

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA / NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

LUIZ CARLOS DE ALMEIDA

CONTAGEM - MG

2010

LUIZ CARLOS DE ALMEIDA

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade de Medicina - NESCON da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Anézia M. F. Madeira

BELO HORIZONTE - MG

2010

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Métodos contraceptivos	25
FIGURA 2 – Tabelinha	26
TABELA 1 – Vantagens e desvantagens da tabelinha	27
FIGURA 3 – Muco Cervical	27
TABELA 2 – Vantagens e desvantagens do Muco Cervical	28
FIGURA 4 - Temperatura basal	29
TABELA 3 – Vantagens e desvantagens da Temperatura basal	29
FIGURA 5 – Coito interrompido	30
TABELA 4 – Vantagens e desvantagens do Coito interrompido	31
FIGURA 6 – Preservativo masculino	32
TABELA 5 – Vantagens e desvantagens no uso da camisinha	33
FIGURA 7 – Preservativo feminino	34
TABELA 6 – Vantagens e desvantagens no uso do preservativo feminino	34
FIGURA 8 – Diafragma	35
TABELA 7 – Vantagens e desvantagens no uso do diafragma	36
FIGURA 9 – Capuz cervical	37
FIGURA 10 – Pílulas anticoncepcionais / Míni-pílulas	39
TABELA 8 – Vantagens e desvantagens da pílula anticoncepcional	40
FIGURA 11 – Pílula vaginal	41
TABELA 9 – Vantagens e desvantagens da pílula vaginal	41
FIGURA 12 – Anticoncepcionais injetáveis	42
TABELA 10 – Vantagens e desvantagens dos anticoncepcionais injetáveis	42
FIGURA 13 – Espermicida vaginal	43
TABELA 11 – Vantagens e desvantagens dos espermicidas cervicais	43
FIGURA 14 – Esponjas	44
FIGURA 15 – Implante hormonal	45
TABELA 12 – Vantagens e desvantagens do implante hormonal	46
FIGURA 16 - Anel vaginal	46
FIGURA 17 – Adesivo	47
TABELA 13 – Vantagens e desvantagens do adesivo anticoncepcional	48

FIGURA 18 – Pílula do Dia Seguinte	48
TABELA 14 – Vantagens e desvantagens da Contracepção de Emergência	49
FIGURA 19 - Dispositivo intra-uterino / DIU de cobre e DIU de progesterona	51
TABELA 15 – Vantagens e desvantagens do Dispositivo intra-uterino	51
FIGURA 20 – Sistema endoceptivo – Mirena	53
FIGURA 21 – Sistema sintotérmico	53
FIGURA 22 – Laqueadura	54
TABELA 16 – Vantagens e desvantagens da laqueadura	54
FIGURA 23 – Vasectomia	55
TABELA 17 – Vantagens e desvantagens da vasectomia	56

RESUMO

No Brasil, a prevalência do uso de contraceptivo é elevada, no entanto, ainda há um percentual significativo de gravidezes indesejadas, abortos provocados e mulheres que não querem mais ter filhos ou querem tê-los mais tarde, porém não estão usando métodos contraceptivos. O uso de métodos contraceptivos é reconhecido como a variável intermediária de maior importância na determinação dos níveis de fecundidade. Em relação à assistência em anticoncepção no Brasil, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 o método contraceptivo por laqueadura tubária representou 40% dos casos e a pílula anticoncepcional, 21%. A maioria das mulheres submetidas à laqueadura se encontra dentro das classes de menores índices de escolaridade e nível econômico. Estas taxas de prevalência do uso de anticoncepcionais são similares às das dos países desenvolvidos. O objetivo desta monografia é fazer uma revisão bibliográfica sobre os tipos de métodos contraceptivos e o uso correto, indicações, contra-indicações e reversibilidade dos métodos anticoncepcionais mais utilizados pelas mulheres jovens adultas na faixa etária de 20 a 39 anos. Foram revisadas as publicações mais relevantes do Medline, Lilacs e Scielo sobre o tema e selecionados vários artigos originais em revisão não sistemática. As informações referem-se ao período de 2000 a 2009.

Palavras-chave: Métodos Contraceptivos. Métodos Anticoncepcionais. Preventivos Ginecológicos. Preservativos. Planejamento Familiar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	10
3 METODOLOGIA	11
4 REVISÃO DA LITERATURA	12
4.1 Políticas públicas voltadas para o Planejamento Familiar	12
4.1.1 Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM)	123
4.1.2 Planejamento familiar	15
4.2 Métodos Contraceptivos: um breve histórico	20
4.2.1 Classificação, descrição, vantagens e desvantagens	12
4.2.1.1 Métodos reversíveis naturais	25
4.2.1.2 Métodos reversíveis não naturais.....	31
4.2.1.3 Métodos irreversíveis cirúrgicos	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	579

1 INTRODUÇÃO

A realidade da anticoncepção para a mulher brasileira tem suscitado discussões diversas nos últimos anos, as quais envolvem desde aspectos sociais – pois as mulheres estão inseridas em um quadro de desigualdade de direitos, de oportunidades e de recursos financeiros – até aspectos políticos, uma vez que os programas de atenção a sua saúde não estão efetivamente implementados (BERQUÓ, et al., 2003).

Desde a chamada revolução sexual, a prática do sexo sem reservas vem acontecendo cada vez mais cedo entre os jovens, independentemente da classe social, admitindo-se uma tendência generalizada (PIROTTA & SCHOR, 2007). Entretanto a negligência na prática da contracepção e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis tem direcionado jovens adultas à exposição ao HIV/AIDS e às demais doenças sexualmente transmissíveis, bem como à gravidez não planejada (AQUINO, et al., 2008).

O conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode contribuir para que as mulheres escolham o método mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde, bem como, utilizem o método escolhido de forma correta. Assim, esse conhecimento deve estar relacionado à prevenção da gravidez indesejada, do aborto provocado, da mortalidade materna e de outros agravos à saúde relacionados à morbi-mortalidade reprodutiva (VIEIRA, et al., 2002).

Dentre os vários aspectos da saúde reprodutiva, a anticoncepção adquire papel inigualável e seu uso de forma inadequada implica vários agravos à saúde da mulher, como gravidez indesejada, gravidez na adolescência, abortamentos ilegais e até mesmo aumento na mortalidade materna.

Também não se podem desprezar as conseqüências geradas por uma cesariana indicada às vezes exclusivamente para se realizar uma laqueadura, o que implica potenciais riscos de morbidade (física e psicológica) e até de mortalidade destas intervenções sobre o processo de nascimento (MARTINS-COSTA & RAMOS, 2005).

Dos 29 até os 35 anos de idade, a possibilidade de uma mulher engravidar é de aproximadamente 85%, isto leva as mulheres nos casos de gravidez indesejada e de abortos a procurarem opções contraceptivas de alta eficácia (PENTEADO, et

al., 2001). Nos últimos vinte anos a prevalência de esterilização feminina cresceu e atualmente é o método anticoncepcional mais prevalente entre as mulheres em idade fértil, como mostrou o resultado da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) feita no Brasil, onde 52,3% das mulheres são esterilizadas (BEMFAM, 2003; PENTEADO, ET AL., 2001).

Os motivos principais para a realização da laqueadura foram o desejo de não ter mais filhos, falta de condições de criá-los ou já ter o número ideal de filhos (CARVALHO, et al., 2004). Estes dados revelam a preocupação feminina com o número de filhos e o ônus que elas vêm carregando com relação à responsabilidade pela concepção e pelo controle da fertilidade do casal. A um só tempo, assinala o descaso das autoridades públicas que oferecem opções limitadas às mulheres, levando-as a procurar a contracepção definitiva e por meio de intervenção cirúrgica que é invasiva e de difícil reversão.

A compreensão de práticas sexuais e reprodutivas é importante elemento para atuação junto a esse grupo (PERSONA, et al., 2007). Pode-se atuar mais adequadamente na conscientização dos riscos para adquirir uma DST, direcionando a prática sexual ao uso de medidas preventivas para doenças sexualmente transmissíveis e para a gravidez indesejada.

A prevenção da gestação não planejada é fundamental, principalmente para jovens adultas sexualmente ativas, que devem ser orientadas precocemente, uma vez que a idade para início das relações sexuais está diminuindo cada vez mais, enquanto estão aumentando o número de jovens grávidas.

Promover o acesso a tais informações e aos meios para a regulação da fecundidade é um dos aspectos importantes do planejamento familiar, uma das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, implantado em 1986 (OSIS, 2006).

O conhecimento do preservativo atualmente chega a 100%, principalmente entre jovens adultas. Porém, a sua utilização por este público, ainda não é feita em 37% dos casos e, geralmente, entre pessoas com parceria fixa há migração para o uso da pílula anticoncepcional. Ainda que a informação e o conhecimento dos métodos contraceptivos sejam fundamentais para orientar sobre seu uso, não são suficientes para mudar uma conduta para a prática de sexo seguro (FIGUEIREDO et al., 2008).

