é oferecido atendimento nas áreas de prevenção do câncer de colo uterino, assistência pré-natal, assistência em Planejamento Familiar (PF) e puericultura, por meio de consultas de enfermagem e atividades de educação em saúde.

4.3 População e amostra

A população foi constituída pelas mulheres com queixa de infertilidade que frequentavam casualmente os 28 CSF das SER III e IV. Foram excluídas mulheres laqueadas, histerectomizadas, ooforectomizadas, menopausadas e cujos parceiros fossem vasectomizados. Ademais, mulheres e/ou seus parceiros que apresentassem algum outro fator impeditivo de concepção diagnosticado previamente e que não tivesse solução na atenção básica à saúde também foram excluídas da amostra para que a participação na pesquisa não representasse obstáculo à procura por um serviço de maior complexidade com capacidade de resposta para o caso.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza o encaminhamento para um serviço de referência em ginecologia/urologia ou especializado em infertilidade mulheres nas seguintes condições: com menos de 30 anos de idade, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção; com mais de 30 anos e menos de 40 anos, mais de um ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção; com mais de 40 anos e menos de 50 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção; e cônjuges que apresentam vida sexual ativa, sem uso de Método Anticoncepcional (MAC) e que possuam algum fator impeditivo de concepção, independente do tempo de união (BRASIL, 2010b). No presente estudo, no caso de a participante não ter alcançado uma gestação após o acompanhamento de três meses e apresentasse o perfil descrito acima, os devidos encaminhamentos foram realizados.

O tamanho amostral foi calculado a partir da fórmula utilizada para estudos do tipo antes e depois, a saber:

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

$$d^2$$

Onde:

n= tamanho da amostra

Z α = coeficiente de confiança (95% = 1,96)

Z β = poder do teste (80%; z β = 0,84)

p = proporção de ocorrência do efeito da intervenção de educação em saúde (0,8)

d = precisão (0,20)

Aplicando-se a fórmula, obteve-se um n de 32 mulheres para a primeira fase da pesquisa, cujos critérios de inclusão foram: ter vida sexual ativa sem o uso de MAC há, no

mínimo, seis meses e estar em plena idade reprodutiva de baixo risco gestacional (18 a 35 anos).

Considerou-se sexualmente ativa a mulher que afirmou ter, pelo menos, uma relação sexual mensal, condição essencial que responderia por uma possível gravidez.

Apesar de um casal ser considerado infértil apenas após um ano de tentativas frustradas de concepção, o acompanhamento desse casal na atenção básica em saúde pode ser iniciado antes de se completar um ano. O tempo igual ou superior de seis meses sem o uso de MAC foi estabelecido como critério de inclusão porque, ao iniciar o acompanhamento aos seis meses, o casal teria ainda mais seis meses para conhecer e praticar o método muco cervical e a TCB, aumentando as chances de uma concepção natural. Ademais, a mulher, ao iniciar o acompanhamento aos seis meses teria, ainda, a oportunidade de disponibilizar o registro dos seus ciclos menstruais deste período, permitindo a observação de seu padrão menstrual, fator diretamente relacionado às chances de conceber.

A inclusão de mulheres com idade mínima de 18 e máxima de 35 anos deveu-se às respectivas idades corresponderem ao início e final da fase reprodutiva de baixo risco gestacional.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados em seis fases no período de maio a novembro de 2012 pela autora e duas bolsistas de Iniciação Científica, sendo que as duas últimas participaram das cinco primeiras fases. Ressalta-se que estas bolsistas foram treinadas pela autora quanto às particularidades do tema e a entrevista em si, tanto de forma teórica quanto prática, na medida em que primeiro observaram a autora em campo.

Primeira fase: correspondeu às visitas aos CSF que compõem a SER III e IV, visto que a CPN/CEDEFAM, local de realização da intervenção de enfermagem, está localizada próxima a estas SER. As visitas a estes CSF tiveram o objetivo de identificar mulheres com queixa de infertilidade que estivessem aguardando atendimento, independentemente do tipo de consulta.

As visitas aos CSF também tiveram o propósito de mobilizar as equipes de saúde para a captação de participantes em potencial para a pesquisa, bem como realizar uma divulgação direta a esse público alvo, por meio de Cartazes (APÊNDICE A) que foram afixados nos CSF referidos. Foi entregue aos coordenadores dos CSF e aos enfermeiros da ESF um Informe de solicitação de encaminhamento de mulheres desejosas de engravidar para

a pesquisa (APÊNDICE B). Estas faziam contato telefônico com as entrevistadoras. Os coordenadores foram facilitadores nesse processo, sendo importantes para divulgar o trabalho e incentivar os profissionais a encaminhar essa clientela.

Como forma de divulgação da pesquisa, foram entregues Cartões de divulgação (APÊNDICE C) aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e usuários do CSF que estivessem presentes no local no dia da visita e os cartazes foram anexados em todos os CSF, em locais estratégicos, que permitissem a visualização pelo maior número de profissionais e usuários. As mulheres presentes no CSF no dia da visita que obedeceram aos critérios que inclusão foram convidadas a participar da pesquisa.

Concordando em participar da pesquisa, cada mulher foi entrevistada com base em um Formulário de entrevista (APÊNDICE D), que continha perguntas sobre características demográficas e socioeconômicas; especificidades da condição de queixa de infertilidade; exames e tratamentos realizados previamente; fatores determinantes da infertilidade; práticas desfavoráveis à concepção; fatores de risco para infertilidade presentes no casal. As mulheres entrevistadas foram convidadas a compôr o grupo a ser submetido à intervenção (fase seguinte da pesquisa) e uma vez aceitando, recebiam um informe contendo o Calendário de encontros (APÊNDICE E) com as informações sobre o local e horário da terceira fase da pesquisa – a intervenção de enfermagem.

Foi estabelecido um local privativo para a realização das entrevistas, de maneira que as mulheres ficassem à vontade para expressar suas individualidades. Os dados eram registrados pelas entrevistadoras no próprio formulário, paralelamente à entrevista. Para Polit e Beck (2011) a entrevista estruturada possibilita a captação de informações pelo pesquisador de modo objetivo e direto, aumentando o índice de respostas e reduzindo a probabilidade de interpretações errôneas, constituindo a técnica de coleta de dados mais usual.

No caso de a participante ter sido captada por telefone, a entrevista foi realizada na CPN/CEDEFAM, em dia e local agendado junto à entrevistadora.

Cada um dos 28 CSF foi visitado três vezes por pelo menos uma das três entrevistadoras, em dias e horários que lhes eram convenientes. Nessa fase, foram entrevistadas 64 mulheres, ou seja, o dobro de mulheres previstas no cálculo amostral.

Segunda fase: logo após a entrevista, era aplicado o inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) - antes da intervenção, com a finalidade de determinar a linha de base (diagnóstico) do grupo. O estudo CAP consiste em um conjunto de questões que visam medir o que a população sabe, pensa e como atua frente a um determinado problema (BRASIL, 2002b).

Os conceitos de Conhecimento, Atitude e Prática foram estabelecidos com base no estudo de Marinho *et al.* (2003), a saber:

- **Conhecimento:** significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou ainda emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento;

- **Atitude:** é, essencialmente, ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional;

- **Prática:** é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Diante da inexistência de uma escala prévia que permitisse a classificação do CAP de mulheres com queixa de infertilidade em relação aos métodos muco cervical e TCB, por meio de pesquisas à literatura sobre a temática, foi elaborada pela autora uma Escala para classificação do inquérito CAP (APÊNDICE F) das participantes, cujos critérios estão no Quadro 4.

Quadro 4 - Critérios de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática de mulheres com queixa de infertilidade sobre os métodos muco cervical e temperatura corporal basal.

Conhecimento	Atitude	Prática
<ul style="list-style-type: none"> - Refere ter ouvido falar sobre o método temperatura corporal basal e/ou do muco cervical (1 ponto); - Conhece pelo menos dois benefícios da temperatura corporal basal e do muco cervical (1 ponto); - Sabe que os métodos podem ser utilizados tanto para anticoncepção quanto para concepção (1 ponto); - Conhece pelo menos duas características necessárias ao uso correto da temperatura corporal basal e/ou do muco cervical para conceber (1 ponto). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta interesse em utilizar o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal (1 ponto); - Acredita que o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal podem fazê-la alcançar uma gravidez (1 ponto); - Sente-se segura para utilizar o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical (1 ponto); - Afirma que utilizará o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical (1 ponto); 	<ul style="list-style-type: none"> - Refere uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal com o objetivo de concepção (1 ponto); - Apresenta registro de uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal (1 ponto); - Verbaliza facilidade para usar o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal (1 ponto); - Demonstra satisfação no uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal (1 ponto).

A soma de pontos em cada item CAP teve variação entre 1 e 5, sendo classificados, em ordem crescente, como: Nenhum conhecimento (1), Conhecimento limitado (2), Conhecimento moderado (3), Conhecimento substancial (4), Conhecimento extenso (5); como Atitude Inadequada (1), Ligeiramente Adequada (2), Moderadamente Adequada (3), Substancialmente Adequada (4) e Completamente Adequada (5) e como Prática Inadequada/Inexistente (1), Ligeiramente Adequada (2), Moderadamente Adequada (3), Substancialmente Adequada (4) e Completamente Adequada (5).

Portanto, **a primeira e a segunda fases** do estudo foram realizadas com as 64 mulheres captadas nos CSF das SER III e IV, que compareceram a CPN/CEDEFAM ou que entraram em contato por telefone.

Terceira e quarta fases: correspondeu à realização da intervenção de enfermagem, a qual se encontra descrita no item 4.5, conforme local e horário pré-agendado no calendário da participante. A intervenção consistiu na leitura compartilhada entre entrevistadora e participante de um Folheto educativo, elaborado pelas autoras da pesquisa (APÊNDICE G). Este continha informações detalhadas sobre o uso do método muco cervical e TCB para aumentar as chances de obtenção de uma gestação. Também foi entregue para cada participante um *kit* contendo: dez cópias do Quadro para registro do método muco cervical e TCB (APÊNDICE H), sendo uma cópia para cada mês e as demais para

substituição em caso de rasuras; um lápis, uma borracha, um apontador e um termômetro digital da marca MedeQco[®], que tinha certificado do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO)[®]. Também foi entregue a Prescrição de enfermagem (APÊNDICE I), referentes aos cuidados facilitadores da concepção. Essa fase foi realizada na CPN/CEDEFAM.

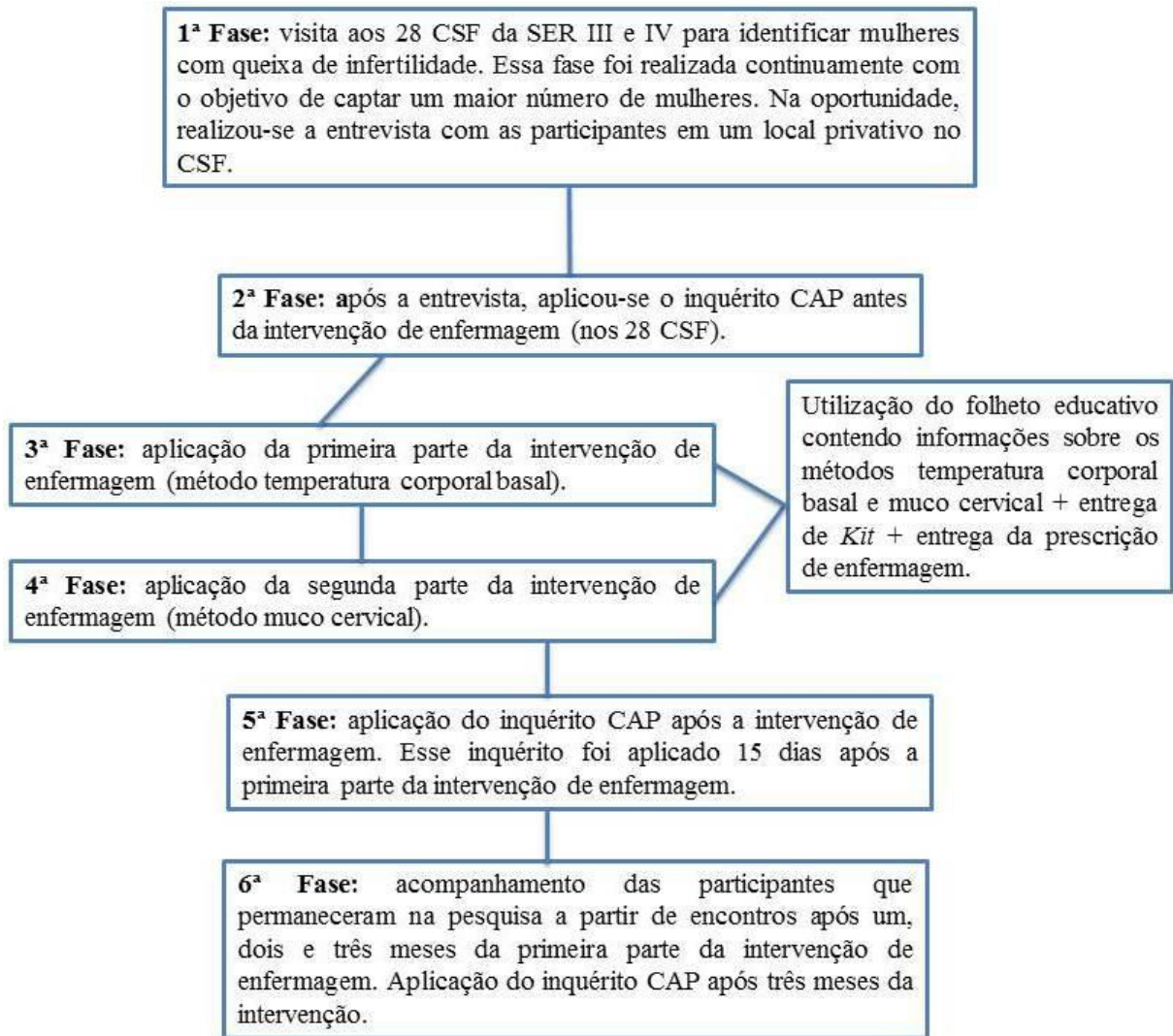
Quinta fase: após a intervenção de Enfermagem, cada participante respondeu ao inquérito CAP – depois da intervenção, também na CPN/CEDEFAM, com a finalidade de fazer uma avaliação formativa das participantes. Esse inquérito era aplicado apenas 15 dias após o primeiro dia da intervenção de enfermagem, visto que para avaliar a prática, precisavam-se oportunizar momentos para que a participante utilizasse os métodos ensinados.

Sexta fase: fase de seguimento das participantes que optaram por utilizar o método do muco cervical e TCB para conceber. Correspondeu a um período de três meses, sendo os encontros com a autora agendados com os seguintes intervalos: um, dois e três meses, a contar do primeiro dia da intervenção de enfermagem. Os encontros ocorreram na CPN/CEDEFAM. Além dos retornos programados, a participante era encorajada a retornar mediante qualquer necessidade de apoio ou mesmo telefonar para a autora. As participantes acompanhadas responderam ao inquérito CAP - após três meses, aplicado com a finalidade de fazer uma avaliação de resultados que a intervenção provocou no grupo.

A fase de realização de entrevistas (primeira fase), que incluiu o ingresso de novas participantes, estendeu-se até o mês de julho de 2012, visto que, ao ingressar na pesquisa no referido mês, poderia ser acompanhada durante os três meses propostos, ou seja, até outubro de 2012. Essa delimitação temporal foi necessária devido ao prazo para conclusão do Mestrado – dezembro de 2012.