Embora os métodos mais conhecidos sejam o anticoncepcional oral, preservativo masculino, esterilização feminina, DIU e abstinência periódica, a contracepção se restringe geralmente ao uso do anticoncepcional oral e da esterilização feminina. Desse modo, a diversidade de métodos contraceptivos contrasta com a dificuldade no acesso e limitada informação sobre a ampla variedade de métodos anticoncepcionais existentes, indicando um descompasso entre o que é proposto pelo programa de planejamento familiar e aquilo que é efetivamente implementado (SOS CORPO, 2007).

A oferta de contraceptivos é uma forma importante que permite aos programas de planejamento familiar e demais programas de saúde reprodutiva melhorar a qualidade de seus serviços e atender melhor as necessidades da clientela. A contracepção é necessária embora nenhum método anticoncepcional seja 100% eficaz e poucas pessoas usam os métodos de maneira perfeita cada vez que mantêm relação sexual.

Uma pesquisa nacional em 1996 revelou que a utilização de algum método anticoncepcional entre mulheres em idade fértil foi de 76,7%, sendo que 55,4% estavam sexualmente ativas e destas 27,3% estavam esterilizadas, 15,8% usavam anticoncepcional oral, 4,3% usavam preservativo masculino e 8,0% outros métodos (injetáveis, DIU, vasectomia e métodos naturais) (ESPIRITO-SANTO & TAVARES-NETO, 2004).

Já em 2005 a mesma pesquisa revelou que 84,6% das mulheres entre 20 e 44 anos, utilizavam algum método anticoncepcional e em 2008 o padrão de utilização destes métodos no Brasil como um todo, foi 56,5% de usuárias de anticoncepcional oral, 22,3% de esterilizadas, 10,5% de usuárias de preservativo masculino, 7,7%, DIU, 2,0 de implante e adesivo. O uso combinado de anticoncepcional oral e preservativo masculino contempla 1,0% (FASOLI, et al., 2008; UNFPA, 2008).

Tal aumento do uso de preservativo se deve à disseminação da ameaça da AIDS e da propagação de campanhas e programas preventivos, além da visualização do preservativo como uma opção contraceptiva possível, como se observa entre adolescentes (FIGUEIREDO, et al., 2008).

Alguns estudos identificam os métodos anticoncepcionais que a população conhece, mas não detalha o conhecimento sobre como utilizá-los e as contra-indicações de cada método. Nesse contexto, a prevalência de conhecimento de

algum método anticoncepcional encontrada no Brasil é elevada, acima de 80,0% (SCHOR, et al., 2000).

Neste sentido, este trabalho justifica-se uma vez que o esclarecimento quanto aos métodos oferecidos é inerente às atividades realizadas pelos profissionais de saúde no contexto do PSF, e de certa forma poderá contribuir para melhor qualidade de vida deste grupo em particular.

O objetivo desta monografia é fazer uma revisão bibliográfica sobre os tipos de métodos contraceptivos e o uso correto, indicações, contra-indicações e reversibilidade dos métodos anticoncepcionais mais utilizados pelas mulheres jovens adultas na faixa etária de 20 a 39 anos.

2 OBJETIVO

Fazer uma revisão bibliográfica acerca dos tipos de métodos contraceptivos e o uso correto, indicações, contra-indicações e reversibilidade dos métodos anticoncepcionais mais utilizados pelas mulheres jovens adultas na faixa etária de 20 a 39 anos.

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada foi à revisão bibliográfica eletrônica e sistemática de artigos científicos publicados e à análise dos textos, compilando dados das opiniões de diversos autores para análise de estudos relacionados aos métodos contraceptivos e sua utilização pelas mulheres jovens adultas na faixa etária de 20 a 39 anos. O trabalho abordou dentro outros tópicos, cada método contraceptivo, principais efeitos colaterais, complicações e utilização correta.

Foram utilizadas as bases de dados Lilacs, Scielo e Medline, e identificados artigos publicados no período compreendido entre 2000 e 2009, que analisavam informações mais relevantes para esta revisão.

Também foram consultados sites de órgãos governamentais específicos na utilização e divulgação, como Ministério da Saúde, SUS, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde de vários estados e municípios, dentre outros e autores especialistas na doença e prevenção da mesma.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram: métodos contraceptivos, métodos anticoncepcionais, preventivos e preservativos. Os idiomas considerados foram o português e o inglês, porém, o objetivo focado é relativo ao Brasil.

O critério de inclusão foi selecionar artigos e estudos que fizessem alusão aos métodos contraceptivos, efeitos colaterais, complicações e a utilização dos mesmos, por mulheres jovens adultas na faixa etária de 20 a 39 anos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Políticas públicas voltadas para o Planejamento Familiar

No Brasil, desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a partir de 1984, tem havido a preocupação de melhorar a qualidade da atenção em planejamento familiar. Isto levou vários serviços públicos de saúde a oferecerem, pelo menos uma ação educativa às mulheres que os procuram para solicitar métodos anticoncepcionais (COSTA, 2002).

Em 1996, um projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional (Lei 9.263), sancionado pela Presidência da República, regulamentou o planejamento familiar. Formalmente, esta lei democratiza o acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde, assim como regulamenta essa prática na rede privada, sob controle do SUS (BRASIL, 2002).

A oferta de métodos contraceptivos aliada ao acompanhamento médico com garantia de escolha informada no contexto maior da saúde reprodutiva foi contemplado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado, em 1983, pelo Ministério da Saúde (OSIS, 2006).

Em 2001, a última Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2001) do Ministério da Saúde colocou a assistência em planejamento familiar entre as ações mínimas que devem ser implementadas em todos os municípios (MS, 2002).

A decisão na escolha dos vários métodos contraceptivos passa pela análise das vantagens e desvantagens de cada técnica. Devem ser explicados e entendidos de forma que o indivíduo faça a opção mais adequada.

Analisando o uso de métodos por faixa etária no Estado de São Paulo, Viera (2001) observou que parece existir um padrão: a partir dos 30 anos, ou um pouco antes, as mulheres trocam o uso da pílula pela esterilização. Esse padrão não difere do Brasil, com o uso predominante de pílula até um pouco antes dos 30 anos, seguido pela esterilização feminina (BERQUÓ, 2004).

Embasados em premissas como essas, muito se tem reivindicado que os programas voltados à regulação da fecundidade, ao planejamento familiar, incluam sempre um componente educativo, muitas vezes chamado de ação educativa,

visando a dar subsídios às pessoas para escolherem de forma livre e informada qual contraceptivo usar (DÍAZ & DÍAZ, 2000).

Para autores como Barroso (1988) e Giffin (1999) a esterilização feminina ocupou o espaço de outros anticoncepcionais não disponíveis, assim como informações sobre reprodução humana e métodos anticoncepcionais. Outros autores como Osis (1998) e Vieira (2004), ressaltaram a esterilização como consequência da história reprodutiva das mulheres.

Desde os tempos antigos, a maior preocupação com o uso de métodos anticoncepcionais – das receitas dos gregos antigos à eficiente pílula anticoncepcional atual – sempre foi da mulher, dado que sobre ela cai o peso de gestações sucessivas cujos efeitos refletem no desgaste não só do corpo como também de sua saúde e sentimentos. O uso de métodos anticoncepcionais está, com frequência, associado ao comportamento da fecundidade.

Estudo realizado em Campinas mostrou que mais de um terço (35,6%) das mulheres esterilizadas tinha tido o primeiro filho antes dos 19 anos, comparadas a 21% das mulheres não-esterilizadas. Ter tido falha de método, em particular com a pílula, e ter iniciado a vida reprodutiva cedo favoreceram submeter-se jovem à esterilização (HARDY, et al., 2003).

Análise das atitudes de mulheres em relação à contracepção sugere fortemente que elas estão relacionadas ao uso anterior de métodos contraceptivos, em particular à falha de pílula e seus efeitos colaterais (VIEIRA, 2004).

Historicamente, as diversas pesquisas e análises empíricas sobre a fecundidade não têm modificado sua perspectiva, e tendem a considerar os comportamentos femininos, associados às variáveis sociais, econômicas, demográficas ou culturais, como resposta mecânica e imediata descontextualizada, que nos leva a pensar que o controle de natalidade, seja somente para impedir a fecundidade.

4.1.1 Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM)

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os

princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (COSTA, 2002).

O PAISM surgiu com base no conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher – AISM, como proposta inovadora que rompia com a visão tradicional, passando a privilegiar a mulher no atendimento das questões ligadas à reprodução, uma vez que os programas de atenção à saúde da mulher no país eram voltados para o grupo materno-infantil, focando as condições de gestação e do parto para garantir filhos saudáveis (OSIS, 2006).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Destaca-se o significado social do PAISM, assim como sua singularidade enquanto proposta de mudança na maneira como até então a saúde das mulheres era tratada. Entretanto, apesar de relevante, esta proposta não tem impedido que “[...] a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar” (BRASIL, 2004, p.33).

O PAISM, regulamentado em 1986, resultou do esforço de profissionais da saúde, do movimento de mulheres e dos técnicos do próprio Ministério da Saúde, no sentido de preconizar ações que ampliassem significativamente o atendimento à saúde da mulher.

O programa incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde (OSIS, 2006). Sob essa óptica, a atenção à mulher deveria ser integral, podendo contar com exames para detectar

câncer cérvico-uterino e de mama, controle de DST, assim como assistência para o planejamento familiar, que inclui tanto a infertilidade como a contracepção.

O PAISM incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (COSTA, 2002).

Um dos objetivos do PAISM é desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade (BRASIL, 2004). A liberdade de escolha é fundamental na área da regulação da fecundidade, sendo que, para optar por um método contraceptivo de forma livre e informada, as mulheres precisam conhecer e ter acesso a esses.

O PAISM enfatiza que, seja qual for a metodologia utilizada, é de fundamental importância que as práticas educativas tenham caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências, baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e precisa (BRASIL, 2004).

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

4.1.2 Planejamento familiar

Direitos reprodutivos são os direitos das mulheres de regular a sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam a responsabilidade pelas conseqüências do exercício de sua própria sexualidade (AZEREDO & STOLCKE, 2001).

Nos últimos anos, o planejamento familiar no Brasil evoluiu muito. Até o final dos anos 70, ele era imposto de fora para dentro do País, com poucas opções para

a mulher ou o casal. Apenas dois métodos eram normalmente utilizados: a pílula e a esterilização feminina. Quem não desejasse usar nenhum deles ficava sem alternativa. Hoje, as coisas estão mudando e o casal pode escolher entre os vários métodos existentes: naturais, de barreira, hormonais, DIU e esterilização.

A lei de Planejamento Familiar - que regulamenta o artigo 226 da Constituição Federal de 1988 - data de 1996, e prevê a oferta de um amplo leque de contraceptivos, a serem escolhidos com a orientação adequada e de acordo com a necessidade da pessoa interessada (HIRATA, 2004).

A não implantação desta política e um sistema falho de distribuição dos métodos contraceptivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) fazem com que, quase 20 anos depois da Constituição e uma década depois da promulgação da lei, a questão do planejamento familiar (PF) ainda seja um problema (SOARES, et al, 2007).

A consagração do direito da lei do PF está explicitada no §7º do Art. 226 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002a). No documento, estão estabelecidas as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico.

Entre essas diretrizes figuram claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito. A regulamentação do direito constitucional se deu pela Lei n. 9263 de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996-2002b) representando um avanço na implementação do PAISM pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na década de 1960, no Brasil, o programa de PF inicia-se atrelado à política de controle da natalidade. Nesta mesma década, o movimento feminista ressurgiu como um movimento político organizado que passa a influenciar nos rumos que o debate sobre o PF viria a tomar.

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o PF é livre decisão do casal, competindo ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988 / BRASIL, 2002a).

A política do PF desenvolvida pelo Governo Federal prevê a oferta na rede pública de anticoncepcionais, a redução de preço nas farmácias populares, de

serviços para esterilização voluntária e os voltados à reprodução assistida para casais com dificuldades de ter filhos, o direito de ter filho quando, como, onde e com quem quiser. No entanto o programa ainda não atende adequadamente as necessidades das mulheres ou de seus familiares (MORAES, 2003).

A partir de 1974 evidenciou-se um novo discurso e o governo brasileiro assumiu oficialmente o Planejamento Familiar como direito da população. Em 1983, o surgimento do PAISM, antecipou uma mudança de postura posteriormente contemplada pelo SUS, objetivando a integralidade da atenção, universalidade do atendimento, a regionalização dos serviços, a garantia de referência e contra-referência e a descentralização da gestão (SOBRINHO, 2003).

O programa de PF do Ministério da Saúde é avançado para os padrões vigentes, mas ainda é necessário avançar em alguns debates como o direito da mulher sobre o próprio corpo, discutindo, a necessidade da autorização do marido numa intervenção cirúrgica de laqueadura. O papel da mulher na sociedade e a bipolarização de seu trabalho são apenas a borda de um problema maior que deve ser enfrentado pelas mulheres e pela sociedade (CAPPELLIN, 2007).

O PAISM fruto de reivindicações dos movimentos sociais representa um conjunto de diretrizes norteadoras para a reorganização da assistência à mulher, tendo a perspectiva da integralidade e a crítica a medicalização como eixos estruturantes da atenção à saúde da mulher. Assim, a regulação da fertilidade passa a ser tratada como um direito fundamental das mulheres e dos homens (SOBRINHO, 2003).

Os elementos fundamentais na qualidade de atenção são: escolha livre de métodos, informação completa para os usuários, competência técnica de quem dispensa os métodos, boa relação usuário-serviço, acompanhamento adequado e a integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva.

A ambigüidade do governo brasileiro em relação ao planejamento familiar é discutida por Rocha (2003), segundo a qual a posição de cautela do governo em relação à política social de controle da fecundidade convivia com a posição permissiva acerca da atuação de entidades privadas.

Na prática o PF se restringia à distribuição de preservativos e outros contraceptivos e ainda está focado na responsabilização da mulher, o espaço do cuidado e da família ainda é visto como de responsabilidade exclusiva da mulher, assim como a educação e a cultura da continuidade da relação de gênero, onde o

homem é o mantenedor e aquele que decide e a mulher é o ator que serve e obedece.

Para que o PF seja considerado efetivo ele deve disponibilizar o acesso aos métodos e práticas que garantam às mulheres e aos homens o direito de ter ou não ter filhos, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas que permitam escolhas conscientes. No que se refere à contracepção, deve disponibilizar para mulheres e homens, todos os métodos anticoncepcionais que o Ministério da Saúde recomenda (BRASIL, 2002b).

O PF foi definido na Carta Magna, como o livre arbítrio das pessoas envolvidas. Com o propósito de garantir autonomia na escolha dos métodos e do controle da fertilidade, são valorizadas as práticas de educação em saúde e sexualidade, entendidas como instrumentos disseminadores de informações para fortalecimento da autonomia.

O Programa recomenda ainda que se ofereça o conjunto de tecnologias disponíveis para a anticoncepção e que a atenção ao PF seja realizada no contexto da atenção à saúde, portanto sob as diretrizes do princípio da integralidade da saúde (COSTA, 2002).

O Planejamento Familiar se propõe a inserir o homem, o parceiro, no processo, incentivando sua participação através da vasectomia, mas na prática não discute sua importância na formulação das estratégias familiares, não fala do papel fundamental deste no uso de preservativo masculino e principalmente da sua importância em seus momentos decisórios, como realizar ou não um aborto, apesar de o parceiro ser, na maioria das vezes, o agente estimulador da interrupção da gravidez (HIRATA, 2004).

A prática desvirtuada do PF, centrada na falta de informação e na indução da escolha contraceptiva reforça a assistência clínica inadequada e tem representado um sério problema para a autodeterminação das mulheres e fere os direitos reprodutivos.

Esta questão, associada à crescente desvinculação entre sexualidade e reprodução, bem como o desgaste das mulheres na busca da regulação da sua fertilidade, sem a participação dos seus parceiros e em contextos de extrema pobreza, tem caracterizado o processo de controle da fecundidade no Brasil como um caso de modernidade perversa (GIFFIN, 2001), a exemplo da esterilização feminina em massa e do alto índice de utilização de hormonais orais, sendo mais

recentemente também encontrado o uso dos injetáveis de forma indiscriminada (SOARES, et al, 2007).

Para o demógrafo José Eustáquio Diniz Alves, professor da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (ENCE/IBGE), o planejamento familiar brasileiro é uma regulação da fecundidade, não passando de uma imposição ou um controle coercitivo sobre a liberdade das pessoas de se reproduzirem do modo que julgam adequados. Para o pesquisador essa regulação não é debatida sob a ótica dos direitos sexuais e reprodutivos (SPINDEL, 2003).

Ao recomendar o conjunto dos métodos anticoncepcionais disponíveis - naturais ou comportamentais; de barreira; hormonais; DIU e laqueadura, o Ministério da Saúde reafirma a autonomia e a liberdade da escolha para as usuárias do planejamento familiar do SUS:

"Planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (MS, 2004).

Nesta mesma linha de atuação, em 2007, o governo Federal lançou a Política Nacional de Planejamento Familiar (PNPF), que tem como meta a oferta de métodos contraceptivos de forma gratuita para homens e mulheres em idade reprodutiva e estabelece também que a compra de anticoncepcionais será disponibilizada na rede Farmácia Popular (UNFPA, 2008).

Portanto, O PF é o ato consciente de planejar o nascimento dos filhos evitando a gravidez, tanto em relação ao número desejado, quanto à ocasião mais apropriada de tê-los.

Isto pode ser conseguido através de técnicas e métodos anticoncepcionais e de procedimentos para obter a gravidez em casais inférteis. Bom método anticoncepcional é aquele que oferece segurança (protegendo a mulher de uma gravidez e não apresentando riscos à saúde) e que está de acordo com os conceitos éticos, morais e religiosos do casal.