As seis fases estabelecidas para a coleta de dados estão esquematizadas no fluxograma a seguir, permitindo melhor visualização e compreensão.

Figura 1 - Fluxograma ilustrando as fases que compuseram a etapa da coleta de dados.



4.4.1 Descrição das variáveis do estudo

Os depoimentos de algumas participantes foram transcritos e apresentados nos resultados, para que a realidade fosse retratada de forma fidedigna. Para a transcrição dos depoimentos e preservação do anonimato das mulheres, as mesmas foram codificadas com a letra M e em seguida numeradas em ordem crescente e aleatória de 1 a 64. Os depoimentos estão seguidos, além da codificação, da idade e do tempo de tentativa de concepção da participante.

Para classificar o ciclo menstrual da participante como regular ou irregular, tomou-se por base a orientação do MS (BRASIL 2010b), ao estabelecer que, sendo a diferença entre o menor e o maior ciclo menstrual de até nove dias, o mesmo deve ser

considerado regular. Nessa pesquisa, levantou-se, no mínimo, os três últimos ciclos menstruais da participante.

Para o cálculo do IMC, dividiu-se o peso em quilogramas pelo valor da altura (em metros) ao quadrado. Para a classificação do IMC, baseou-se no *National Institutes of Health* (2000), que categoriza o IMC em cinco intervalos, a depender do seu valor: baixo peso se $< 18,5$; normal se $18,5 - 24,9$; sobrepeso se $> 24,9 - 29,9$; obesidade grau I se $> 30,0 - 34,9$; obesidade grau II se $> 35,0 - 39,9$ e obesidade grau III se $> 40,0$.

Na apresentação dos resultados desse estudo, foram criadas apenas duas categorias, de forma a contemplar todas as respostas: IMC normal e IMC alterado. As participantes que estavam com o IMC $> 18,5$ e $\leq 24,9$ foram incluídas na primeira categoria; as demais, ou seja, aquelas com IMC $< 18,5$ e $> 24,9$ foram incluídas na segunda categoria.

Foram consideradas sedentárias aquelas participantes que referiram não praticar absolutamente nenhum exercício físico. A realização de exercícios físicos, mesmo que em apenas dois dias da semana, nesse estudo, não foi considerado sedentarismo.

No que diz respeito ao esforço físico, no momento da entrevista, foi pedido que a participante classificasse o seu parceiro (nos casos de o parceiro não estar presente) e a si própria em uma escala de cinco itens: nenhum esforço físico, esforço físico limitado, esforço físico moderado, esforço físico substancial e esforço físico excessivo. Porém, para a análise dos dados, consideramos como “anormal” apenas os relatos de exercício físico substancial e excessivo.

Sobre o estresse, solicitava-se, na entrevista, que a participante classificasse o seu parceiro (nos casos de o parceiro não estar presente) e a si própria em uma escala de cinco itens: nenhum estresse, estresse limitado, estresse moderado, estresse substancial e estresse excessivo. Para a análise dos dados, consideramos como “anormal” os relatos de estresse substancial e excessivo.

Em caso de tabagismo, aplicou-se o *Fagerstrom Test For Nicotine Dependence* (ANEXO A), para classificar a participante e/ou seu parceiro em cinco níveis de dependência em relação à nicotina, a saber: dependência muito baixa (0 a 2 pontos), baixa (3 a 4 pontos), moderada (5 pontos), alta (6 a 7 pontos) e muito alta (8 a 10 pontos) (GAYA *et al.*, 2009).

Para avaliar o alcoolismo masculino, tomou-se por base duas categorias de consumo: $\leq 3-4$ copos de bebida alcoólica por semana e $> 3-4$ copos de bebida alcoólica por semana (PORTUGAL, 2008). Não se estabeleceu nenhuma referência para a classificação do alcoolismo feminino, uma vez que nenhuma participante referiu ingestão de bebida alcoólica.

A intensidade do consumo de drogas ilícitas foi avaliada sob os parâmetros leve, moderado e pesado. Usuário leve é aquele que utilizou drogas no último mês, sendo o consumo menor que uma vez por semana; o usuário moderado usa drogas semanalmente, mas não todos os dias do mês; e o usuário pesado é aquele que fez uso de drogas diariamente durante o último mês (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS – UNAIDS; UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAMME – UNDCP; 2000).

Cada uma das três dimensões avaliadas (conhecimento, atitude e prática) foi pontuada a partir de quatro itens. Cada item tinha o valor de um ponto, que era somado em caso de ser citado pela participante. Dessa forma, o conhecimento foi classificado em: nenhum, quando a participante não citou nenhum item; limitado, quando a participante citava apenas um item; moderado, quando a participante citou dois itens; substancial, nos casos em que a participante citou três itens e extenso, quando todos os itens foram citados pela participante. A atitude e a prática foram classificadas como: inadequada (ou inexistente, quando a mulher relatava nunca ter utilizado os métodos), quando a participante não citou nenhum item; ligeiramente adequada, quando a participante citou apenas um item; moderadamente adequada, quando a participante citou dois itens; substancialmente adequada, quando a participante citou três itens e completamente adequada quando todos os itens foram citados pela participante.

4.5 Descrição da intervenção de enfermagem

No que se refere ao planejamento familiar, o MS aconselha que os profissionais de saúde da atenção básica desenvolvam atividades educativas, clínicas e de aconselhamento, de forma integrada (BRASIL, 2010b). Na intervenção de enfermagem foi realizado o aconselhamento, que consiste em um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro (BRASIL, 2010b).

O formulário de entrevista esteve junto à autora no momento de realização da intervenção de enfermagem, no sentido de auxiliar na identificação das particularidades de cada sujeito. A intervenção foi realizada em dois dias e, em ambos, a intervenção de enfermagem consistia em dois momentos distintos.

Esperava-se que, ao final da intervenção de enfermagem, a participante estivesse orientada para o reconhecimento das características do muco cervical ao longo do ciclo menstrual, para a mensuração da temperatura corporal basal, para o preenchimento correto do quadro para registro e para adotar as medidas facilitadoras da concepção. Assim, esses foram os indicadores de impacto previstos para a intervenção.

Optou-se pela escolha da estratégia educativa individual com o objetivo de aumentar o vínculo entre a autora e a participante, bem como para que a última pudesse sentir-se à vontade para esclarecer possíveis dúvidas e apresentar aspectos pessoais relacionados ao tema.

Mesmo que para fins contraceptivos, duas pesquisas realizadas na década de 90, provenientes da Inglaterra recorreram a folhetos para fins educativos. Em 1998 foram confeccionados dois tipos de folhetos e, em 1995, somente um tipo de folheto foi elaborado e, em ambas, o folheto educativo foi avaliado como eficaz para aquisição de conhecimento em contracepção (LITTLE *et al.*, 1998; SMITH; WHITFIELD, 1995). Entende-se, assim, que o uso de folheto educativo é eficaz, tendo sido, portanto, a tecnologia escolhida para essa intervenção.

4.5.1 Primeiro dia da intervenção de enfermagem

Primeiro momento: foi realizado o aconselhamento em sala privativa tomando por base a leitura do Folheto educativo (APÊNDICE G). Para a garantia de um maior aprendizado, no primeiro dia da intervenção foi feito apenas o aconselhamento sobre a utilização da TCB. A leitura do folheto era realizada pela participante com acompanhamento da autora, que fazia comentários e oferecia explicações quando considerava pertinente, sempre estimulando a participante a fazer perguntas. Algumas participantes solicitaram que a própria autora fizesse a leitura do folheto, referindo uma “leitura ruim” ou aprendizado maior em caso de apenas escutar. Nessas situações, a leitura era realizada pela autora junto à participante. Na oportunidade, a autora demonstrava como utilizar o termômetro, fazendo a verificação oral da TCB da mulher e explicando-a como deveria proceder, permitindo a retirada das dúvidas que pudessem existir.

Segundo momento: o *kit* era entregue à participante (dez quadros para registro diário das características do muco cervical e da temperatura corporal + um lápis + uma borracha + um apontador + o termômetro digital). A autora explicava como proceder com o preenchimento correto do Quadro para registro do método muco cervical e temperatura

corporal basal (APÊNDICE H), dando oportunidade para a participante esclarecer as dúvidas. Uma cópia do quadro era entregue à participante, que simulava os registros, com base no seu último ciclo menstrual, constituindo mais uma oportunidade para a autora avaliar lacunas no aprendizado e ensinar. Tratando-se de mulheres com maior dificuldade, a mesma era encorajada a pedir ajuda a alguém de seu convívio diário, para que esta pudesse auxiliar a participante no preenchimento do quadro. A autora sempre estimulava a participante a telefonar em caso de haver questionamentos.

Ao final desse segundo momento, era verificado o peso e a altura da participante em balança disponível na CPN/CEDEFAM, da marca Balmak[®], que tinha certificado do INMETRO[®]. Em seguida, calculava-se seu Índice de Massa Corporal (IMC).

4.5.2 Segundo dia da intervenção de enfermagem

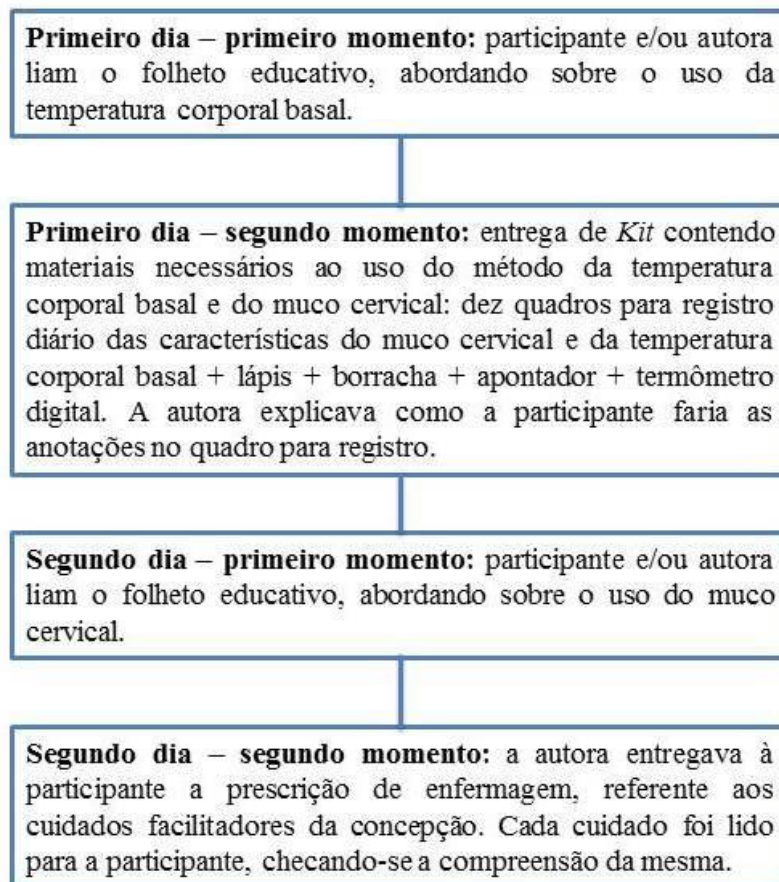
Primeiro momento: os registros da TCB trazidos pela participante eram revisados e esse momento era disponibilizado para o esclarecimento das dúvidas. Em seguida, era dada continuidade ao aconselhamento, abordando sobre a utilização do método muco cervical, tomando por base também a leitura do folheto educativo.

Segundo momento: na última etapa do aconselhamento, a participante recebia a Prescrição de enfermagem, contendo cuidados facilitadores da concepção (APÊNDICE I).

O segundo dia da intervenção de enfermagem acontecia apenas uma semana após o primeiro, intervalo necessário para praticar a TCB e importante para surgimento de dúvidas, que eram sanadas nesse dia.

Conforme o exposto, a intervenção segue o fluxograma apresentado na Figura 2 a seguir.

Figura 2 - Fluxograma ilustrando as fases que compuseram a intervenção de enfermagem.



4.6 Organização dos dados para análise

Os dados relativos às entrevistas foram digitados no *Excel* versão 2010 para *Windows* e receberam tratamento estatístico descritivo, apresentando frequência absoluta, frequência relativa, bem como média (χ) e Desvio Padrão (DP) das variáveis numéricas.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), obtendo liberação para a realização da pesquisa no município de Fortaleza. Em seguida, foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), segundo Resolução nº. 196/96 (BRASIL, 1996) e obteve parecer favorável sob protocolo nº. 108/12 (ANEXO B).

Foram garantidos às participantes do estudo a privacidade e o anonimato. Apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE J), contendo informações sobre justificativa, objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa, por meio de linguagem acessível e uma vez aceitando participar livremente, assinaram o mesmo.

4.8 Financiamento

A autora contou com o apoio de bolsa de demanda social do Programa REUNI de Orientação e Operacionalização da Pós-Graduação Articulada à Graduação/CAPES.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão apresentados na seguinte sequência: características demográficas e socioeconômicas das participantes; especificidades da queixa de infertilidade; exames e tratamentos realizados previamente; fatores determinantes da queixa de infertilidade; práticas desfavoráveis à concepção; fatores de risco para infertilidade da mulher e dos parceiros das mulheres e, por último, os efeitos da intervenção de enfermagem por meio do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) sobre os métodos Temperatura Corporal Basal (TCB) e muco cervical.

5.1 Características demográficas e socioeconômicas das participantes

Tabela 3 - Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade conforme suas características demográficas e socioeconômicas. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.

Variáveis (n=64)	Nº.	%
Idade (em anos completos) ($\bar{x} = 27,69$; DP= $\pm 4,7$)		
18 – 24	17	26,5
25 – 30	28	43,8
31 – 35	19	29,7
Condição de União		
Parceiro fixo	63	98,4
Parceiro eventual	1	1,6
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	12	18,8
Ensino fundamental completo	4	6,25
Ensino médio incompleto	7	10,9
Ensino médio completo	32	50
Ensino superior incompleto	5	7,8
Ensino superior completo	4	6,25
Carga horária semanal da ocupação		
≤ 44 horas	20	31,2
> 44 horas	17	26,6
Desempregada	27	42,2
Renda per capita (em reais) ($\bar{x} = 617,04$; DP= $\pm 462,87$)		
78 – 500	37	57,8
> 500 – 1000	22	34,4
> 1000 – 1500	2	3,1
> 1500 – 2000	1	1,6
> 2000 – 2500	2	3,1

O perfil das mulheres pesquisadas caracterizou-se por ser majoritariamente jovem, predominando a faixa etária de 18 a 30 anos, correspondendo a 45 (70,3%) das participantes, obtendo uma média de idade de 27,69. Ademais, 17 (26,5%) das participantes tinham idade inferior a 25 anos. Todavia, a idade variou de 18 a 35 anos, intervalo estabelecido previamente com base no objeto de estudo, que era de promover a concepção de mulheres com queixa de infertilidade que estivessem fora do intervalo de idade considerado de risco reprodutivo.

A idade não é o único, porém um importante fator a ser considerado pelas mulheres quando há o desejo de engravidar. Nos dias atuais, de uma maneira geral, as mulheres têm optado por engravidar mais tardiamente e, quando o sentimento pela maternidade aparece, é em idade considerada de risco reprodutivo, porém, a idade da mulher condiciona a fertilidade, e seu declínio tem início aos 30 anos e agrava-se nitidamente, sobretudo aos 35 anos (GONÇALVES, 2005).

Dentre as recomendações do *Guideline* elaborado pelo Comitê de Endocrinologia Reprodutiva e Infertilidade do Canadá, encontra-se que as mulheres em idade reprodutiva devem ser informadas de que a fertilidade natural, bem como a assistida, é significativamente menor a partir dos 30 anos de idade (LIU; CASE, 2011). Na presente pesquisa, 45 (70,3%) das participantes encontravam-se nessa faixa etária, ou seja, com idade máxima de 30 anos, que corresponde à idade para alcançar uma gravidez sem dificuldades.