4.2 Métodos Contraceptivos: um breve histórico

A história da contracepção é muito antiga, é uma história milenar. Há registros de métodos contraceptivos dos antigos egípcios, há mais de mil anos antes de Cristo. Há milhares de anos que as mulheres usam os métodos contraceptivos de que dispõem (TAYLOR, 2006).

Hipócrates (460-377 a.C.) já sabia que a semente da cenoura selvagem era capaz de prevenir a gravidez. O uso de anticoncepcionais feitos por plantas naturais parece ter sido difundido, na região do Mediterrâneo, onde no século II a.C Políbio escreveu que as famílias gregas estavam limitando-se a ter um ou dois filhos. (MARTINS, et al., 2006).

Em Atenas (500 a.C.), eram utilizados óvulos vaginais feitos à base de produtos ácidos e poções mágicas. Na bíblia há referência ao coito interrompido e nos registros do Egito antigo existem descrições de duchas de mel e de preparados espermicidas feitos com excrementos de crocodilo (TAYLOR, 2006).

Entre as primeiras tentativas, encontra-se a descrita num papiro egípcio de há 3850 anos, onde se explica como evitar a gravidez. A receita era a misturar mel com cinza da barrilheira e excremento de crocodilo, juntar substâncias resinosas, aplicar uma dose do produto na entrada da vagina, penetrando um pouco nela (MARTINS, et al., 2006).

Com o avanço dos conhecimentos sobre o funcionamento do corpo, especialmente sobre os hormônios, associados às novas tecnologias, sugeriram os anticoncepcionais orais e os métodos de esterilização. Mas as primeiras formas de prevenir a gravidez e a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis iniciaram com os métodos de barreira, especialmente a camisinha (FREGUGLIA & FONSECA, 2006).

A camisinha não tem uma história precisa. Parece ter surgido há muito tempo, pois há pinturas pré-históricas, com mais de 10 mil anos, que mostram homens usando algo parecido com a camisinha durante o ato sexual (SOS CORPO, 2007)

Porém historiadores afirmam que o preservativo masculino data do século XVI e a sua invenção é atribuída ao médico italiano Gabriel Hallopio, professor de Anatomia da Universidade de Pádua. Não tinha fins anticoncepcionais, mas, sim, o

propósito mais moderno de evitar contágios venéreos, como o da sífilis, que, na altura, causava sérios danos (OMS, 2005).

Há séculos atrás os egípcios e os chineses também usavam camisinha. Gregos e romanos parecem ter sido os primeiros a utilizar tripas de animais como preservativos.

Há uma hipótese de que o inglês Condom, médico pessoal do rei Carlos II de Inglaterra tenha inventado o preservativo em meados do século XVII. Certa vez, o monarca expressara a sua preocupação por a cidade de Londres estar a encher-se de bastardos reais e, ao que parece, foi isso que levou o médico da corte a produzir aquele dispositivo. Daí o nome – condom – para os atuais preservativos (OMS, 2005).

Em 1702, outro médico inglês, John Marten, assegurava ter encontrado um método eficaz, simultaneamente anticoncepcional e profilático: um saco de linho, impregnado de um produto cuja fórmula se negou sempre a divulgar, graças ao qual se evitava o contágio venéreo e se impedia o acesso do esperma ao óvulo feminino (OMS, 2005).

Mas a idéia da anticoncepção é anterior à idéia da profilaxia. Só se teve consciência de que o coito podia ser uma via de contágio de doenças já quando o século XV ia adiantado. Contudo, a necessidade de se evitar a gravidez fez-se sentir no mundo civilizado quase desde os alvores da civilização (OMS, 2005).

Foi sempre a mulher quem mais sofreu com o problema da contracepção. E, desde tempos imemoriais, utilizou-se, para o fim descrito, uma série de produtos que iam desde o sumo de limão ao vinagre, a salsa, a mostarda e soluções salinas e saponáceas.

Mas foi na metade do século XIX que Charles Goodyear inventou o processo de vulcanização da borracha. Isso tornou possível a fabricação de objetos de borracha de boa qualidade. Com ele nasceu o profilático de borracha e a camisinha de borracha que foi sendo aperfeiçoada até atingir a qualidade dos preservativos atuais. O preservativo, tal como hoje o conhecemos, foi popularizado por ele. Portanto, o primeiro preservativo apareceu em 1842, porém, foi o desenvolvimento da pílula anticonceptiva, em 1960, que na realidade revolucionou as práticas contraceptivas (MOURA & SILVA, 2005).

Os chineses conheceram o diafragma, feito à base de cascas de citrino, que a mulher tinha de introduzir na vagina e em 1860, foi reinventado nos EUA, era o

capuz cervical. Seu inventor, Dr. Foote, viu nele um anticoncepcional eficaz, mas foi esquecido. A idéia foi retomada pelo austríaco Dr. Kafka, que o popularizou na Europa Central. Era uma espécie de dedal, fabricado com diversos materiais: celulóide, ouro, prata, platina (WANG, et al., 2005).

Com o avanço da ciência os métodos contraceptivos estão mais modernos, práticos, acessíveis, eficazes e com menores efeitos colaterais. Tais métodos são classificados em naturais ou comportamentais, hormonais, intra-uterinos, de barreira e definitivos (MS, 2002).

Estes métodos podem ser definidos como o uso de medicamentos ou recursos que impedem a gravidez, impossibilitando a penetração dos gametas, ou seja, é a interrupção do ato de gerar seres humanos, como também evitar doenças sexualmente transmissíveis.

4.2.1 Métodos Contraceptivos: classificação, descrição, vantagens e desvantagens

No contexto dos direitos reprodutivos, a liberdade de escolha é fundamental na área da regulação da fecundidade. Para optar por um método contraceptivo de forma livre e informada, as mulheres precisam conhecer e ter acesso a todos os métodos anticoncepcionais cientificamente aprovados e disponíveis, escolhendo aquele que seja mais adequado às suas características e às suas condições de vida em cada momento.

No Brasil, a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais é alta, porém concentrada na esterilização tubária e na pílula anticoncepcional (BEMFAM, 2003). Com respeito ao conhecimento que as mulheres têm acerca de distintas opções contraceptivas, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 confirmou o que outros estudos menos abrangentes já haviam apontado: em geral, quase todas as mulheres referiam conhecer pelo menos algum método anticoncepcional (VIEIRA, et al., 2002).

A referência espontânea aos diversos métodos foi menor do que quando se perguntou específica e diretamente acerca de cada um, mas não houve mulheres que não mencionassem pelo menos um método como sendo conhecido.

O processo de escolha informada na regulação da fecundidade baseia-se nos princípios de proporcionar bem-estar às pessoas, quanto à sua autonomia, expectativas, necessidades e poder de decisão, enfocando especialmente os direitos sexuais e reprodutivos, na qualidade de direitos humanos individuais.

Para que a opção por um método seja livre e informada, além da variedade, também é necessário ter um número suficiente a ser oferecido, levando-se em conta as características intrínsecas de cada pessoa e a demanda local (DÍAZ & DÍAZ, 2000).

Na pesquisa do Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), os métodos mais referidos espontaneamente pelas mulheres foram a pílula anticoncepcional (87,4%), o preservativo (53,1%), métodos de abstinência periódica (34,8%) e o dispositivo intra-uterino - DIU (34%). Mediante estimulação, referiram-se principalmente à pílula (99,3%), ao preservativo (98,6%), à esterilização feminina (97,6%) e à abstinência periódica (88,5%) (VIANNA, et al., 2005).

Além disso, para que as pessoas, de fato, possam escolher livremente, é relevante também a informação científica que lhes é dada acerca dos métodos anticoncepcionais disponíveis.

Neste ponto, incluem-se as contra-indicações gerais e as situações próprias de cada indivíduo que poderiam levar a considerar determinados métodos anticoncepcionais como mais ou menos adequados para essa pessoa, e, finalmente, o tipo de suporte que os serviços podem oferecer às pessoas que escolhem um método específico (BRUCE, 2008).

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a escolha livre e informada.

Dos métodos contraceptivos a abstinência contínua, que significa nunca ter intercurso sexual, é o único método com 100% de eficiência para evitar a gravidez.

São considerados métodos contraceptivos reversíveis, aqueles que ao deixarem de ser utilizados permitem o retorno à fertilidade.

E irreversíveis aqueles que se destinam essencialmente a quem não deseja ter mais filhos, pois exige uma intervenção cirúrgica. Processo que permite vida sexual ativa e saudável com menores riscos para concepção (BRUCE, 2008).