O declínio do número de oócitos, desde o nascimento até a menopausa; a diminuição na qualidade dos oócitos existentes e a redução no número de relações sexuais são fatores que levam à queda da fecundidade na mulher com o avanço da idade (EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY – ESHRE, 2005).

No que diz respeito à condição de união, verificou-se um número significativo de mulheres com parceria fixa, isto é, 63 (98,4%). Tal resultado era esperado, uma vez que a busca por auxílio na área da concepção é mais comum entre mulheres que tenham um companheiro fixo, por desejarem dividir a responsabilidade da maternidade com o parceiro. Entretanto, o depoimento de uma participante reflete o desejo de ser mãe, independente do tipo de parceria:

“Eu já disse pra ele que eu estou aqui porque eu quero um filho. Se ele também quiser, tudo bem. Se não quiser, estou me cuidando para ter com outro” (M41, 22 anos, tentando engravidar há três anos).

Predominou o ensino médio completo, escolaridade de 32 (50%) das mulheres. Entretanto, esta variou desde o ensino fundamental incompleto ao ensino superior completo, ou seja, não houve participantes sem escolaridade. Por tratar-se de um estudo de intervenção e, dentre os objetivos, estar a aquisição de conhecimentos, infere-se que quanto maior a escolaridade, maior o conhecimento obtido e, conseqüentemente, maior a pontuação do inquérito CAP. É sabido que os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF) podem ser utilizados por mulheres de qualquer escolaridade (USAID; JHU; OMS, 2007), porém a intervenção com mulheres que tivessem uma maior escolaridade, provavelmente, evoluiria mais facilmente. A esse respeito, destaca-se que a intervenção junto àquelas mulheres de menor escolaridade exigiu maior dedicação e tempo por parte da autora, tendo que repetir as informações mais vezes do que entre as participantes de maior escolaridade.

A carga horária de trabalho semanal das participantes mostrou-se homogênea entre as três categorias avaliadas, ou seja, 44 horas ou menos de trabalho, mais de 44 horas de trabalho e desemprego. Entretanto, o desemprego foi predominante no grupo pesquisado.

A Constituição Federal de 1988 estabelece, no parágrafo 7º, inciso XIII, que a carga horária semanal de trabalho não deve ser superior a 44 horas (BRASIL, 1988). Ou seja, essa carga horária de trabalho é a considerada “aceitável”, não trazendo prejuízos à saúde do trabalhador. Uma carga horária superior pode acarretar estresse, o que é prejudicial para as mulheres do estudo em particular, uma vez que o estresse é um dos fatores de risco para infertilidade, conforme discutido adiante.

As mulheres desempregadas podiam comparecer aos encontros de intervenção sem dificuldades, por não terem preocupação com o horário do trabalho. Ademais, tinham mais tempo para cuidarem de si mesmas, presumindo-se que teriam, por isso, uma melhor saúde. Entretanto, sobre esse aspecto faz-se um contraponto, pois ao serem desempregadas, as mulheres deixam de contribuir com a renda familiar, reduzindo, conseqüentemente, a renda *per capita*, que também compromete a saúde.

A renda *per capita* mensal variou de R\$ 78,00 a R\$ 2.500,00 reais, predominando a renda inferior a um salário mínimo vigente, que é de R\$ 622,00 reais (57,8%). Esse resultado era previsível, uma vez que o cenário do estudo correspondeu a Centros de Saúde da Família (CSF) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Fortaleza, para os quais recorrem usuários de condição socioeconômica menos favorável, que, inclusive, é o foco de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF). A esse respeito, observa-se que o desejo pela maternidade foi independente da condição socioeconômica das mulheres. De acordo com o Censo

Demográfico (2010), em Fortaleza, a média da renda *per capita* foi de R\$ 701,00 reais, ou seja, superior ao encontrado nesse estudo que correspondeu a R\$ 617,04 (IBGE, 2011).

5.2 Especificidades da queixa de infertilidade

Tabela 4 - Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade conforme especificidades deste agravo. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.

Especificidades (n= 64)	Nº.	%
Tempo de tentativa de concepção (em meses)		
6 – 11	12	18,8
12 – 23	13	20,3
≥ 24	39	60,9
Último método anticoncepcional usado anterior à decisão pela concepção		
Anticoncepcional oral combinado	34	53,1
Preservativo masculino	16	25,0
Anticoncepcional injetável combinado	8	12,5
Tabela	2	3,1
Coito interrompido	2	3,1
Anticoncepcional oral de emergência	1	1,6
Nenhum	1	1,6
Período atual sem uso de método anticoncepcional (em meses) (n=63)		
6 – 11	12	19,0
12 – 23	19	30,2
≥ 24	32	50,8

Quanto ao tempo de tentativa pela concepção, 52 (81,3%) mulheres estavam buscando engravidar há um ano ou mais, o que teoricamente lhes assegura o diagnóstico de infertilidade (WHO, 2002). Entretanto, mesmo ainda não havendo o diagnóstico de infertilidade, acolher precocemente as queixas do casal que está tentando engravidar, mas sem sucesso, é uma prática que deve ser estimulada. Ressalta-se a importância da avaliação pré-concepcional destes casais, buscando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma gestação futura (BRASIL, 2010b).

Das 63 (98,4%) mulheres que tinham uso prévio de Métodos Anticoncepcionais (MAC) à decisão por conceber, 51 (81%) haviam interrompido o uso há no mínimo um ano. Salienta-se que apenas uma mulher nunca havia utilizado MAC.

Uma vez que 12 (19%) das participantes estavam em desuso de MAC há menos de um ano, porém ressaltando que nenhuma havia usado como último MAC o Injetável Exclusivo de Progestágeno (IEP), pode-se afirmar que a prática contraceptiva prévia não

colabora para a condição atual de fertilidade, sendo este o único método a gerar memória contraceptiva que varia entre quatro meses a um ano. A USAID, JHU E OMS (2007) e o MS (BRASIL, 2010b) estabelecem que o retorno menstrual normal dá-se com até quatro meses após o término do efeito, ou seja, sete meses após a última injeção. Entretanto, autores afirmam o período ser de seis meses após a suspensão de seu uso para o retorno do ciclo menstrual normal e, em 25% dos casos, de até um ano (POLI *et al.*, 2009).

Destaca-se que uma participante apesar de afirmar que tentava conceber há mais de um ano, mantinha-se sem uso de MAC há somente seis meses. Esse achado merece ser explorado pelos profissionais que lidam com a atenção em concepção, no sentido de eliminarem barreiras importantes à fecundidade, impostas pelo desconhecimento das mulheres.

5.3 Exames e tratamentos realizados previamente

Tabela 5 - Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade segundo exames e tratamentos realizados previamente. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.

Variáveis	Nº.	%
Realização de exames previamente* (n=46)		
Ultrassonografia transvaginal	46	71,9
Espermograma	14	21,9
Dosagem hormonal feminina	11	17,2
Histerossalpingografia	7	10,9
Ultrassonografia de saco escrotal	5	7,8
Histeroscopia	2	3,1
Realização de tratamento previamente (n=10)		
Indução de ovulação	9	14,1
Inseminação artificial	1	1,5

*A soma mostra-se maior que n, uma vez que a mesma participante realizou mais de um exame.

Das 64 participantes, 46 (71,9%) relataram ter feito algum exame complementar prévio para o diagnóstico de infertilidade, prevalecendo os exames de ultrassonografia transvaginal, realizado por 46 (71,9%) das participantes e o espermograma, realizado por 14 (21,9%) das participantes (seus companheiros). A Portaria Nº. 388 de 06 de julho de 2005 estabelece que o espermograma deve ser solicitado como exame complementar para o diagnóstico de infertilidade, bem como uma ultrassonografia transvaginal por casal, sendo o primeiro disponibilizado na atenção básica e o segundo em serviço de média complexidade (BRASIL, 2005c). Contudo, os resultados da pesquisa negam essa disponibilidade assegurada na Portaria, uma vez que a quantidade de espermograma realizada foi ínfima. Por outro lado, mesmo percebendo que 100% das mulheres que referiram a realização de exames ter tido acesso a ultrassonografia, muitas a realizaram por meio de recursos próprios.

Retomando a baixa realização de espermograma não se pode omitir a resistência masculina de parte desses sujeitos ao exame, relatada pelas próprias participantes:

“Ele disse que realmente não vai fazer nenhum exame [referindo-se ao esperomograma] e eu fiquei pensando que eu não quero essa responsabilidade toda só para mim” (M49, 27 anos, tentando engravidar há um ano e seis meses).

“Ele falou que o exame dele [referindo-se ao espermograma] ia dar tudo normal, que os espermatozoides dele não tinham nenhum problema, por isso ele não ia fazer” (M59, 23 anos, tentando engravidar há cinco anos).

A histeroscopia foi citada por apenas 2 (3,1%) mulheres, o que está compatível com a referida portaria, que preconiza a realização desse exame em casos especiais, como: coito programado com estimulação ovariana, inseminação artificial e fertilização *in vitro*.

No que diz respeito aos tratamentos realizados previamente, 10 (15,6%) das participantes referiram afirmativamente, destacando a indução de ovulação (9) ou a inseminação artificial (1). Por terem realizado tratamentos mais especializados, previamente, a descontinuidade dessas mulheres com relação a intervenção foi elevada, pois apresentaram-se menos dispostas para utilizar a TCB e o muco cervical, métodos de maior participação pessoal e de resultados teoricamente menos eficazes. A esse respeito, uma participante narrou:

“Eu acredito que eles [referindo-se ao método temperatura corporal basal e muco cervical] podem me ajudar a engravidar, mas eu fico pensando que eu já fiz tantas coisas mais especializadas que não deram certo, que eu não quero me frustrar” (M 15, 25 anos, tentando engravidar há seis anos).

5.4 Fatores determinantes da queixa de infertilidade

Tabela 6 - Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade conforme fatores determinantes. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.

Variáveis	Nº.	%
Ciclo menstrual regular (n=64)		
Sim	36	56,3
Não	28	43,7
Percepção de sinais e sintomas do período fértil* (n=36)		
Muco cervical	28	43,7
Aumento da libido	19	29,7
Mamas doloridas e/ou aumentadas	12	18,7
Dor pélvica no meio do ciclo	9	14,1
Tensão pré-menstrual	7	10,9
Acne	6	9,3
História de gestação prévia (n=25)		
Parceiro atual	15	23,4
Parceiro anterior	9	14,1
Parceiro atual e anterior	1	1,6
História de aborto prévio (n=17)		
Espontâneo	14	21,9
Provocado	3	4,7
Filhos vivos (n=10)		
Parceiro atual	6	9,4
Parceiro anterior	3	4,7
Parceiro atual e anterior	1	1,6

*A soma mostra-se maior que n, uma vez que a mesma participante percebia mais de um sinal e/ou sintoma de fertilidade.

As mudanças rítmicas nas taxas dos hormônios femininos secretados ao longo do mês, levando às mudanças ovarianas e em outros órgãos sexuais, são conhecidas como ciclo menstrual. Este pode ser curto, como 20 dias, ou longo, como 45 dias, mas, de uma forma geral, dura cerca de 28 dias (GUYTON; HALL, 2006).

Observando-se pelo menos seis ciclos menstruais, quando a diferença entre o menor ciclo e o maior ciclo permanecer em até nove dias, afirma-se que este ciclo é regular (BRASIL, 2010b). Assim, ideal seria, para uma mulher que deseja conceber, ter um ciclo menstrual regular, visto que o tempo entre a ovulação e o começo da menstruação, em uma mesma mulher, tende a ser constante. Dessa maneira, somado à percepção de sinais e/ou sintomas, a mulher conseguiria prever mais facilmente o seu período fértil, aumentando as chances de concepção (BILLINGS, WESTMORE; 2011).

Entretanto, ciclos irregulares não contraindicam o uso do muco cervical e da TCB, pois mesmo com ciclo irregular, a mulher pode manter-se fértil, mesmo que a fertilidade seja, junto ao ciclo, também irregular. No que diz respeito à TCB, seu uso vai ajudar a mulher com ciclo irregular a perceber se esteve fértil ou não por meio da curva da temperatura; se monofásica, sugere ciclo anovulatório, ou seja, não houve ovulação nesse ciclo menstrual (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO; 2003). No que concerne ao muco cervical, seu uso vai auxiliar a mulher com ciclo irregular a perceber sua fertilidade por meio de seus sinais mucosos; a ausência de muco pode significar falta de ovulação (BILLINGS, WESTMORE, 2011).

A irregularidade menstrual com anovulação pode ter origem ovariana, adrenal, hipotalâmica, hipofisária e outras causas, que incluem obesidade e disfunções tireoidianas. Dentre as causas de origem ovariana, destaca-se a Síndrome do Ovário Policístico (SOP) por ser comum em mulheres em idade reprodutiva e apresentar a infertilidade como manifestação clínica em 74% das mulheres acometidas pela SOP (CARDOSO; BORDALLO, 2004).

A percepção de sinais e/ou sintomas de período fértil foi referida por 36 (56,3%) das participantes e ficou concentrada no muco cervical, no aumento da libido e na turgência mamária, sendo referido, respectivamente, por 28 (43,7%), 19 (29,7%) e 12 (18,7%). Salienta-se que a percepção de sinais e/ou sintomas de período fértil por mais de metade das mulheres (56,3%) foi um fator positivo para o desenvolvimento da pesquisa, visto que uma vez identificando semelhança entre sua percepção e o que foi orientado na intervenção, as mulheres sentiam-se estimuladas não só a perceber as mudanças que ocorriam em seu corpo, mas a utilizá-las para identificação do período fértil. O depoimento de uma participante confirma essa idéia:

“Eu via que, às vezes, tinha secreção elástica e eu sabia que não era corrimento, mas eu não sabia o que significava. Meu Deus, se eu soubesse que esse muco era o fértil [referindo-se ao muco elástico e transparente], eu já estaria era grávida” (M12, 32 anos, tentando engravidar há quatro anos).

A sensação lubrificante que a mulher tem no período fértil é o sinal de maior valor, mesmo que a quantidade de muco produzida seja pequena. Ademais, quando o muco cervical está presente pode haver um aumento da libido (BILLINGS; WESTMORE, 2011). Ou seja, para a mulher que deseja engravidar, a percepção de sinais e/ou sintomas do período fértil é de grande valia e deve ser estimulada e valorizada pelos profissionais de saúde da atenção básica.

Reitera-se também que as intervenções na atenção básica são voltadas exatamente à identificação do período fértil por meio da percepção dos sinais e sintomas de fertilidade e, uma vez estando a paciente envolvida com o reconhecimento desses, ajudará na compreensão e adesão ao uso de modo mais conducente à gestação.

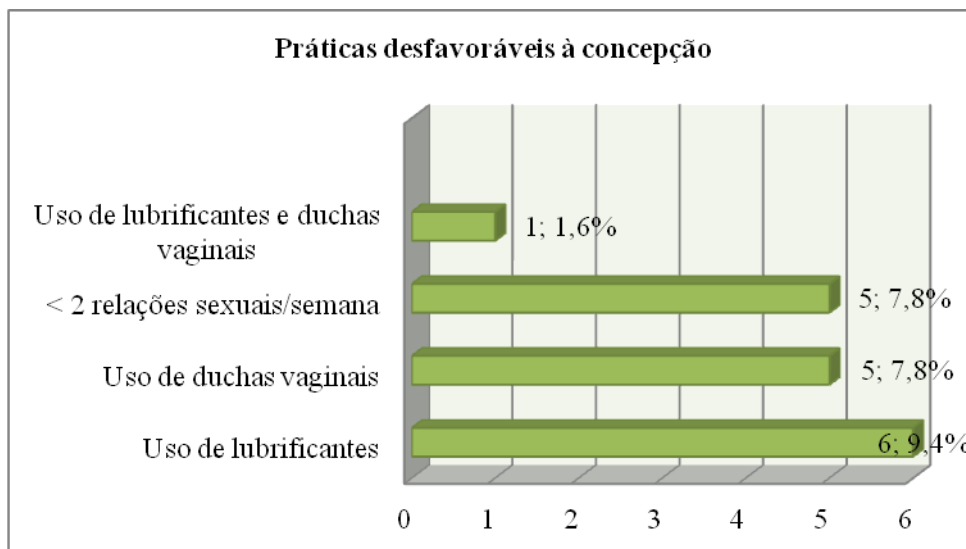
Destaca-se que 25 (39,1%) haviam gestado anteriormente, sendo 16 (25%) gravidezes do parceiro atual, constituindo, pois, casais com queixa de infertilidade secundária. Esse tipo de infertilidade caracteriza-se pela falha na capacidade reprodutiva que se estabelece após uma ou mais gestações (BRASIL, 2010b).

Dentre as que gestaram, apenas 10 (15,6%) chegaram a parir e 14 (21,9%) tiveram aborto espontâneo. Esses resultados podem estar demonstrando que parte das mulheres até concebe, mas a gravidez não evolui até o parto, o que está associado a uma incompetência mais tardia, não indicando necessariamente um problema de fecundação.

A história de aborto provocado relativa a 3 (4,7%) das mulheres pode ser promotora de infertilidade secundária. Tratando-se de uma prática realizada sem respaldo legal, mulheres submetem-se ao procedimento em situações precárias, o que pode resultar em infertilidade futura (PIROTTA; SCHOR, 2004).

5.5 Práticas desfavoráveis à concepção

Gráfico 1- Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade segundo práticas desfavoráveis à concepção. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.



As práticas desfavoráveis à concepção foram relativamente baixas no grupo pesquisado, apresentando o uso de lubrificantes como a mais prevalente (7; 11%). Nesse contexto, ressalta-se que alguns lubrificantes artificiais possuem produtos químicos que inibem os espermatozoides.

O uso de duchas vaginais foi relatado por 6 (9,4%) participantes, prática também desfavorável à concepção, uma vez que as mesmas comprometem o ambiente vaginal, modificando a sua flora, podendo prejudicar a sobrevivência dos espermatozoides (BILLINGS; WESTMORE, 2011). Seguindo as orientações do MS, as participantes foram estimuladas ao desuso dessas práticas, uma vez que as mesmas interferem no depósito do sêmen ejaculado na vagina e comprometem a migração espermática por meio do trato genital feminino (BRASIL, 2010b).

O mínimo de duas relações sexuais semanais em casais que desejam engravidar é suficiente para abranger o período fértil feminino e conseqüentemente responder por uma gravidez, porém 5 (7,8%) das participantes referiram frequência sexual inferior.

Uma participante justificou a falta de gravidez como fator para baixa frequência de relações sexuais:

“Eu me sinto desestimulada a ter relação sexual por não conseguir engravidar” (M5, 31 anos, tentando engravidar há um ano e seis meses).

Ressalta-se que todas as práticas desfavoráveis à concepção apresentadas anteriormente são modificáveis, com orientação adequada e estímulo ao abandono, o que pode ser facilmente alcançado por meio de ações educativas proporcionadas pelos enfermeiros.

5.6 Fatores de risco das mulheres e dos parceiros para infertilidade

Tabela 7 - Distribuição do número de mulheres e parceiros das mulheres com queixa de infertilidade conforme fatores de risco para infertilidade. Secretaria Executiva Regional III e IV, mai – jul. 2012.

Variáveis (n= 64)	Nº.	%
Fatores biológicos		
Mulheres		
Ovários micro policísticos	16	25,0
Mioma uterino	5	7,8
Diabetes mellitus	2	3,1
Hipotireoidismo	2	3,1
Hipercolesterolemia	1	1,6
Homens		
Comprometimento do aparelho reprodutor masculino (trauma e varicocele testicular)	15	23,4
Hipertensão arterial sistêmica	3	4,7
Obesidade	3	4,7
Diabetes mellitus	1	1,6
Fatores ambientais		
Mulheres		
Estresse	37	57,8
Exposição a agentes químicos e/ou físicos (radiação, pesticida e iodoterapia)	3	4,8
Homens		
Estresse	31	48,4
Exposição a agentes químicos e/ou físicos (solventes, pesticida, combustível, combustível, cola de sapateiro)	11	17,2
Fatores comportamentais		
Mulheres		
Sedentarismo	56	87,5
Índice de Massa Corporal alterado (n=56)*	47	83,9
Esforço físico excessivo	13	20,3
Drogas lícitas e ilícitas	6	9,4
Homens		
Sedentarismo	42	65,6
Drogas lícitas e ilícitas	36	20,3
Esforço físico excessivo	34	53,1

*n menor que o total pela falta de condições de mensurar peso e estatura em alguns centros de saúde.

Para a apresentação dos fatores de risco das mulheres e de seus parceiros para infertilidade, os mesmos foram agrupados e organizados em: fatores biológicos, ambientais e comportamentais.

Os dados relacionados ao sexo masculino foram fornecidos por apenas 6 (9,4%) dos parceiros, ou seja, os dados dos demais foram respondidos pelas mulheres, baseadas em suas percepções, uma vez que a porcentagem de parceiros que compareceu a CPN/CEDEFAM junto à parceira foi baixa. A infertilidade é uma condição compartilhada pelo casal, sendo mais facilmente superada quando existe conhecimento comum e quando o acompanhamento é realizado com comprometimento e cooperação de ambos os parceiros (BRASIL, 2010b). Nessa pesquisa, muitos parceiros não puderam comparecer devido às atividades do trabalho, que coincidiam com os encontros com a autora, mas na residência, estimulavam as mulheres à prática dos métodos:

“Ele botou uma mesinha do lado da cama e o termômetro em cima e sempre me avisa que tá na hora” [referindo-se ao horário de verificação da temperatura] (M12, 32 anos, tentando engravidar há quatro anos).

Quanto aos fatores de risco para infertilidade, observa-se que nos fatores biológicos os que estiveram mais presentes foram os ovários micro policísticos, citados por 16 (25%) das participantes e o comprometimento do aparelho reprodutor masculino, referido por 15 (23,4%) dos parceiros.

A causa mais comum de infertilidade feminina é a falta de ovulação, podendo resultar de uma secreção deficiente de hormônios gonadotróficos, acarretando estímulo insuficiente para ocasionar a ovulação ou de ovários “anormais” que não permitem o processo de ovulação, quando existem, por exemplo, cápsulas ovarianas espessas na periferia dos ovários, tratando-se de ovários micro policísticos (GUYTON; HALL, 2006). Os ovários micro policísticos comprometem a regularidade do ciclo menstrual e, conseqüentemente geram irregularidade no período fértil, tornando-o mais espaçado. Dessa maneira, dificultam uma gravidez, mas não a impedem.

No comprometimento do aparelho reprodutor masculino, destacaram-se a varicocele e o trauma testicular. A varicocele é considerada a causa primária tratável mais comum de infertilidade masculina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA; COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA, 2008), sendo, pois, relativamente comum e há ainda a possibilidade de correção, garantida na média complexidade (BRASIL, 2005c). As

lesões testiculares mínimas, sem repercussões para o testículo e para sua função, são frequentes e resolvem-se espontaneamente na maioria dos casos. Porém, os traumatismos maiores comprometem o parênquima testicular e podem ocasionar um comprometimento do cordão espermático. Se a lesão for bilateral, o homem torna-se infértil. No caso do grupo pesquisado, todos os traumatismos relatados foram de pouca repercussão clínica e provavelmente não ocasionaram a diminuição da fertilidade masculina (FARIA *et al.*, 2005).

No que concerne aos fatores de risco ambientais, o estresse foi o mais presente, em ambos os sexos, evento que tem sido apontado, há décadas, como desencadeante de alterações na função reprodutiva, uma vez que a função ovariana pode ser perturbada por situações de estresse, levando à interrupção menstrual temporária. O estresse ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e priva o folículo ovariano de suporte de gonadotrofinas, o que leva à anovulação (MOREIRA *et al.*, 2005). O estresse, na população masculina, assim como na feminina, pode refletir-se biologicamente e ocasionar a disfunção erétil, podendo levar a um comprometimento reprodutivo (BATISTA, 2003). As mulheres pesquisadas tinham conhecimento de que alguns fatores poderiam vir a prejudicá-las na obtenção de uma gravidez, o que ficou exposto no depoimento abaixo:

“A gente passou por uma situação muito difícil na nossa vida. Ficamos bem apertados financeiramente. Agora que as coisas estão melhorando. Passávamos bem uma semana sem ter relação. No nosso caso, tem certeza de que o problema é estresse” (M3, 34 anos, tentando engravidar há dois anos).

Acrescenta-se, ainda, o estresse ocasionado pela dificuldade de engravidar. A chance de uma mulher infértil apresentar estresse é 2,9 vezes maior do que uma mulher fértil e os principais fatores associados a esse sentimento são a ausência de filhos e desconhecimento da causa da infertilidade (MOREIRA *et al.*, 2006).

A exposição a agentes químicos e físicos também esteve presente no grupo pesquisado, porém ressalta-se que foi maior no grupo masculino, constituindo 11 (17,2%) dos parceiros, o que era esperado, visto que esse tipo de exposição é, na maioria das situações, relacionado ao trabalho e, neste estudo, 27 (42,2%) das mulheres encontravam-se desempregadas. Outra condição que também parece justificar é que as exposições aos referidos produtos são mais comuns a atividades laborais realizadas por homens.

O sedentarismo, dentre os fatores de risco comportamentais, foi o mais prevalente em ambos os sexos e esse fator guarda relações diretas com todos os outros fatores. Quando não há a prática de exercícios físicos regularmente, o sedentarismo, unido a outros fatores, pode acarretar uma piora no quadro das doenças instaladas anteriormente (fatores biológicos); o estresse (fator ambiental) relacionado aos problemas de vida diários poderia ser minimizado com a prática de exercícios físicos; e o IMC alterado (fator comportamental), elevado no grupo pesquisado (47; 83,9%), guarda relações estreitas com o sedentarismo. Ou seja, o sedentarismo acarreta uma gama de alterações biopsicossociais, devendo, pois, ser desestimulado no grupo pesquisado.

O uso de drogas lícitas englobou o tabagismo e o alcoolismo e também esteve presente no grupo em questão.

No que diz respeito ao tabagismo, 5 (7,8%) das mulheres fumavam, porém foi possível aplicar o *Fagerstrom Test For Nicotine Dependence* com apenas três delas, uma vez que, no momento da entrevista, não dispunha-se do referido apêndice. Dessas, o grau de dependência de nicotina foi considerado muito baixo (0 a 2 pontos). A quantidade de parceiros que fumava foi superior ao de mulheres, obtendo um achado de 13 (20, 3%) dos homens, porém o *Fagerstrom Test For Nicotine Dependence* foi aplicado com nove, uma vez que, no momento da entrevista, não dispunha-se do referido apêndice.. Desses, o grau de dependência encontrado foi muito baixo em cinco (0 a 2 pontos), baixo em três (3 a 4 pontos) e moderado (5 pontos) em um dos parceiros.

Aspecto positivo no grupo pesquisado foi que a totalidade das mulheres descartou o alcoolismo como fator de risco para infertilidade, uma vez que não ingeriam bebidas alcoólicas. Por outro lado, 16 (25%) dos parceiros ingeriam bebidas alcoólicas e, desses, apenas um o fazia em quantidade não prejudicial à fertilidade, ou seja, os 15 demais ingeriam quantidade superior a 3 – 4 unidades de álcool por semana.

Em relação às drogas ilícitas, apenas uma (1,6%) participante referiu consumo de maconha, entretanto seu consumo não foi classificado como leve, moderado ou pesado, uma vez que a participante não sabia dizer a quantidade de droga que utilizava. Dos parceiros, 7 (10,9%) eram usuários de drogas ilícitas, tendo a maconha e a cocaína com igual frequência de uso, ou seja, eram utilizadas por 3 (4,7%) dos homens, cada; ademais, um parceiro referiu fazer uso de crack. Quando foram avaliados no quesito consumo, todos os usuários de maconha e dois usuários de crack foram categorizados no consumo moderado; um usuário de cocaína foi tido como consumo leve. O usuário de crack não teve o seu consumo avaliado, visto que o mesmo não estava presente na entrevista e a participante (sua companheira) não

sabia dizer a quantidade de droga por ele utilizada. O consumo de drogas ilícitas era visto como algo natural e não prejudicial à saúde, por parte dos usuários, uma vez que em sua percepção trazia benefícios outros:

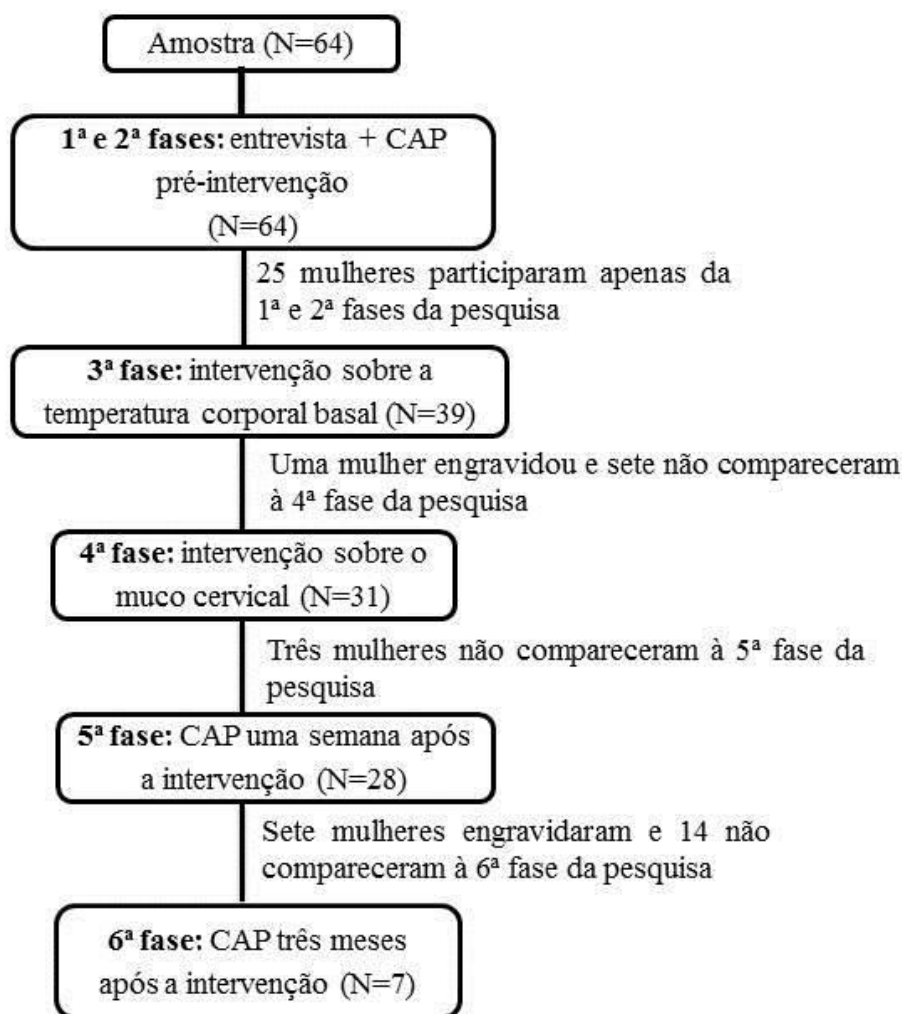
“Eu não me estresso com nada. Fumo minha maconha diariamente justamente para não me estressar. O fato de a gente não engravidar pode ser por causa que eu fumo maconha?” (Esposo de M23, 23 anos, tentando engravidar há seis meses).