Os métodos contraceptivos dividem-se em (FIG. 1):

- **Métodos reversíveis naturais**

- ✓ *Métodos comportamentais*

- Tabelinha (Método Rítmico ou Ogino-Knaus)
 - Muco Cervical ou Billings
 - Temperatura Basal
 - Coito Interrompido

- **Métodos reversíveis não naturais**

- ✓ *Métodos de barreira*

- Preservativo Masculino
 - Preservativo Feminino
 - Diafragma
 - Capuz Cervical

- ✓ *Métodos hormonais ou químicos*

- Anticoncepcionais Orais (pílulas)
 - Pílula Vaginal
 - Anticoncepcionais Injetáveis
 - Espermicida Vaginal
 - Esponja Vaginal
 - Implante Hormonal
 - Anel vaginal Nuvaring (Organon)
 - Adesivos
 - Contraceção de Emergência ou Pílula do Dia Seguinte

- ✓ *Dispositivos intra-uterinos*

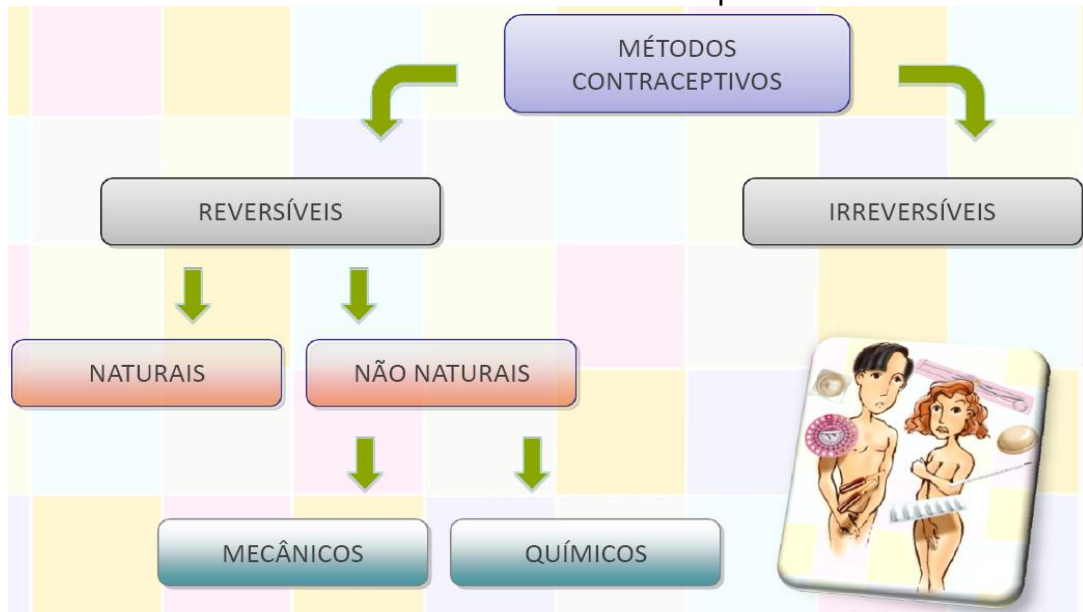
- Dispositivo Intra-Uterino - DIU
 - Dispositivo Intra-Uterino combinado com hormônios (MIRENA)

- ✓ *Método sintotérmico*

- **Métodos irreversíveis**

- ✓ *Cirúrgicos*

- Laqueadura
 - Vasectomia

FIGURA 1. Métodos contraceptivos

4.2.1.1. Métodos reversíveis naturais

Baseiam no conhecimento do período fértil da mulher (durante o qual pode ocorrer a fecundação) e na abstenção de relações sexuais durante esse período. São menos eficazes que os métodos não naturais.

A) Métodos comportamentais

Utiliza-se a abstinência sexual durante os dias do ciclo menstrual em que o óvulo pode ser fertilizado. Consiste em evitar relações sexuais durante o período fértil. Para isso a mulher precisa saber quando ele ocorre em geral próximo à metade do ciclo menstrual.

Como este pode variar, é preciso determinar o dia da ovulação pelo acompanhamento diário da temperatura corporal ao acordar e do aspecto da secreção vaginal. Na época da ovulação, a temperatura aumenta cerca de 0,5 °C, e a secreção vaginal fica pegajosa, parecida com clara de ovo (DIAS-DA-COSTA, et al., 2002).

Para não engravidar, a mulher deve ter relação sexual 48 horas depois do dia da ovulação. Apesar de não ter efeitos colaterais para a saúde, em geral esse

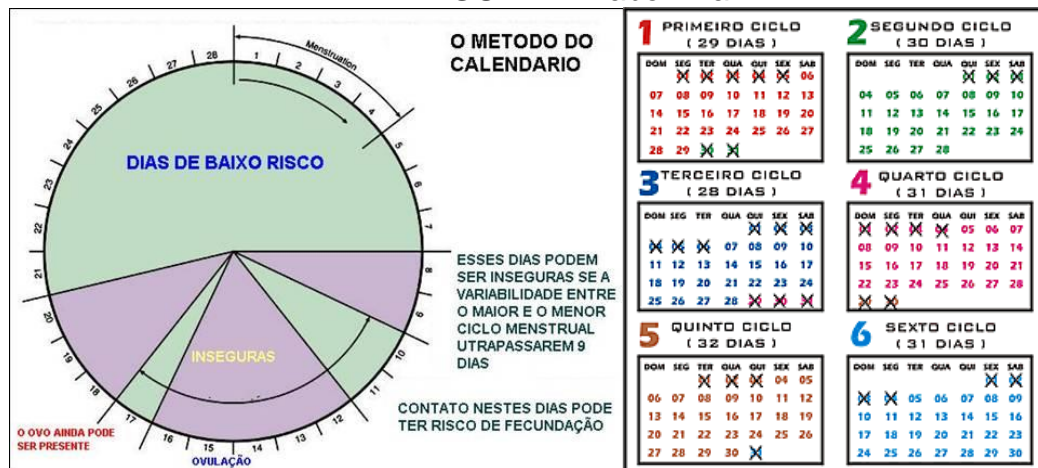
método apresenta baixa eficácia e é necessária uma orientação detalhada do médico.

1. Tabela (Método Rítmico ou Ogino-Knaus)

Método conhecido como calendário, tabela ou abstinência periódica e métodos de consciência dos dias férteis que é baseado em cálculos que a mulher deve fazer de acordo com o seu ciclo menstrual. Consiste em suspender as relações sexuais no período fértil da mulher, através do controle dos dias do seu ciclo menstrual (OLINTO & GALVÃO, 2005).

Para utilização deste método a mulher deve anotar pelo menos os seis últimos ciclos e a partir daí estimar o início de período fértil subtraindo 18 dias do comprimento do ciclo mais curto, e estimar o fim do período fértil subtraindo 11 dias do ciclo mais longo (FIG. 2). Esse método só é válido para mulheres com ciclos regulares e tem chance de falha de 40 por 100 mulheres/ano.

FIGURA 2. Tabela



Geralmente o período fértil da mulher, ou seja, o período em que ela ovula, está entre o 8º e o 19º dia após a menstruação. Nesse período, a mulher que utiliza este método não deve ter relações sexuais. Este não é um método seguro para evitar a gravidez, pois só funciona para quem tem o ciclo regular, além de não proteger contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (MARTINS, et al., 2006).

A mulher com um ciclo menstrual regular tem por mês em torno de 9 ou mais dias férteis, ou dias nos quais ela pode ficar grávida. Abstinência periódica significa não ter relação sexual nos dias que pode estar fértil. A tabela 1 mostra as vantagens e desvantagens da utilização deste método.

TABELA 1 – Vantagens e desvantagens da tabelinha

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este método favorece o conhecimento dos períodos de menstruação e fertilidade de cada mulher. ▪ Não apresenta efeitos colaterais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este método exige disciplina da mulher nas anotações mensais de seu ciclo menstrual e necessita de abstinência ou uso de preservativo nos dias férteis. ▪ Não deve ser utilizado no período em que a mulher estiver a amamentar, pois a menstruação desregula a ovulação e o período fértil. ▪ Este método necessita de prática para o cálculo do período fértil no mínimo durante 6 meses para que não haja tanto risco de gravidez. ▪ Não previne contra as DST/HIV. ▪ Não é recomendado para adolescentes, pois pode ocorrer falhas e gravidez.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

2. Muco Cervical ou Billings

Assim como no método da tabelinha, este também exige que a mulher não tenha relações no seu período fértil. Para detectar seu período fértil, a mulher precisa observar e reconhecer o tipo de secreção presente no colo do útero.

O muco cervical é uma secreção produzida pelo colo do útero, que umedece a vagina, e, às vezes, sai na calcinha. Ele varia de aparência em cada período do ciclo menstrual. Aprendendo essas diferenças, é possível saber qual é o período fértil (FIG. 3) (SCHOR, 2000).

FIGURA 3. Muco Cervical



As vantagens e desvantagens deste método contraceptivo são apresentadas na tabela 2 abaixo.