Valor próximo à totalidade dos fatores de risco aqui apresentada era passível de mudança de comportamento, uma vez que esta poderia ser instituída e, conseqüentemente, o fator deixaria de existir ou seria amenizado. O profissional de saúde da atenção básica, em particular o enfermeiro, deve reunir todos os fatores de risco, principalmente os que são modificáveis e explicar um a um ao casal que deseja gestar, visando a uma postura comportamental diferente. Dentre os fatores de risco não modificáveis completamente por tratar-se de alguma doença crônica, os mesmos podem, no mínimo, ser acompanhados com o intuito de reduzi-los e/ou controlá-los. Para tanto, o casal precisa ser informado, uma vez que pode não haver conhecimento do prejuízo que determinados comportamentos têm sobre a fertilidade.

5.7 Efeitos da intervenção de enfermagem sobre o conhecimento, atitude e prática do grupo pesquisado com relação aos métodos TCB e muco cervical

Na primeira e na segunda fase da pesquisa, toda a população do estudo compôs a amostra, entretanto, nas fases subseqüentes houve o decréscimo no número de participantes, por ocorrência de gravidez ou outros motivos que levaram à descontinuidade. Abaixo, a Figura 3 ilustra a distribuição das mulheres ao longo das fases da pesquisa.

Figura 3 - Fluxograma da distribuição das participantes do estudo em cada fase da pesquisa.



O inquérito CAP foi utilizado com o intuito de verificar o conhecimento (saber), atitude (querer) e a prática (fazer) das participantes da pesquisa em relação ao método TCB e muco cervical, tendo sido aplicado antes e após (uma semana após e três meses após) a intervenção de enfermagem.

Para avaliar o conhecimento, a atitude e a prática das participantes tomou-se por base quatro itens. Na análise do conhecimento, os itens utilizados foram: refere ter ouvido falar sobre o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical; conhece pelo menos dois benefícios da temperatura corporal basal e do muco cervical; sabe que os métodos podem ser utilizados tanto para concepção quanto para anticoncepção e conhece pelo menos duas características necessárias ao uso correto da temperatura corporal basal e do muco cervical para conceber.

Na avaliação da atitude, fez-se uso dos seguintes itens: apresenta interesse em utilizar o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal; verbaliza acreditar que o método muco cervical e/ou a temperatura corporal basal podem fazê-la alcançar uma gravidez; sente-se segura para utilizar o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical e afirma que irá utilizar o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical.

No que diz respeito à prática, tomou-se por base os itens a seguir, para analisá-la: refere uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal com o objetivo de concepção; apresenta registro de uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal; verbaliza facilidade para usar o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal e demonstra satisfação no uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal.

O inquérito CAP foi a ferramenta escolhida para avaliação, uma vez que reflete o saber, pensar e praticar de pessoas sobre determinada situação ou evento. Pode identificar o conhecimento, lacunas, crenças culturais, ou padrões de comportamento que facilitam ou dificultam a compreensão e ação de indivíduos acerca de sua saúde. Esse inquérito aponta a informação que é conhecida por leigos, bem como as atitudes e práticas que são comumente realizadas. Dentre as finalidades descritas para o CAP, estão: definir prioridades para programas de saúde pública, estimar recursos necessários para efetivação de ações sanitárias, selecionar meios efetivos de comunicação e medir resultados de intervenções (WHO, 2008).

A tabela 8 refere-se aos três inquéritos CAP aplicados na pesquisa.

Tabela 8 - Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade segundo os eixos conhecimento, atitude e prática sobre os métodos TCB e muco cervical, antes da intervenção, uma semana após a intervenção e três meses após a intervenção. SER III e IV, mai – nov. 2012.

Variáveis	Antes da intervenção (n= 64)		Uma semana após a intervenção (n= 28)		Depois da intervenção (3 meses) (n= 7)	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Conhecimento						
1. Refere já ter ouvido falar sobre o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical;	36	56,3	28	100	7	100
2. Conhece pelo menos dois benefícios da temperatura corporal basal e do muco cervical;	2	3,1	20	71,4	7	100
3. Sabia que os métodos podem ser utilizados tanto para concepção quanto para anticoncepção;	15	23,4	25	89,3	7	100
4. Conhece pelo menos duas características necessárias ao uso correto da temperatura corporal basal e do muco cervical para conceber.	7	10,9	28	100	7	100
Atitude						
1. Apresenta interesse em utilizar o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal;	64	100	28	100	7	100
2. Verbaliza acreditar que o método muco cervical e/ou a temperatura corporal basal podem fazê-la alcançar uma gravidez;	61	95,3	28	100	7	100
3. Sente-se segura para utilizar o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical;	16	25	28	100	7	100
4. Afirma que irá utilizar o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical.	63	98,4	28	100	7	100
Prática						
1. Refere uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal com o objetivo de concepção;	17	26,6	27	96,4	7	100
2. Apresenta registro de uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal;	2	3,1	26	92,9	7	100
3. Verbaliza facilidade para usar o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal;	14	21,9	28	100	7	100
4. Demonstra satisfação no uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal.	15	23,4	27	96,4	7	100

Avaliando a dimensão conhecimento, no inquérito pré-intervenção, 36 (56,3%) das participantes referiram ter ouvido falar sobre a TCB e o muco cervical anteriormente, tendo sido o item mais citado, conforme está exposto na Tabela 8. Ainda que pouco mais da metade das mulheres referisse ter ouvido sobre os métodos anteriormente, esperava-se um resultado superior, visto que se tratou de um grupo constituído por mulheres desejosas de

conceber e esperava-se, no mínimo, o conhecimento de que os métodos existem, mesmo que os detalhes fossem desconhecidos. No entanto, tal achado pode ser justificado pela baixa divulgação desses métodos por parte dos profissionais de saúde (USAID; JHU; OMS, 2007) o que ficou evidenciado no relato da participante:

“Eu já li sobre o assunto [referindo-se ao método temperatura corporal basal e muco cervical], mas ninguém nunca me falou nada. Por querer engravidar, eu fui atrás de ler na internet”. (M44, 19 anos, tentando engravidar há um ano e seis meses).

Ressalta-se que todas as mulheres que responderam ao CAP uma semana e três meses após a intervenção contemplaram esse item do eixo conhecimento.

Observa-se que apenas 2 (3,1%) das participantes relataram, antes da intervenção, conhecer dois benefícios da TCB e do muco cervical, e 15 (23,4%) sabiam que os métodos podem ser utilizados para ajudar a conceber e não conceber, o que pode justificar a baixa utilização desses métodos previamente à intervenção. Uma vez não conhecendo seus benefícios na vida financeira e amorosa do casal, bem como a importância da sua utilização quando há o desejo de engravidar, seria esperado que não houvesse interesse em fazer uso dos mesmos. É importante observar que uma semana após a intervenção, houve um aumento percentual de 68,3% e de 65,9% no conhecimento dos itens 2 e 3, respectivamente, comparando-os com o CAP antes da intervenção. Ademais, mesmo após três meses, da totalidade das mulheres que permaneceram na pesquisa, (7, 100%) respondeu corretamente a esse item.

Faz-se importante observar que 7 (10,9%) desconheciam as características necessárias ao uso da TCB e do muco cervical, quando o objetivo é conceutivo, o que pode ser justificado também pela baixa divulgação desses métodos à clientela. Em ambos os inquéritos posteriores, ou seja, no de uma semana e no de três meses após a intervenção, a totalidade das mulheres era detentora desse conhecimento, constituindo um conhecimento adquirido com a intervenção de enfermagem.

Ao observar que houve uma melhoria em todos os itens estabelecidos para avaliar o conhecimento das participantes, enfatiza-se que, no dia da intervenção, a autora explicou sucintamente as características necessárias ao uso de ambos os métodos para conceber, bem como fez a demonstração do uso do termômetro e exemplificou os tipos de muco existente por meio de figuras coloridas. Ou seja, o profissional deve disponibilizar-se a essa clientela, uma vez que ensinar sobre a TCB e o muco cervical é uma atividade que demanda tempo e

disposição, por parte do profissional e da mulher, mas que traz resultados eficazes, conforme evidenciado nesse estudo.

Diferentemente dos itens da dimensão conhecimento, os itens da dimensão atitude foram bastante citados, até mesmo no inquérito pré-intervenção. Em todos os itens dos dois últimos inquéritos (após uma semana e após três meses), houve uma ascensão na pontuação do eixo atitude. Ou seja, todas as participantes que responderam aos últimos dois inquéritos apresentaram pontuação máxima no eixo da atitude.

Todas as participantes (100%) apresentaram interesse em utilizar os métodos TCB e muco cervical, realidade que se estendeu à totalidade das mulheres que respondeu ao inquérito uma semana após a intervenção e três meses após a intervenção. Tal achado foi compatível com a grande quantidade de mulheres (61, 95,3%) que citou o item 2 do eixo atitude, ou seja, que acreditava que os métodos podiam fazê-la conceber. Uma vez acreditando que os métodos podem responder por uma possível gravidez, urge o interesse de fazer uso dos mesmos e, conseqüentemente, afirma-se que vai utilizá-los, como foi dito por 63 (98,4%) das participantes, no item 4. O relato de uma participante reflete a sua crença nos métodos:

“Eu acredito que se eu continuar usando esses métodos [referindo-se ao método temperatura corporal basal e muco cervical], eu vou engravidar sim” (M19, 29 anos, tentando engravidar há dois anos).

Ainda nesse contexto, o casal que deseja engravidar está disposto a tentar qualquer nova alternativa que o possibilite alcançar uma gestação. Deparar-se com a impossibilidade de ter filhos, quando se deseja tê-los, produz uma ampla gama de sentimentos, como medo, ansiedade, tristeza, frustração e vergonha, desencadeando, às vezes, quadros importantes de estresse. A situação de infertilidade é capaz de provocar efeitos que são 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; MULLER, 2006). A vergonha foi um sentimento presente nas mulheres pesquisadas:

“Eu tenho vergonha que as pessoas saibam que eu não posso engravidar” (M44, 19 anos, tentando engravidar há um ano e seis meses).

A falta de segurança para utilizar o método TCB e muco cervical foi relatada por 48 (75%) das participantes. Uma vez não conhecendo os pormenores da utilização dos métodos, refletido no eixo conhecimento, esperava-se que a segurança na utilização dos métodos fosse baixa. Billings e Westmore (2011) afirmam que, para garantir a segurança e a confiança no uso do muco cervical, bastam poucos ciclos de utilização.

Dentre as 64 participantes, 47 (73,4%) nunca haviam utilizado a TCB e/ou o muco cervical com o objetivo contraceptivo, o que nos leva a pensar qual tipo de assistência vem sendo prestada a essa clientela, uma vez que a orientação sobre o reconhecimento do período fértil deve ser feito na atenção básica (BRASIL, 2005c). Somado a isso, relembramos que o grupo pesquisado foi composto por mulheres que desejavam conceber há, no mínimo, seis meses, ou seja, por mulheres que apresentavam queixas reais na área da concepção, uma vez que buscaram auxílio junto à autora, e que, por isso, deveriam ter recebido anteriormente alguma informação nessa perspectiva.

Nesse contexto, pesquisa descritiva realizada com 71 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando avaliar o conhecimento desses profissionais sobre os métodos anticoncepcionais, encontrou que 25 (35,2%) dos enfermeiros desconheciam aspectos básicos sobre o uso da TCB, como que valor da temperatura pode ser alterado em caso de haver relações sexuais durante a madrugada e alimentação próxima ao horário de dormir. Ademais, 37 (52,1%) dos enfermeiros erraram ao afirmar que o muco cervical está diminuído no período fértil (MOURA *et al.*, 2010). Pesquisas realizadas nesse âmbito evidenciam a falta de preparo dos profissionais para atender a demanda com necessidade do campo da concepção. Ainda nessa perspectiva, o depoimento de uma participante constituiu mais uma evidência de que há necessidade de melhorias nessa área do cuidado:

“A médica me ensinou a usar a temperatura. Disse que eu devia ver [referindo-se à temperatura] na axila, à noite, antes de dormir”. (M40, 28 anos, tentando engravidar há seis anos).

Sabe-se que a TCB deve ser verificada pela manhã, ao acordar, antes de se levantar e não no período noturno, como foi ensinado à participante M40. Ressalta-se a incoerência de fazer uso, à noite, de um método que provavelmente apresentar-se-á alterado, uma vez que as atividades realizadas ao longo do dia modificam o valor da temperatura. Salienta-se também que a TCB permite a verificação em três vias distintas, sendo a oral, retal e vaginal, portanto, a via axilar é descartada para este fim (USAID; JHU; OMS, 2007).

Dentre as que referiram uso prévio dos métodos, quinze (88,2%) relataram não ter feito anotações sobre os sinais e/ou sintomas percebidos por meio de sua utilização. Os registros são de grande valia, permitindo um acompanhamento diário da mudança no padrão da TCB e do muco cervical e, para o casal que deseja engravidar é crucial para a percepção do período fértil.

Ainda no contexto das mulheres que haviam utilizado os métodos previamente, 14 (21,9%) relataram facilidade e 15 (23,4%) referiram satisfação na sua utilização. Em ambos os inquéritos aplicados após a intervenção, todas as participantes referiram facilidade na utilização da TCB e do muco cervical.

O acompanhamento realizado durante três meses, com encontros programados, totalizando em sete encontros, permitiu que a maioria das participantes fizesse uso dos métodos de forma segura, correta e consistente.

No inquérito aplicado uma semana após a intervenção, apenas 1 (3,6%) não estava utilizando os métodos e apenas 1 (3,6%) não relatou satisfação em utilizá-los, bem como duas (7,2%) não apresentaram registros do uso dos métodos para a autora. No entanto, no inquérito aplicado três meses após a intervenção, todas as participantes responderam afirmativamente a esses três itens (itens 1, 2 e 4).

Tabela 9 - Distribuição do número de mulheres com queixa de infertilidade segundo conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre os métodos TCB e muco cervical, antes da intervenção, uma semana após a intervenção e três meses após a intervenção. SER III e IV, mai – nov. 2012.

Variáveis	Antes da intervenção (n= 64)		Uma semana após a intervenção (n= 28)		Depois da intervenção (3 meses) (n= 7)	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Conhecimento						
Nenhum	28	43,8	---	---	---	---
Limitado	20	31,2	---	---	---	---
Moderado	10	15,6	1	3,6	---	---
Substancial	6	9,4	9	32,1	---	---
Extenso	---	---	18	64,3	7	100
Atitude						
Inadequada	---	---	---	---	---	---
Ligeiramente adequada	---	---	---	---	---	---
Moderadamente adequada	4	6,3	---	---	---	---
Substancialmente adequada	44	68,7	---	---	---	---
Completamente adequada	16	25	28	100	7	100
Prática						
Inadequada/ Inexistente	47	73,4	---	---	---	---
Ligeiramente adequada	1	1,6	---	---	---	---
Moderadamente adequada	2	3,1	1	3,6	---	---
Substancialmente adequada	13	20,3	2	7,1	---	---
Completamente adequada	1	1,6	25	89,3	7	100

Após responderem aos inquéritos CAP, a autora classificou o Conhecimento, a Atitude e a Prática, conforme os cinco itens *liket* estabelecidos previamente e que estão apresentados na Tabela 9.

No inquérito aplicado antes da intervenção, nenhuma participante apresentou conhecimento extenso sobre o método TCB e muco cervical e apenas seis (9,4%) das mulheres apresentaram conhecimento substancial, tendo sido o maior grau de conhecimento alcançado no grupo, nesse momento. Vale ressaltar, ainda, que antes da intervenção, 28 (43,8%) das participantes não tinham nenhum conhecimento sobre os métodos, no entanto, uma semana após a intervenção e três meses após a intervenção, a ausência de conhecimento não foi demonstrada por nenhuma.

Acrescenta-se ainda que, uma semana após a intervenção, apresentar conhecimento extenso foi a realidade de 18 (64,3%) das mulheres e, ao final de três meses, todas apresentaram também conhecimento extenso.

Na dimensão subsequente, ou seja, na avaliação da atitude, 44 (68,7%) das participantes apresentaram atitude substancialmente adequada, antes da intervenção. Após a

intervenção de enfermagem (após uma semana e após três meses), houve uma mudança na atitude das mulheres, tendo a atitude completamente adequada como a única modalidade de atitude do grupo.

A terceira dimensão avaliada foi a prática e encontrou-se que, antes da intervenção, 47 (73,4%) das mulheres apresentaram uma prática inadequada ou inexistente e apenas uma (1,6%) participante apresentou prática completamente adequada. No entanto, esse perfil foi modificado após a aplicação da intervenção de enfermagem, obtendo uma prática completamente adequada por 25 (89,3%) das mulheres, uma semana após a intervenção, por sete (100%) das mulheres, três meses após a intervenção.

Pesquisas fazendo uso do inquérito CAP como forma de avaliação da intervenção desenvolvida têm sido uma realidade crescente na comunidade científica. Estudo realizado com o objetivo de avaliar o CAP de mulheres com relação ao preservativo feminino, antes e depois de uma intervenção educativa, mostrou uma melhoria nos seus escores, após a intervenção (FERNANDES *et al.*, 2012).

A promoção da saúde defende o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio da divulgação da informação e da educação para a saúde possibilitando, dessa forma, um melhor controle e enfrentamento das situações impostas à população (BRASIL, 2002c). Bastable (2010), afirma que o enfermeiro é a fonte mais acessível de informação e é o profissional que tem contato contínuo com os pacientes, estando, pois, em posição ideal para ministrar a educação em saúde.

Nessa perspectiva, ressalta-se que quando foi proposta a realização desse estudo, foi por haver credibilidade nas estratégias de educação em saúde no que diz respeito a gerar conhecimento, atitude e prática voltada ao uso dos métodos temperatura corpora basal e muco cervical. De modo geral, é perceptível a melhoria na pontuação do inquérito CAP, uma vez que os indicadores de impacto previstos na intervenção foram atendidos pelas participantes.

Aspecto que também merece ser observado é a ocorrência de gestação em oito mulheres, em um período de apenas três meses. Esse fato representou o ápice do alcance dos objetivos, refletindo a importância de ensinar os métodos a essa população. A descontinuidade de participantes ao longo do estudo foi considerada elevada, o que nos faz inferir que provavelmente a quantidade de gravidezes tivesse sido superior, em caso de mais participantes terem permanecido durante os três meses propostos.

6 CONCLUSÃO

A maioria das mulheres pesquisadas (52; 81,3%) tentava engravidar há um ano ou mais; 63 (98,4%) haviam feito uso de métodos anticoncepcionais prévio à decisão pela concepção, com interrupção do uso há um ano ou mais (81%), o que não teria qualquer influência para a condição de infertilidade presente.

Algumas mulheres haviam realizado exames previamente, sendo a ultrassonografia transvaginal citada por 46 (71,9%) mulheres, o que pode estar relacionado ao exame mais acessível. Tratamentos prévios foram citados por 10 (15,6%) mulheres, tendo a indução de ovulação sido realizada por 9 (14,1%) destas.

Quanto aos fatores determinantes de fertilidade, 36 (56,3%) participantes referiram ciclo menstrual regular; 28 (43,7%) percebiam sinais do muco cervical; 25 (39,1%) tinham história de gestação prévia, em que 16 (25%) referiram ter sido com o parceiro atual.

As práticas desfavoráveis à concepção apresentadas pelo grupo pesquisado foram relativamente baixas, recaindo sobre 7 (11%) o uso de lubrificantes, o correspondente a maior prevalência. Apresentou-se, ainda, como barreiras à concepção o uso de duchas vaginais e frequência semanal de relações sexuais, inferior a duas. Essas práticas relatadas são modificáveis, cabendo, pois, aos profissionais de saúde da atenção básica e, em particular, o enfermeiro intervir nesse sentido, a promover melhores condições de concepção à clientela pertinente.

Os fatores de risco para a infertilidade dos homens e das mulheres apresentados foram organizados em biológicos, ambientais e comportamentais. Dentre os biológicos, os ovários micropolicísticos (16; 25%) e o comprometimento do aparelho reprodutor masculino (15; 23,4%) foram os mais prevalentes. No que diz respeito aos ambientais, o estresse foi reconhecido por cerca de metade dos homens (31; 48,4%) e das mulheres (37; 57,8%). O sedentarismo, como fator comportamental, foi mais elevado nas mulheres em questão (56; 87,5%) e nos seus parceiros (42; 65,6%), estando, no caso das mulheres, diretamente relacionado do índice de massa corporal alterado, evidenciado em parcela significativa das participantes (47; 83,9%).

No inquérito CAP aplicado antes da intervenção, do qual participaram 64 mulheres, quase a metade não apresentou nenhum conhecimento (28; 43,8%) sobre o método temperatura corporal basal e muco cervical; a atitude que prevaleceu foi a substancialmente

adequada (44; 68,7%) e a prática mais apresentada foi a inadequada/ inexistente (47; 73,4%). No entanto, no inquérito CAP aplicado uma semana após a intervenção de enfermagem, tendo participado 28 mulheres, 18 (64,3%) apresentou conhecimento extenso; a totalidade das mulheres apresentou atitude completamente adequada (28; 100%) e prática completamente adequada foi demonstrada por parcela significativa (25; 89,3%). No último inquérito CAP aplicado, ou seja, após três meses da intervenção, todas as participantes (7; 100%) que o responderam apresentaram conhecimento extenso, bem como atitude e prática completamente adequada.

Reconhece-se como limitação desse estudo a descontinuidade elevada por parte das participantes, uma vez que, ao final do estudo, havia apenas sete (10,9%) mulheres. Entretanto, ressalta-se que oito (12,5%) mulheres conceberam, ratificando-se a pertinência de profissionais da atenção básica, em particular, o enfermeiro, utilizar da aplicação dessa intervenção que envolve a prática final dos métodos temperatura corporal basal e muco cervical por parte das mulheres, como medidas conducentes a concepção.

Sugere-se que pesquisas futuras possam acompanhar mulheres com queixa de infertilidade por um tempo superior a três meses com o intuito de orientar sobre a utilização da temperatura corporal basal e do muco cervical por um período de tempo maior, fazendo associação entre o tempo de acompanhamento e a ocorrência de gravidez, bem como abordando aspectos particulares desse público que não tenham sido pesquisados nesse estudo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS - (USAID); JOHNS HOPKINS UNIVERSITY; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde.** Baltimore, 2007.

BARRET, J. C.; MARSHALL, J. The risk of conception on different days of the menstrual cycle. **Popul. Stud.**, v. 23, n. 3, p.455-461, nov. 1969.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre, Artmed, 2010.

BATISTA, L. E. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. **O clássico e o novo: tendências, objetivos e abordagens em ciências sociais e de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 209-222.

BENER, A.; AL-ANSARI, A.A.; ZIRIE, M.; AL-HAMAQ, A. O. Is male fertility associated with type 2 diabetes mellitus? **Int. Urol. Nephrol.**, v. 41, n. 4, p. 777-784, 2009.

BIGELOW, J. L.; DUNSON, D. B.; STANFORD J. B.; ECOCHARD, R.; GNOTH, C.; COLOMBO, B. Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse. **Hum. Reprod.**, v. 19, n. 4, p.889-892, 2004.

BILLINGS, E.; WESTMORE, A. **O Método Billings: controle da fertilidade sem drogas e sem dispositivos artificiais.** 14. ed. São Paulo: Paulus, 2011.

BOUVET, B. R.; PAPARELLA, C. V.; FELDMAN, R. N. Efecto del tabaquismo sobre la espermatogenesis em hombres con infertilidad idiopática. **Arch. Esp. Urol.**, v. 60, n.3, p. 273-277, 2007.

BRASIL. Constituição Federal. **Parágrafo 7º, inciso XIII da Constituição Federal de 1988.** Trata dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP.** Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl. p. 15-25, 1996.

_____.Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil. Legislação Federal Compilada – 1973 a 2006.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher .** Relatório Final. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº. 426/GM, de 22 de março de 2005b.** Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 20 jan 2012.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº. 388, de 06 de julho de 2005c.** Determina a providências para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-em-reproducao-humana-assistida-1/Portaria_388.pdf>. Acesso em: 20 jan 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006b.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 jan 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar:** manual técnico. 4. ed. Brasília, 2002a. 152p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e reprodutivos:** uma prioridade do governo. Brasília, 2005a.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde:** Direito de Todos 2008-2011. Brasília, DF, 2010a.

CARDOSO, C. B. M. A.; BORDALLO, M. A. N. Distúrbios menstruais na adolescência. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 1, nº. 4, p.23-25, 2004.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 1, p.75-84, 2006.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, 1978.

DUNSON, D. B.; BAIRD, D.D.; WILCOX, A. J.; WEINBERG, C. R. Day-specific probabilities of clinical pregnancy based on two studies with imperfect measures of ovulation. **Hum. Reprod.**, v. 14, n. 7, p.1835-1839, 1999.

EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY-ESHRE. Fertility and ageing. **Hum. Reprod. Update**, v. 11, n. 3, p. 261-276, 2005.

FARIA, H; VIEIRA, M. I.; PEREIRA, M.; SALVATO, R.; BREHM, R.; GESSER, R. **Traumatismo genital masculino**. Seminário apresentado à disciplina de Urologia, do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

FARINATI, D. M.; RIGONI, M. S.; MULLER, M. C. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. **Est. Psicol.**, v. 23, n4, p. 433-439, 2006.

FRAZIER, L. M. Workplace Reproductive Problems. **Prim. Care**, v. 27, n. 4, p.1039-1056, 2000.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA-FEBRASGO. **Ginecologia endócrina**: manual de orientação. São Paulo, 2003.

FERNANDES, R. L. V.; MOURA, E. R. F.; FEITOZA, A. R.; EVANGELISTA, D. R.; ORIA, M. O. B. Conhecimento, atitude e prática relacionados ao preservativo feminino. **Rev. RENE**, v. 13, n. 4, p. 755-765, 2012.

GAYA, I. C. M.; ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, A. S. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerstrom para dependência de nicotina. **J. Bras. Pneumol.**, v. 35, n. 1, p. 73- 82, 2009.

GNOTH, C.; GODEHARDT, D.; GODEHARDT, E.; FRANK-HERRMANN, P.; FREUNDL, G. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. **Hum. Reprod.**, v. 18, n. 9, p.1959-1966, 2003.

GONÇALVES, J. Avaliação do casal infértil. **Rev. Port. Clín. Geral**, v. 21, n. 5, p. 493-503, 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HAMMOUD, A. O.; WILDE, N.; GIBSON, M.; PARKS, A.; CARRELL, D.T.; MEIKLE, A.W. Male obesity and alteration in sperm parameters. **Fertil. Steril.**, v. 90, n. 6, p. 2222-2225, fev. 2008.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T B.

Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociais municipais:** uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS - (UNAIDS); UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAMME – (UNODCCP). **Drug use and HIV vulnerability policy research study in Asia:** task force on drug use and HIV vulnerability. Bangkok, 2000.

Disponível em: <<http://www.hivpolicy.org/Library/HPP000195.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

KELLY-WEEDER, S.; O’CONNOR, A. Modifiable risk factors for impaired fertility in women: What nurse practitioners need to know. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v. 18, n.6, p. 268-276, jun. 2006.

KING, L.; QUINN, G. P.; VADAPARAMPIL, S. T.; GWEDE, C. K.; MIREE, C. A.; WILSON, C.; CLAYTON, H.; PERRIN, K. Oncology nurse’s perceptions of barriers to discussion of fertility preservation with patients with cancer. **Clin. J. Oncol. Nurs.**, v. 12, n. 3, P. 467-476, 2008.

KORT, H. I.; MASSEY, J. B.; ELSNER, C. W.; MITCHELL-LEEF, D.; SHAPIRO, D. B.; WITT, M. A.; ROUDEBUSH, W. E. Impact of body mass index on sperm quantity and quality. **J. Androl.**, v. 27, n. 3, p. 450-452, jun. 2006.

KYROU, I.; TSIGOS, C. Chronic stress, visceral obesity and gonadal dysfunction. **Hormones**, v. 7, n. 4, p. 287-293, 2008.

LITTLE, P.; GRIFFIN, S.; KELLY, J.; DICKSON, N.; SADLER, C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 316, p. 1948-1955, 1998.

LIU, K.; CASE, A. Advanced reproductive age and fertility. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**, v. 33, n.11, p. 1165-1175, nov. 2011.

MAO, A. J.; ANASTASI, J. K. Diagnosis and Management of Endometrioses: The Role of the Advanced Practice Nurse in Primary Care. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v. 22, n. 2, p. 109-116, 2010.

MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGEL M. S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p.576-582, 2003.

MASTROIANNI, J. Evaluation of the infertile couple. Nurse practitioners play essential role. **Adv. Nurse Pract.**, v. 10, n. 10, p. 57-60, 2002.

MOREIRA, S. N. T.; LIMA, J. G.; SOUSA, M. B. C.; AZEVEDO, G. D. Estresse e função reprodutiva feminina. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 1, p. 119-125, 2005.

MOREIRA, S. N. P.; MELO, C. O. M.; TOMAZ, G.; AZEVEDO, G. D. Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 28, n. 6, p. 358-364, 2006.

MOURA, E. L.; FERREIRA, S. S.; COSTA, M. L. M.; SOUSA, P. A.; AMÉRICO, C. F.; PINHEIRO, A. K. B. Conhecimento de enfermeiros sobre métodos contraceptivos no contexto do Programa Saúde da Família. **Rev. Enferm. Global**, v. 20, p. 1-10, 2010.

MOURA, E.R.F. *et al.* **Avaliação da assistência prestada em planejamento familiar no contexto do Programa Saúde da Família do Ceará – Brasil.** Pesquisa para o SUS Ceará – Coletânea de artigos do PPSUS 2. Fortaleza, 2011. 204p.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Heart, Lung and Blood Institute. North American Association for the Study of Obesity. **The Practical guide:** identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. 2000. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

OGBUJI, Q. C. Obesity and reproductive performance in women. **Afr. J. Reprod. Health**, v. 14, n. 3, p. 143-152, set. 2010.

PEDROSA, J. Política prevê atenção integral. Jornal de Brasília, 30 jun. 2005. Disponível em: <<http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=65742>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 495-502, 2004.

POLI, M. E. H.; MELLO, C. R.; MACHADO, R. B.; PINHO NETO, J. S.; SPINOLA, P. G.; TOMAS, G., *et al.* Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **Femina**, v. 37, n. 9, p. 459-492, set. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. **Saúde Reprodutiva - Infertilidade.** Lisboa: Editora DGS, 2008.