TABELA 2 – Vantagens e desvantagens do Muco Cervical

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este método não tem efeitos colaterais. ▪ Permite um melhor conhecimento do corpo feminino e ciclo menstrual e período fértil, além de ensinar a mulher a tocar-se. ▪ Favorece a participação do homem no planeamento familiar, fazendo com que ele acompanhe os ciclos de fertilidade e a menstruação da mulher. ▪ Este método é muito utilizado por quem deseja engravidar, sendo um método auxiliar no tratamento da infertilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exige disciplina em estar atenta ao próprio corpo e abstenção de relações ou uso de preservativo nos dias que indiquem fertilidade; ▪ Mulheres com ciclo menstrual irregular não devem utilizar este método ▪ Mulheres que apresentam inflamações crónicas, com presença constante de corrimento, não têm como verificar de forma correcta os dias em que ocorre a presença do líquido (muco); ▪ Não previne contra as DST. ▪ Não é recomendado para adolescentes, pois pode ocorrer falhas e gravidez.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

Para examinar o muco, observa-se o que sai na calcinha ou apalpa-se a vulva. No entanto, como muitas mulheres têm pouca secreção, é mais seguro colocar o dedo na vagina, para em seguida, observar que tipo de secreção está presente (SCHOR, 2000).

Não adianta examinar o muco durante a excitação sexual, depois de tomar duchas ou lavagens vaginais, no dia em que teve relações sexuais, depois de usar produtos vaginais. A observação deve ser diária. O muco cervical aparece cerca de 2 a 3 dias depois da menstruação, e inicialmente é pouco consistente e espesso. Logo antes da ovulação, ele atinge o chamado ápice, em que fica bem grudento.

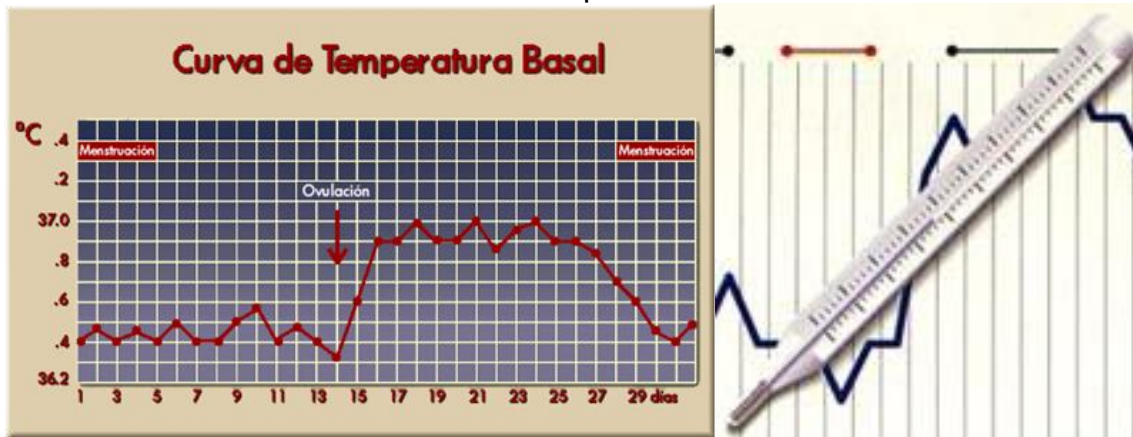
3. *Temperatura basal*

Esse método é baseado na alteração térmica que o corpo apresenta quando ocorre a ovulação. A temperatura se eleva devido ao aumento da progesterona. Por ocasião da ovulação acontece uma ligeira queda na temperatura corpórea e após há uma elevação de aproximadamente entre 0,3 e 0,8° C em relações às medidas basais (as da primeira fase do ciclo) (MOURA & SILVA, 2005).

A temperatura deve ser tomada sempre no mesmo local: na boca ou na vagina, depois se deve anotar as temperaturas diariamente e construir um gráfico

(FIG. 4). Esta permanecerá elevada até a próxima menstruação. O terceiro dia após a elevação da temperatura é considerado o fim do período fértil.

FIGURA 4. Temperatura basal



A tabela 3 lista as principais vantagens e desvantagens da utilização do método da temperatura basal.

TABELA 3 – Vantagens e desvantagens da Temperatura basal

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este método favorece a observação do corpo. ▪ Este método é muito utilizado por quem deseja engravidar, sendo um método auxiliar no tratamento da infertilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem pouca eficácia para a prevenção da gravidez. ▪ Exige muita disciplina. A temperatura precisa ser medida e anotada diariamente pela manhã, ao acordar. ▪ Algumas doenças que provocam febre podem confundir as anotações da temperatura. ▪ Exige que o casal não tenha relações sexuais ou tenha relações usando preservativo durante os dias férteis. ▪ Não previne contra as DST.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

A temperatura basal deve ser medida diariamente, antes da mulher se levantar pela manhã com um termômetro clínico, bucal ou retal. Mede-se a temperatura oral, durante 5 minutos, pela manhã (após repouso de no mínimo 5 horas) antes de se levantar da cama, de comer ou fazer qualquer esforço. Medições

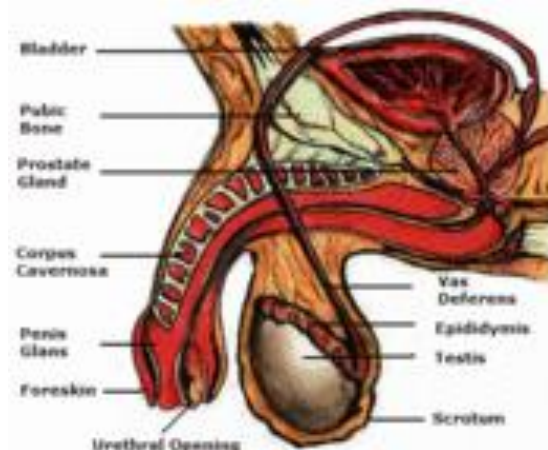
a partir do primeiro dia da menstruação até o dia em que a temperatura se elevar por 3 dias consecutivos (MOURA & SILVA, 2005).

A desvantagem deste método é se a mulher tiver alguma doença, o aumento de temperatura pode não ser devido à ovulação. Existem vários problemas comuns que alteram a temperatura corpórea e dificultam a confecção do gráfico, como: gripes, noites mal dormidas, necessidade de levantar frequentemente à noite e outros.

4. Coito interrompido

O método inclui a participação do homem na prevenção da gravidez. O método baseia-se na capacidade do homem pressentir a iminência da ejaculação e neste momento retirar o pênis da vagina evitando assim a deposição do esperma, ou seja, antes de ejacular (FIG. 5). Dessa forma tenta evitar que os espermatozoides entrem no corpo da mulher. O homem deve ter total controle da ejaculação, para conseguir retirar o pênis da vagina antes que ela aconteça (LEITE, 2003).

FIGURA 5. Coito interrompido



O líquido pré-ejaculatório pode conter espermatozoides vivos o que aumenta o índice de falha; não oferece proteção contra DST/AIDS. É comum a insatisfação sexual de um ou de ambos os parceiros e a eficácia deste método é difícil de se avaliar, acreditando-se que o índice de gravidez seja acima de 25 gravidezes por 100 mulheres (LEITE, 2003).

As vantagens e desvantagens do método de coito interrompido estão na tabela 4 abaixo.

TABELA 4 – Vantagens e desvantagens do Coito interrompido

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em situações inesperadas de não uso de nenhum contraceptivo reduz um pouco o risco de gravidez. ▪ Inclui a participação do homem na prevenção da gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É um método que favorece a dor pélvica e tensão em alguns homens. ▪ A eficácia deste método é baixa oferece alto risco de gravidez, pois a lubrificação que o pênis solta, mesmo sem o gozo, já contém espermatozóides. ▪ Exige retenção constante da ejaculação o que, para alguns homens, pode gerar tensão ou ansiedade. ▪ Em muitas vezes não dá tempo da mulher atingir o prazer.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

A eficácia deste método é baixa e oferece alto risco de gravidez, pois o pênis solta gotas de lubrificação pré-ejaculatória que pode conter espermatozóides que ficam na vagina antes da interrupção da relação sexual.

Como exige retenção constante da ejaculação, para alguns homens, pode gerar tensão, ansiedade e dor pélvica. Exige dos homens uma aprendizagem de controle da ejaculação, por isso, não é indicado na adolescência quando a prática de relações sexuais está começando.

Como cuidado, antes do ato sexual o homem deve urinar e retirar restos de esperma de uma eventual relação anterior; antes da ejaculação, o pênis deve ser retirado da vagina e o sêmen depositado longe dos genitais femininos.

4.2.1.2 Métodos reversíveis não naturais

Os métodos reversíveis não naturais impedem a fecundação através da utilização de dispositivos adequados, enquanto que outros se baseiam no uso de substâncias. Dividem-se em químicos que são substâncias químicas que podem ser utilizadas para evitar uma gravidez e mecânicos que são dispositivos que impedem a fecundação e a nidação. O único método reversível não natural mecânico é o DIU (dispositivo intra-uterino).

A) Métodos de barreira

No período fértil pode-se ter relação sexual, porém usando métodos anticoncepcionais de barreira, os quais impedem o espermatozoide de alcançar o óvulo. Esses métodos têm eficiência entre 75-99% na prevenção da gravidez (PIROTTA & SCHOR, 2007).

Os métodos de barreira evitam a gravidez porque impedem o acesso dos espermatozoides ao útero, através de obstáculos mecânicos, químicos ou mistos. Conhecidos há muito tempo, os mais populares são os preservativos masculinos. Sua utilização vem sendo altamente recomendada, graças ao efeito protetor contra DST/HIV/AIDS.

1. Preservativo Masculino

É um dos métodos anticoncepcionais mais difundidos no mundo, por ter um papel importante na prevenção, pois além de evitar a gravidez, impedindo que os espermatozoides penetrem na vagina. É recomendado pelos órgãos de saúde devido a sua eficácia na prevenção, é o único método comprovado para prevenir as DSTs, inclusive o HIV/Aids.

A camisinha é feita de látex, um tipo de borracha, mas há também camisinhas feitas de poliuretano, indicadas para pessoas que têm alergia ao látex. (FIG. 6) Alguns cuidados na colocação aumentam a eficácia desse preservativo, a camisinha deve ser colocada no pênis ereto (DUARTE, et al., 2003).

FIGURA 6. Preservativo masculino



É importante segurar a ponta da camisinha durante a colocação, deixando uma parte vazia, sem ar, para que o espermatozoide fique depositado ali depois da


ejaculação. Caso contrário, a camisinha poderá estourar ou o esperma subir para a base do pênis e entrar em contato com o corpo feminino. Deve ser usada somente uma vez e é preciso observar também os cuidados com o descarte. Não se deve utilizar material pontiagudo para abrir a embalagem com risco de inutilizar o látex.

Algumas são lubrificadas com silicone ou lubrificante à base de água, outras são revestidas com espermicidas além do lubrificante. Não podem ser utilizados com lubrificantes à base de óleo, devido ao risco de degradar a borracha. Apesar de ser o método mais adotado no mundo, o uso regular da camisinha ainda é insuficiente.

A camisinha masculina é o método contraceptivo mais simples. Tem baixo custo, e acesso relativamente fácil para todas as camadas da sociedade, não exige prescrição médica podendo ser adquirido em supermercados, farmácias e outros estabelecimentos comerciais, ou distribuído pelo governo.

Sua eficácia depende do uso, mas tecnicamente há 3% de chance de falha para o uso correto (DUARTE, et al., 2003). A tabela 5 abaixo apresenta as vantagens e desvantagens na utilização da camisinha.

TABELA 5 – Vantagens e desvantagens no uso da camisinha

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Não tem efeitos secundários e pode ser usado sem receita médica; • protege das doenças sexualmente transmissíveis (DST); • Fácil acesso (encontrado em farmácias, supermercados, oferecido por Centros de Saúde e hospitais); • Método económico; • É fácil de transportar. A embalagem permite que seja levado para qualquer lugar, desde que seja preservado do calor e não seja amassado; • tem uma eficácia de 98%, quando bem colocado; <p>* É o método mais indicado para jovens que querem iniciar a sua vida sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser desconfortável; • Pode romper durante a actividade sexual; • É descartável; • Requer cuidados (data de validade, colocação). 

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

2. Preservativo Feminino

A camisinha feminina é feita de um tipo de borracha, plástico ou poliuretano, com anéis flexíveis nas duas extremidades, um deles fechado e deve ser colocado no interior da vagina que impedem que os espermatozóides possam chegar às tubas

uterinas. O outro é aberto e deve ficar do lado de fora protegendo os pequenos e grandes lábios (FIG. 7) (FREGUGLIA & FONSECA, 2006).

FIGURA 7. Preservativo feminino



Assim como o preservativo masculino, este método é uma proteção da mulher contra gravidez e as DSTs. A camisinha feminina é fácil de ser usada, pode ser colocada até 8 horas antes da relação sexual. Ideal para lidar com os parceiros que se recusam a usar preservativos. Na tabela 6 as vantagens e desvantagens no uso do preservativo feminino.

TABELA 6 – Vantagens e desvantagens no uso do preservativo feminino

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Não faz mal à saúde e pode ser utilizado sem receita médica, não tem contra-indicações. • É de fácil transporte, pode ser guardado na bolsa. • Quando utilizado correctamente, oferece grande segurança para evitar a gravidez e as DST. • Oferece maior autonomia para a mulher, garantindo sua protecção independente do parceiro. • Algumas mulheres dizem que o anel externo estimula o clítoris facilitando a obtenção de prazer. • eficácia de 97,3% 	<ul style="list-style-type: none"> •Pode ser desconfortável; •Só é possível usá-lo uma única vez, visto que é descartável; •É preciso colocá-lo com cuidado; <div data-bbox="852 1653 1326 2033" style="text-align: right;"> </div>

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

Nunca use camisinha feminina junto com a masculina por causa do risco de aderência e ruptura. A eficácia do produto está diretamente ligada à qualidade do produto e ao seu uso correto. A camisinha feminina também é lubrificada e deve ser utilizada uma única vez. Não exige prescrição médica e a possibilidade de falha é de aproximadamente 5%, podendo chegar a 20% (FREGUGLIA & FONSECA, 2006).

3. Diafragma

O diafragma é um anel de metal flexível, recoberto por uma membrana de borracha fina, de forma côncava. Como uma barreira, é introduzido pela mulher na vagina, sobre o colo do útero antes da relação sexual (FIG. 8). Para aumentar sua eficiência, devem-se lubrificar as bordas com geléia espermicida (SOS CORPO, 2007).

Sua eficácia é menor que a da pílula do DIU e da camisinha. Ele evita a gravidez impedindo que os espermatozóides atinjam o útero e cheguem às tubas uterinas, devendo ser utilizado junto com um espermicida para garantir maior segurança.

FIGURA 8. Diafragma



Há vários tamanhos e para saber o mais adequado, a mulher deve fazer uma medição com um profissional de saúde capacitado. O papel deste profissional é

muito importante, pois existe um tamanho adequado para cada mulher, também para orientar como colocar e retirar o diafragma.


Deve ser colocado imediatamente antes da relação sexual ou com até 6 horas de antecedência e só pode ser retirado de 6 a 8 horas depois da última ejaculação. O espermicida colocado no diafragma só é atuante para uma ejaculação.

Quando na relação sexual houver mais de uma ejaculação, deve-se recolocar espermicida na vagina, com a ajuda de um aplicador. Isso deve ser feito sem mexer no diafragma. Recomenda-se a utilização do diafragma juntamente com pomada espermicida para aumentar a sua eficácia.

Este método tem pouca aceitação no Brasil. Seu uso depende do conhecimento da genitália feminina e uma série de cuidados na colocação e na retirada do produto. A possibilidade de falha desse método está entre 2% e 6%, podendo chegar a 20% (SOS CORPO, 2007).

As vantagens e desvantagens da utilização do diafragma estão listadas na tabela 7 abaixo:

TABELA 7 – Vantagens e desvantagens no uso do diafragma

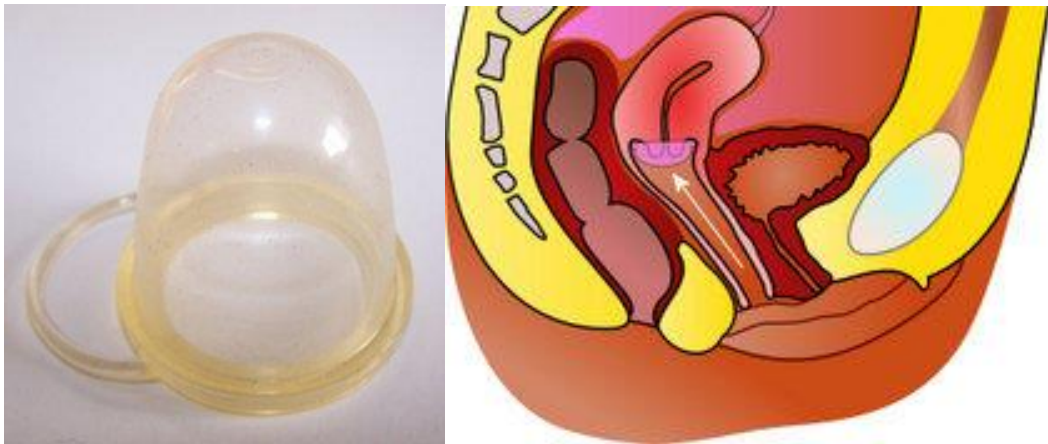
Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O diafragma pode ser usado em todas as fases de vida da mulher, da adolescência à menopausa. ▪ Contribui para que a mulher toque seus órgãos genitais e conheça melhor seu corpo. ▪ Não atrapalha a relação sexual pois, em geral, homens e mulheres não sentem sua presença. ▪ Não faz mal à saúde e nem interfere no ciclo menstrual. ▪ Pode ser usado com um espermicida, aumentando a proteção. ▪ Protege o colo do útero contra eventuais lesões e infecções durante a relação sexual. Oferece proteção inclusive contra algumas DST. ▪ Pode ser utilizado durante a amamentação, pois não interfere no leite ▪ Não é descartável, possui durabilidade entre 2 e 3 anos quando cuidado adequadamente. ▪ Pode ser usado junto com o preservativo masculino, aumentando assim, a proteção. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O diafragma exige disciplina em seu uso. ▪ Não evita todas as doenças sexualmente transmissíveis (DST). 

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

4. Capuz cervical

O capuz cervical é um dispositivo de borracha caliciforme ou látex em forma de dedal que se ajusta ao redor do colo uterino. Antes da relação sexual é usado com espermicida colocando-o dentro da vagina para tampar seu cervix (colo do útero) (FIG. 9). O dispositivo tem eficiência entre 80-90% para mulheres que ainda não tiveram filhos, e entre 60-80% para as que já foram mães (ROCHA, 2003).

FIGURA 9. Capuz cervical



Antes de usá-lo, levante o capuz contra a luz e olhe atentamente para quaisquer fissuras, buracos, ou manchas que indiquem fragilidade no mesmo (se achar quaisquer falhas, não o use). Encha um terço do capuz com geléia ou creme espermicida e empurre-o para cima na vagina de forma que ele cubra a cérvix. Sempre se deve colocar um espermicida em seu interior, antes de usá-lo

O capuz cervical pode ser deixado no local por mais tempo que o diafragma, sendo mais confortável, porém não deixe o capuz na cérvix por períodos mais longos que 48 horas. Nas mulheres obesas o encaixe do capuz pode ser difícil. Insira o capuz não mais do que 24 horas antes da relação sexual.

Não remova o capuz por pelo menos 6 a 8 horas após ter mantido relação sexual. Durante este tempo pode manter relações sexuais mais de uma vez sem remover o capuz. Para melhor prevenção aplique mais espermicida (ROCHA, 2003).

Os vários tipos de capuz são fabricados em tamanhos diferentes e precisa de assistência profissional para escolher o que melhor se encaixa, devendo ser ajustados no colo uterino por um médico.

Faça um acompanhamento médico através de exame de Papanicolaou após ter usado o capuz cervical por 3 meses para ter certeza de que a área ao redor da

sua cérvix não sofreu mudança. O dispositivo deve ser usado só por mulheres cujo resultado do exame foi normal. O capuz cervical é uma escolha imprópria até a sexta semana pós-parto e após um aborto (ROCHA, 2003).

Uma secreção vaginal com um odor desagradável pode aparecer se o capuz cervical for retirado tardiamente da cérvix. Limpe o capuz com sabão neutro e seque-o cada vez que o usar. Armazene-o em um lugar seco, longe do calor e luz.

O capuz cervical freqüentemente usado pode começar a perder seu formato, o ideal é utilizar um novo depois de uso prolongado ou se perceber quaisquer fissuras, buracos, ou manchas que denotam fragilidade. As vantagens e desvantagens do capuz cervical são as mesmas do diafragma (tabela 7), exceto o tempo o tempo de permanência dentro do colo do útero.

B) Métodos hormonais ou químicos

Geralmente são uma mistura de derivados sintéticos de estrogênios e progesterona, que inibem o aumento de LH (responsável pela ovulação) impedindo a concepção por inibir a ovulação pelo bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise. Algumas pílulas contêm apenas derivados da progesterona (PERSONA, et al., 2007).

É um método muito eficiente, mas deve ser sempre indicado por um médico. Modifica o muco cervical tornando-o hostil ao espermatozóide, altera as condições endometriais e modifica a contratilidade das tubas, interferindo no transporte ovular.

Outra opção são injeções desses hormônios a cada dois ou três meses ou o uso de pequenos tubos de plástico implantados sob a pele, que liberam hormônios. Os anticoncepcionais hormonais devem ser utilizados com indicação médica, pois podem trazer prejuízos à saúde se usados indevidamente.

Não devem ser usados por mulheres com mais de 35 anos e fumantes são contra-indicados para quem teve trombose, neoplasias, diabetes insulino dependentes, para mulheres com hipertensão arterial, hepatites, com problemas cardiovasculares, glaucoma, entre outros. Dependendo do tipo de hormônio que é feita, a pílula não deve ser utilizada por mulheres que estejam amamentando, pois reduz a quantidade de leite materno (PERSONA, et al., 2007).

1. Anticoncepcionais Orais (pílulas)

A pílula anticoncepcional (FIG. 10) é considerada um dos melhores métodos de prevenção de uma gravidez indesejada. São comprimidos feitos com substâncias químicas semelhantes aos hormônios estrogênio ou progesterona do corpo da mulher. Este método evita a gravidez de diferentes maneiras: as pílulas impedem a ovulação, evitam a nidação e engrossam o muco fértil, atrapalhando assim a passagem dos espermatozóides.

FIGURA 10. Pílulas anticoncepcionais / Míni-pílulas



A margem de segurança da pílula é de 99%, o que a torna o método anticoncepcional mais seguro de todos. Entretanto sua eficácia está relacionada ao modo pelo qual a mulher o utiliza, não deixando de tomar nenhum dia durante o uso da mesma cartela (VIEIRA, et al., 2002).

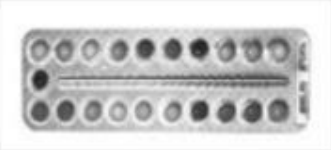
Os hormônios presentes na pílula impedem a ovulação e, conseqüentemente, a gravidez. Existem diversos tipos de pílula porque existem diversos tipos de mulheres. Por isso, é imprescindível a orientação médica para o uso desse método.

Existem diferentes tipos de pílulas é só o ginecologista pode avaliar corretamente as mulheres que podem, e as que não podem usar este método, além de escolher o tipo ideal para cada mulher.

Diferente da pílula combinada, a mini-pílula tem somente o hormônio progestina (progestágeno sintético), e não estrogênio mais progestina. Tomada diariamente, a mini-pílula reduz e engrossa o muco cervical para prevenir que o esperma alcance o óvulo. Ela também impede o ovo fertilizado de implantar-se no útero (VIEIRA, et al., 2002).

As vantagens e desvantagens no consumo de pílulas anticoncepcionais ou mini-pílulas estão descritos na tabela 8 abaixo:

TABELA 8 – Vantagens e desvantagens da pílula anticoncepcional

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> •A mulher toma diariamente a pílula não necessitando de utilizar outros métodos de contracepção na altura da relação sexual; •quando o uso da pílula é suspenso, os ovários voltam à função normal; •regula o ciclo menstrual, diminui o fluxo menstrual e alivia as dores menstruais; •eficácia de 98,5%. 	<ul style="list-style-type: none"> •Exige autodisciplina, pois deve ser tomada diariamente, sempre no mesmo horário. •Se a mulher se esquecer de tomar o comprimido poderá engravidar; •contra-indicado para: mulheres com mais de 35 anos e fumadoras, para quem teve trombose, diabetes, para mulheres que sofrem de hipertensão arterial, hepatites, com problemas cardiovasculares, cancro da mama, cancro do útero ou ainda enxaquecas; •não deve ser utilizada por mulheres que estejam a amamentar; •não previne contra as DST.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

A mini-pílula ainda diminui o fluxo da menstruação e protege contra câncer endometrial e de ovário. Mulheres amamentando podem usar a mini-pílula porque ela não afeta o suprimento de leite. A mini-pílula é uma boa opção para mulheres que não podem tomar estrogênio ou que têm risco de coágulos sanguíneos.

Se usada corretamente, a eficiência da mini-pílula é de 95-99,9% na prevenção da gravidez. Precisa de orientação médica para certificar-se que não terá problemas (VIEIRA, et al., 2002).

2. Pílula vaginal

A pílula vaginal é um método a base de hormônios artificiais (FIG. 11), que não permite que a mulher ovule, desta forma não há gravidez. Ela é utilizada diariamente e deve ser introduzida na vagina para ser absorvida pelo organismo e segue os mesmos princípios das pílulas orais. Essa opção normalmente é utilizada por pessoas que em problemas estomacais ou que enjoam demais com a pílula anticoncepcional oral (SCHOR, et al., 2000).

FIGURA 11. Pílula vaginal

Pode ter dificuldade de colocação. As contra-indicações são as mesmas das pílulas e da camisinha feminina. Sua eficácia é de 99%, a mesma das outras pílulas, segundo os fabricantes (SCHOR, et al., 2000).

Recomendam-se cuidados higiênicos, devendo sempre lavar bem as mãos antes de manipular a vagina. É importante estar bem esclarecida, havendo manipulado anteriormente e reconhecendo a abertura vaginal, para com os dedos afastar os pequenos lábios e fazer a colocação do comprimido dentro da vagina.

A exemplo dos anticoncepcionais orais deve ser administrado diariamente no mesmo horário. Vantagens e desvantagens do uso da pílula vaginal na tabela 9 abaixo.

TABELA 9 – Vantagens e desvantagens da pílula vaginal

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> •A mulher introduz diariamente e não precisa utilizar métodos na hora da relação sexual. •Como é colocada na vagina não causa mal estar estomacal, nem vômitos ou náuseas. •Quando suspenso o uso dessa pílula vaginal, os ovários voltam à função normalmente. •Regula o ciclo menstrual, diminui o fluxo menstrual e alivia as cólicas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Exige disciplina, pois deve ser introduzida na vagina diariamente, sempre no mesmo horário. Se a mulher esquecer de tomar o comprimido poderá engravidar