ROYSTON, J. P. Basal body temperature, ovulation and the risk of conception, with special reference to the lifetimes of sperm and egg. **Biometrics**, v. 38, n. 2, p. 397-406, jun. 1982.

SAFARINEJAD, M. R. Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. **Int. J. Androl.**, v. 31, n. 3, p. 303-314, jun. 2008.

SCARPA, B.; DUNSON, D. B.; COLOMBO, B. Cervical mucus secretions on the Day of intercourse: Na accurate marker of highly fertile days. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 125, n. 1, p. 72-78, 2006.

SCARPA, B.; DUNSON, D. B.; GIACCHI, E. Bayesian selection of optimal rules for timing intercourse to conceive by using calendar and mucus. **Fertil. Steril.**, v. 88, n. 4, p. 915- 924, out. 2007.

SCHWARTZ, D.; MACDONALD, P. M. D.; HEUCHEL, V. Fecundability, coital frequency and the viability of ova. **Popul. Stud.**, v. 34, n. 2, p. 397-400, jul. 1980.

SMITH, L.; WHITFIELD, M. Women's knowledge of taking the oral contraceptive pill correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. **Br. J. Gen. Pract.**, v.45, p.409-415, 1995.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA; COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. **Projeto diretrizes: Varicocele**. São Paulo, 2008.

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO (USC). Clínica de Educação para a Saúde. **Método promove controle natural da fertilidade**. 2006. Disponível em: <<http://www.providafamilia.org.br/site/index.php>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

VIEIRA, R. P. R. **Atenção básica à infertilidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

WILCOX, A. J.; WEINBERG, C. R.; BAIRD, D. D. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. **New Engl. J. Med.**, v. 333, n. 23, p. 1517-1521, 1995.

WILKES, S.; HALL, N.; CROSLAND, A.; MURDOCH, A.; RUBIN, G. General practitioners' perceptions and attitudes to infertility management in primary care: focus group study. **J. Eval. Clin. Pract.**, v. 13, n.º. 3, p. 358-63, jun. 2007.

WILKES, S.; MURDOCH, A. Obesity and female fertility: a primary care perspective. **J. Fam. Plann. Reprod. Health Care**, v. 35, n. 3, p. 181-185, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Current practices and controversies in assisted reproduction**. Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys**. Geneva, 2008.

WULFF, M.; HOGBERG, U.; STENLUND, H. Infertility in a industrial setting – a population based study from Northern Sweden. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 76, n.7, p. 673-679, 1997.

APÊNDICE A – CARTAZ



**DIFICULDADE
PARA
ENGRAVIDAR?**

Se você:

- ✓ Tem entre 18 e 35 anos de idade;
- ✓ Possui vida sexual ativa;
- ✓ Não utiliza nenhum método anticoncepcional

E está há seis meses ou mais tentando engravidar...

Nós podemos lhe ajudar!

Entre em contato conosco:

Rebeca Vieira (Enfermeira): (85) 9969.1575;
Andressa Carioca (Acadêmica): (85) 8897.4549; Paula Medeiros (Acadêmica): 8894.1014; Raquel de Serpa (Acadêmica): (85) 8636.9846

APÊNDICE B
INFORME DE SOLICITAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE MULHERES
DESEJOSAS DE ENGRAVIDAR



Caro profissional, somos vinculadas aos cursos de graduação e pós-graduação (Mestrado) em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estamos realizando uma pesquisa de intervenção com mulheres que refiram **queixas de infertilidade**.

Esperamos contar com sua contribuição encaminhando essa mulher para receber a referida intervenção (como usar os métodos muco cervical e temperatura corporal basal para reconhecer o período fértil).

Por favor, nos encaminhe.

Nossos contatos:

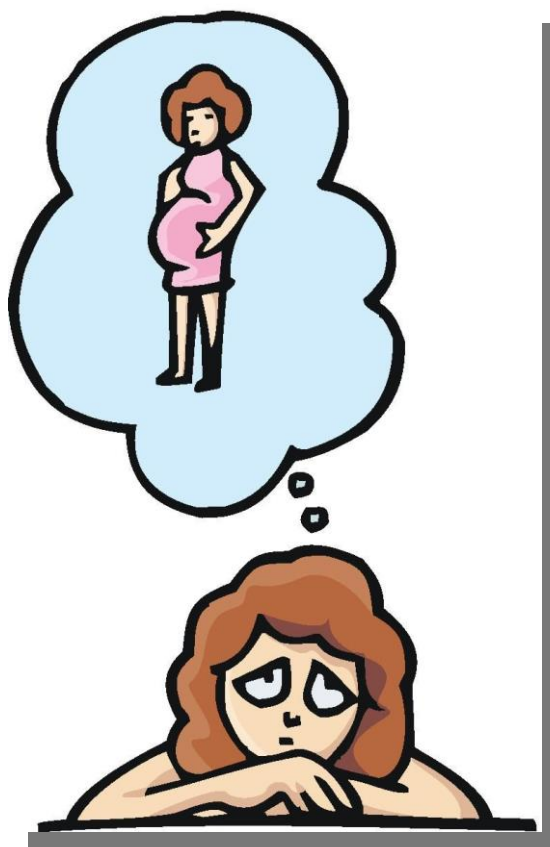
Rebeca Vieira (Enfermeira): (85) 9969.1575

Andressa Carioca (Acadêmica Enf.): (85) 8897.4549

Paula Medeiros (Acadêmica Enf.): (85) 8894.1014

Raquel de Serpa (Acadêmica Enf.): (85) 8636.9846

APÊNDICE C
CARTÃO DE DIVULGAÇÃO



**Dificuldade
para Engravidar?**

Se você:

- ✓ Tem entre 18 e 35 anos de idade;
- ✓ Possui vida sexual ativa;
- ✓ Não utiliza nenhum método anticoncepcional;

E está há seis meses ou mais tentando engravidar...

Nós podemos lhe ajudar!

Entre em contato conosco:

Rebeca Vieira - Enfermeira: (85)
9969.1575

Andressa Carioca - Acadêmica: (85)
8897.4549

Paula Medeiros – Acadêmica: (85)
8894.1014

Raquel de Serpa – Acadêmica: (85)
8636.9846

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Dados demográficos e socioeconômicos

Nome: _____
Endereço: _____
Telefones para contato: _____
Regional: _____ Centro de Saúde da Família: _____
1. Idade (em anos completos): _____
2. Condição de união: 1 () Parceiro fixo 2 () Parceiro eventual 3 () Ambos
3. Escolaridade: 1 () Sem escolaridade 2 () Ensino fundamental incompleto
3 () Ensino fundamental completo 4 () Ensino médio incompleto 5 () Ensino médio completo 6 () Ensino superior incompleto 7 () Ensino superior completo
4. Carga horária semanal da ocupação (em horas): 1 () ≤ 44 horas 2 () > 44 horas
5. Renda *per capita*: _____

Especificidades da condição de queixa de infertilidade

6. Tempo de tentativa de concepção: 1 () 6m – 11m 2 () 12m – 23m 3 () ≥ 24 m
(Se tempo de tentativa de concepção inferior a seis meses, não poderá fazer parte do estudo)
7. Último método anticoncepcional utilizado até a decisão pela concepção?
1 () Preservativo masculino 2 () Anticoncepcional Oral Combinado 3 () Anticoncepcional Injetável Combinado 4 () Tabela 5 () Coito Interrompido
6 () Anticoncepcional Oral de Emergência 7 () Não se aplica
8. Período atual sem uso de método anticoncepcional? 1 () 6m – 11m 2 () 12m – 23m
3 () ≥ 24 m

Exames e tratamentos realizados previamente

9. Fez algum exame por causa da queixa de infertilidade? 1 () Sim 2 () Não
(Se não, pular para a questão 11)
10. Se sim, qual? 1 () Ultrassonografia transvaginal 2 () Histerossalpingografia
3 () Dosagem Hormonal 4 () Histeroscopia 5 () Ultrassonografia de saco escrotal
6 () Espermograma
11. Fez algum tratamento por causa da queixa de infertilidade? 1 () Sim 2 () Não
(Se não, pular para a questão 13)
12. Se sim, qual? 1 () Indução de ovulação 2 () Inseminação Artificial

História voltada para os determinantes da infertilidade

13. Ciclo regular: 1 () Sim 2 () Não
14. Percepção de sinais e sintomas do período fértil: 1 () Muco cervical 2 () Tensão pré-menstrual 3 () Acne 4 () Dor pélvica no meio do ciclo 5 () Aumento da libido 6 () Mamas doloridas e/ou aumentadas 7 () Não percebe
15. Gestação prévia? 1 () Sim 2 () Não
(Se não, pular para a questão 21)
16. Se gestação prévia, de qual parceiro? 1 () Parceiro atual 2 () Parceiro anterior 3 () Parceiro atual e anterior
17. Aborto prévio? 1 () Sim 2 () Não
18. Se sim, qual? 1 () Espontâneo 2 () Provocado
19. Tem filhos vivos? 1 () Sim 2 () Não
20. Se sim, de qual parceiro? 1 () Parceiro atual 2 () Parceiro anterior 3 () Parceiro atual e anterior
21. Tipo de Infertilidade: 1 () Primária 2 () Secundária

Práticas desfavoráveis à concepção

22. Frequência semanal das relações sexuais (com penetração vaginal): 1 () < 2 2 () ≥ 2
23. Uso de fator que interfere na deposição do sêmen ou na migração espermática:
1 () Lubrificantes 2 () Duchas vaginais 3 () Outros: _____
4 () Nenhum

Fatores de risco para infertilidade

24. Doenças: 1 () HAS 2 () DM 3 () Cardiopatias 4 () Outras: _____
5 () Nenhuma
25. Relata ter atualmente: 1 () Presença de micro policísticos em ovários 2 () Presença de mioma uterino 3 () Presença de cisto ovariano 4 () Nenhum
26. Tabagismo: 1 () Sim 2 () Não
(Se não, pular para a questão 28)
27. Se sim, **preencher o Fagerstrom Test For Nicotine Dependence**. Pontuação: _____
1 () Muito baixo 2 () Baixo 3 () Médio 4 () Elevado 5 () Muito elevado
28. Alcoolismo: 1 () Sim 2 () Não
(Se não, pular para a questão 30)
29. Se sim, frequência/quantidade: 1 () ≤ 1-2 copos/semana 2 () > 1-2 copos/semana
30. Outras drogas: 1 () Sim 2 () Não
(Se não, pular para a questão 33)
31. Se sim, qual (is)? 1 () Maconha
32. Se sim, consumo: 1 () Leve 2 () Moderado 3 () Pesado
33. Prática de exercício físico: 1 () Sim 2 () Não
(Se não, pular para a questão 35)
34. Se sim, frequência/duração: 1 () < 3 vezes/semana 2 () ≥ 3 vezes/semana
35. Esforço físico excessivo em casa ou no trabalho: 1 () Nenhum esforço 2 () Esforço limitado 3 () Esforço moderado 4 () Esforço substancial 5 () Muito esforço.
36. Costuma passar por situações de grande estresse: 1 () Nenhum estresse 2 () Estresse limitado 3 () Estresse moderado 4 () Estresse substancial 5 () Muito estresse.
37. Exposição a agentes químicos/ físicos: 1 () Radiação 2 () Quimioterápicos 3 () Pesticida 4 () Solventes 5 () Mercúrio 6 () Outros: _____ 7 () Nenhum
38. IMC: 1 () Normal 2 () Sobrepeso 3 () Obesidade grau I 4 () Obesidade grau II 5 () Obesidade grau III

Perfil do parceiro

- Nome: _____
39. Idade (em anos completos): _____
40. Carga horária semanal da ocupação (em horas): 1 () ≤ 44 horas 2 () > 44 horas 3 () Desempregado
41. Paternidade anterior da atual companheira? 1 () Sim 2 () Não.
42. Paternidade anterior de outra parceira? 1 () Sim 2 () Não.
43. Doenças: 1 () HAS 2 () DM 3 () Cardiopatias 4 () Outras _____
5 () Nenhuma
44. Presença de cisto testicular? 1 () Sim 2 () Não.
45. Trauma testicular: 1 () Sim 2 () Não.
46. Varicocele: 1 () Sim 2 () Não.
47. Tabagismo: 1 () Sim 2 () Não.
(Se não, pular para a questão 49)
48. Se sim, **preencher o Fagerstrom Test For Nicotine Dependence**. Pontuação: _____
1 () Baixa 2 () Média 3 () Alta
49. Alcoolismo: 1 () Sim 2 () Não.
(Se não, pular para a questão 51)
50. Se sim, frequência/quantidade: 1 () ≤ 3-4 copos/semana 2 () > 3-4 copos/semana
51. Outras drogas: 1 () Sim 2 () Não.
(Se não, pular para a questão 54)

52. Se sim, qual (is)? 1 () Maconha 2 () Cocaína 3 () Crack
53. Se sim, consumo: 1 () Leve 2 () Moderado 3 () Pesado
54. Prática de exercício físico: 1 () Sim 2 () Não
(Se não, pular para a questão 56)
55. Se sim, frequência/duração: 1 () < 3 vezes/semana 2 () ≥ 3 vezes/semana
56. Esforço físico excessivo em casa ou no trabalho: 1 () Nenhum esforço 2 () Esforço limitado 3 () Esforço moderado 4 () Esforço substancial 5 () Muito esforço.
57. Costuma passar por situações de grande estresse: 1 () Nenhum estresse 2 () Estresse limitado 3 () Estresse moderado 4 () Estresse substancial 5 () Muito estresse.
58. Exposição a agentes químicos/físicos: 1 () Radiação 2 () Quimioterápicos 3 () Pesticida 4 () Solventes 5 () Mercúrio 6 () Outros: _____ 7 () Nenhum.

Acompanhamento

59. Encontros: 1 () Apenas entrevista 2 () Apenas intervenção da TCB 3 () Intervenção da TCB e muco cervical, sem CAP pós-intervenção 4 () Intervenção da TCB e muco cervical com CAP pós-intervenção 5 () CAP três meses pós-intervenção

Conhecimento, atitude e prática pré-intervenção:

60. Conhecimento (item 1): 1 () Sim 2 () Não
61. Conhecimento (item 2): 1 () Sim 2 () Não
62. Conhecimento (item 3): 1 () Sim 2 () Não
63. Conhecimento (item 4): 1 () Sim 2 () Não
64. Pontuação conhecimento: _____

65. Atitude (item 1): 1 () Sim 2 () Não
66. Atitude (item 2): 1 () Sim 2 () Não
67. Atitude (item 3): 1 () Sim 2 () Não
68. Atitude (item 4): 1 () Sim 2 () Não
69. Pontuação atitude: _____

70. Prática (item 1): 1 () Sim 2 () Não
71. Prática (item 2): 1 () Sim 2 () Não
72. Prática (item 3): 1 () Sim 2 () Não
73. Prática (item 4): 1 () Sim 2 () Não
74. Pontuação prática: _____

Conhecimento, atitude e prática uma semana após a intervenção:

75. Conhecimento (item 1): 1 () Sim 2 () Não
76. Conhecimento (item 2): 1 () Sim 2 () Não
77. Conhecimento (item 3): 1 () Sim 2 () Não
78. Conhecimento (item 4): 1 () Sim 2 () Não
79. Pontuação conhecimento: _____

80. Atitude (item 1): 1 () Sim 2 () Não
81. Atitude (item 2): 1 () Sim 2 () Não
82. Atitude (item 3): 1 () Sim 2 () Não
83. Atitude (item 4): 1 () Sim 2 () Não
84. Pontuação atitude: _____

85. Prática (item 1): 1 () Sim 2 () Não
86. Prática (item 2): 1 () Sim 2 () Não
87. Prática (item 3): 1 () Sim 2 () Não
88. Prática (item 4): 1 () Sim 2 () Não
89. Pontuação prática: _____

Conhecimento, atitude e prática três meses pós-intervenção:

90. Conhecimento (item 1): 1 () Sim 2 () Não
91. Conhecimento (item 2): 1 () Sim 2 () Não
92. Conhecimento (item 3): 1 () Sim 2 () Não
93. Conhecimento (item 4): 1 () Sim 2 () Não
94. Pontuação conhecimento: _____

95. Atitude (item 1): 1 () Sim 2 () Não

96. Atitude (item 2): 1 () Sim 2 () Não
97. Atitude (item 3): 1 () Sim 2 () Não
98. Atitude (item 4): 1 () Sim 2 () Não
99. Pontuação atitude: _____
100. Prática (item 1): 1 () Sim 2 () Não
101. Prática (item 2): 1 () Sim 2 () Não
102. Prática (item 3): 1 () Sim 2 () Não
103. Prática (item 4): 1 () Sim 2 () Não
104. Pontuação prática: _____
105. Houve gravidez? 1 () Sim 2 () Não

APÊNDICE E - CALENDÁRIO DE ENCONTROS

2012



Universidade Federal do Ceará
Casa de Parto Natural Dr^a. Lígia Barros Costa/ Centro de Desenvolvimento Familiar
Endereço: Rua Pernambuco. 1674 – Bairro Planalto Pici

Nome da paciente: _____

janeiro						
D	S	T	Q	Q	S	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

fevereiro						
D	S	T	Q	Q	S	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29		

março						
D	S	T	Q	Q	S	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

abril						
D	S	T	Q	Q	S	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

maio						
D	S	T	Q	Q	S	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

junho						
D	S	T	Q	Q	S	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

julho						
D	S	T	Q	Q	S	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

agosto						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

setembro						
D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

outubro						
D	S	T	Q	Q	S	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

novembro						
D	S	T	Q	Q	S	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

dezembro						
D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ENCONTROS PRÉ-ESTABELECIDOS	DATA	HORÁRIO
1º Encontro		
2º Encontro		
3º Encontro		
4º Encontro		
5º Encontro		
6º Encontro		

ENCONTROS EXTRAS	DATA	HORÁRIO
1º Encontro Extra		
2º Encontro Extra		
3º Encontro Extra		
4º Encontro Extra		
5º Encontro Extra		
6º Encontro Extra		

APÊNDICE F – ESCALA PARA CLASSIFICAÇÃO DO INQUÉRITO CAP

Conhecimento	Atitude	Prática
<input type="checkbox"/> Refere já ter ouvido falar sobre o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical (1 ponto); <input type="checkbox"/> Conhece pelo menos dois benefícios da temperatura corporal basal e do muco cervical (1 ponto); <input type="checkbox"/> Sabe que os métodos podem ser utilizados tanto para concepção quanto para anticoncepção (1 ponto); <input type="checkbox"/> Conhece pelo menos duas características necessárias ao uso correto da temperatura corporal basal e do muco cervical para conceber (1 ponto).	<input type="checkbox"/> Apresenta interesse em utilizar o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal (1 ponto); <input type="checkbox"/> Verbaliza acreditar que o método muco cervical e/ou a temperatura corporal basal podem fazê-la alcançar uma gravidez (1 ponto); <input type="checkbox"/> Sente-se segura para utilizar o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical (1 ponto); <input type="checkbox"/> Afirma que irá utilizar o método temperatura corporal basal e/ou muco cervical (1 ponto).	<input type="checkbox"/> Refere uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal com o objetivo de concepção (1 ponto); <input type="checkbox"/> Apresenta registro de uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal (1 ponto); <input type="checkbox"/> Verbaliza facilidade para usar o método muco cervical e/ou temperatura corporal basal (1 ponto); <input type="checkbox"/> Demonstra satisfação no uso do método muco cervical e/ou temperatura corporal basal (1 ponto).
Pontuação Alcançada - <input type="checkbox"/> Conhecimento: _____	Pontuação Alcançada - <input type="checkbox"/> Atitude: _____	Pontuação Alcançada - <input type="checkbox"/> Prática: _____

Esses métodos podem ser utilizados por quem quer e por quem não quer engravidar.

Benefícios desses métodos para a mulher e para o casal?

- Não se paga por ele.
- Não provoca efeitos ruins na saúde da mulher e/ou do casal.
- Conduz a mulher e/ou casal a entender melhor como o corpo funciona e como acontece a gravidez.
- Faz o casal ficar mais unido e conversar mais sobre gravidez.
- Pode ser usado pela maioria das mulheres e/ou dos casais.
- A responsabilidade fica dividida entre o homem e a mulher.



Conte com o acompanhamento do **enfermeiro** ou de outro profissional da equipe da Unidade Básica de Saúde!

APÊNDICE G – FOLHETO EDUCATIVO - O que a mulher precisa saber para usar com sucesso os métodos Muco Cervical e Temperatura Corporal Basal?



Elaboração:
Enf^a. Rebeca Pinho Romero Vieira (Mestranda)
Prof^a. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura (Orientadora)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Como usar o método Muco Cervical para facilitar a gravidez?

1º Passo:

Observe o muco todos os dias, pelo menos em **três momentos** diferentes.

2º Passo:

Depois de observar, anote com suas palavras, a aparência do muco no quadro. Para fazer os registros fique atenta para as seguintes informações:

- Depois que a menstruação termina, pode começar uma fase seca (sem muco).
- Vai surgir um **muco esbranquiçado, turvo e pegajoso**. Coloque o muco entre os dedos e afaste um dedo do outro. Você vai ver que **o muco irá se quebrar**.
- Com o passar dos dias, o muco vai se tornando **elástico, transparente e lubrificante**, lembrando uma clara de ovo cru (transparente, elástico, escorregadio e fluido). Nesse período, você vai ter uma sensação de umidade e lubrificação na vulva e na vagina. Coloque o muco entre os dedos e afaste um dedo do outro. Você vai ver que o muco vai formar um fio de um dedo para o outro. **O muco não quebra**.



ATENÇÃO!

- Esse é o período que você deve ter relações sexuais, pois estará no seu período fértil!

Como usar o método temperatura corporal basal para facilitar a gravidez?

1º Passo:

Verificar a temperatura do corpo **pela manhã, antes de se levantar**.

Fique atenta para as seguintes informações:

- Durma bem, pelo menos **cinco horas** por noite!
- A temperatura deve ser verificada a partir do primeiro dia da menstruação, todos os dias, ao acordar.

- Deve ser verificada com o uso de um termômetro digital, utilizando sempre o mesmo.

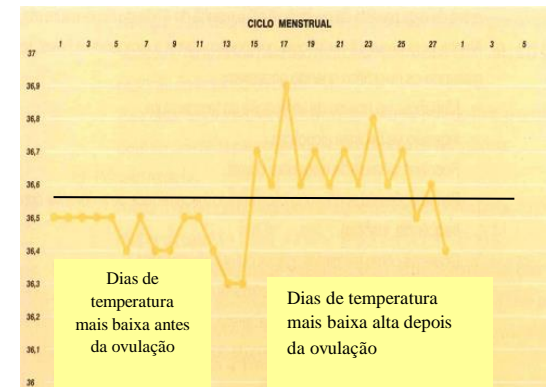


- **Se o termômetro quebrar:** anotar o dia em que o termômetro foi substituído.
- **Se você não puder verificar a temperatura no mesmo horário de sempre:** verifique assim mesmo e qualquer mudança no horário de verificação, ingestão de bebidas alcoólicas, sono perturbado, estresse ou relação sexual durante a madrugada, anotar no quadro.
- A temperatura será verificada na boca, colocando a ponta do termômetro embaixo da língua **até o alarme do termômetro disparar**.

2º Passo:

Depois de verificar, registrar a temperatura no quadro. Fique atenta para as seguintes informações:

- Mudança (aumento) persistente de temperatura durante quatro dias. A diferença de 0,2°C na medida da temperatura já pode significar que a ovulação ocorreu ou está perto de ocorrer.
- Três dias seguidos com a temperatura mais alta significa que você está no **período fértil**. O período fértil termina na manhã do quarto dia em que se observar uma temperatura mais elevada. Tenha **relações sexuais nesse período em que a temperatura começa a se elevar**.



APÊNDICE H - QUADRO PARA REGISTRO DO MÉTODO MUCO CERVICAL E TEMPERATURA CORPORAL BASAL

Nome: _____/2012

(Cada participante recebe um kit, contendo: 1 termômetro digital, 1 lápis, 1 borracha, 1 apontador e 10 cópias do quadro)

TEMPERATURA
MUCO
SINAIS

Dia do ciclo	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
Dia do mês																																		
Menstruação (M)																																		
Relação sexual (X)																																		
37,4°C																																		
37,3°C																																		
37,2°C																																		
37,1°C																																		
37,0°C																																		
36,9°C																																		
36,8°C																																		
36,7°C																																		
36,6°C																																		
36,5°C																																		
36,4°C																																		
36,3°C																																		
36,2°C																																		
36,1°C																																		
36,0°C																																		
35,9°C																																		
35,8°C																																		
35,7°C																																		
35,6°C																																		
COR																																		
APARÊNCIA																																		
SENSAÇÃO																																		

CARACTERÍSTICAS DO MUCO		
COR	APARÊNCIA	SENSAÇÃO
Branco (B)	Grosso (G)	Seca (S)
Transparente (T)	Elástico (E)	Molhada (M)
NO PERÍODO INFÉRTIL	O muco é branco, grosso, quebra e produz sensação de seca.	
NO PERÍODO FÉRTIL	O muco é transparente, elástico, não quebra e produz sensação de vagina molhada, lubrificada.	

SITUAÇÕES QUE ALTERAM A TEMPERATURA - ANOTAR
Mudança do horário de verificação da temperatura
Mudanças de ambiente - viagens
Perturbações do sono
Relações sexuais na madrugada
Emoções fortes
Refeições muito próximas ao horário de dormir
Ingestão de bebidas alcoólicas
Infecções

SINAIS DO PERÍODO FÉRTIL
Acne - espinhas (AC)
Aumento do apetite (AP)
Dor abdominal (DA)
Mamas inchadas (MI) ou doloridas (MD)
Náuseas – vontade de vomitar(N)
Alterações de humor (AH)
Alteração do desejo sexual (ADS)

Anotações (situações que alteram a temperatura, dúvidas):

APÊNDICE I - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**Cuidados facilitadores da concepção**

À paciente _____ Data: __/__/__

Recomendo que os seguintes cuidados sejam praticados, pois facilitam a ocorrência da gravidez:

1. Concentre as relações sexuais no período fértil, que corresponde ao período em que o muco está transparente, elástico, escorregadio e fluido e que a temperatura está começando a aumentar;
2. Não utilize lubrificantes ou cremes vaginais nesse período ou durante as relações sexuais, pois atrapalha a movimentação dos espermatozoides;
3. Durante a relação sexual, mais especificamente na ejaculação, a mulher deve ficar embaixo do parceiro com um travesseiro embaixo dos quadris mantendo-o elevado, pois facilita a subida dos espermatozoides;
4. Não use duchas vaginais após a relação sexual, pois isso diminui a quantidade de espermatozoides na vagina;
5. Após a relação sexual, mantenha-se deitada por pelo menos 30 minutos com o travesseiro embaixo dos quadris, também para facilitar a subida dos espermatozoides.

Enfermeira _____

COREN N°.

APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (mestrado) da Universidade Federal do Ceará. Neste momento, estou realizando um trabalho sobre *Intervenção de enfermagem voltada à infertilidade na atenção básica* e lhe convido a participar como voluntária desta pesquisa. Leia atentamente as informações abaixo e faça as perguntas que desejar, para que todas as dúvidas sejam esclarecidas.

A infertilidade é a incapacidade de um casal alcançar a gravidez após um ano de relações sexuais regulares sem a utilização de métodos anticoncepcionais (camisinha, pílula, etc.).

Esta pesquisa será realizada por meio de encontros com a autora com o objetivo de incentivar o uso de dois métodos de planejamento familiar (método muco cervical e temperatura corporal basal), os quais podem lhe ajudar a engravidar.

Se você desejar utilizar o método muco cervical será orientada corretamente por mim a perceber alterações que ocorrem na sua secreção vaginal no período em que você tem mais chances de engravidar.

Se você desejar utilizar o método temperatura corporal basal será orientada corretamente por mim a verificar e registrar sua temperatura, em quadro específico, utilizando termômetro destinado para esse fim, o qual será concedido gratuitamente.

Caso aceite participar desta pesquisa, serão feitas algumas perguntas para que eu compreenda sua história e identifique fatores que possam estar dificultando a gravidez. Suas respostas serão registradas em um formulário específico. Seu peso, altura e pressão arterial também serão verificados e registrados. Em seguida, se concordar, serão agendados encontros para que eu possa lhe ensinar esses métodos, avaliar seu conhecimento e prática, bem como responder possíveis dúvidas. Estão previstos seis encontros, podendo esse número ser estendido de acordo com sua necessidade.

O estudo lhe trará como benefício o acompanhamento por mim que te ajudará a conhecer métodos que facilitarão a gravidez.

Você não corre risco em participar deste estudo, nem terá constrangimentos. Em qualquer momento poderá ter o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como a continuidade do seu atendimento. Garantimos que você poderá ter acesso às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas, bem como a todas as informações resultantes dela. Os registros apresentados serão utilizados apenas para esta pesquisa e serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

A sua participação no estudo será voluntária, não havendo nenhum tipo de pagamento aos participantes da pesquisa. Seu nome e nada que possa lhe identificar será revelado, garantindo-lhe o sigilo e anonimato de todas as informações referidas.

Após a devida compreensão dos aspectos ligados ao estudo e retiradas todas as dúvidas existentes, você deverá assinar duas vias deste termo, permanecendo uma via com você e outra comigo.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelo telefone: (85) 32740813 ou pelo endereço Rua Manoel Carlos Gouveia, 358 – Casa 7 – José de Alencar. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará no endereço Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo, telefone (85) 33668338.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____

Declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia deste termo.

Fortaleza, ___/___/___

Nome do voluntário	Data	`	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	`	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	`	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	`	Assinatura

ANEXO A - FAGERSTROM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Quanto tempo você demora para fumar seu primeiro cigarro depois de se levantar pela manhã?	() menos de 5 minutos (3 pontos); () entre 6 e 30 minutos (2 pontos); () entre 31 e 60 minutos (1 ponto); () mais de 60 minutos (0 pontos).
Para você é difícil abster-se e não fumar naqueles lugares onde está proibido (por exemplo: um hospital, biblioteca, igreja, ônibus etc.?)	() sim (1 ponto); () não (0 pontos).
Se tivesse de escolher, que cigarro lhe custaria mais deixar de fumar?	() o primeiro da manhã (1 ponto); () todos os demais (0 pontos).
Quantos cigarros você fuma por dia?	() 10 ou menos (0 pontos); () entre 11 e 20 (1 ponto); () entre 21 e 30 (2 pontos); () 31 ou mais (3 pontos).
Habitualmente você fuma mais durante as primeiras horas do dia que durante o resto do dia?	() sim (1 ponto); () não (0 pontos).
Você fuma estando doente e na cama?	() sim (1 ponto); () não (0 pontos).

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 182/12

Fortaleza, 01 de junho de 2012.

Protocolo COMEPE nº: 108/12


Pesquisador Responsável: Rebeca Pinho Romero.

Título do Projeto: Intervenção de enfermagem voltada à infertilidade na atenção básica.

Levamos ao conhecimento de V.S^a que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 31 de maio de 2012.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Fernando A. Fiosa Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC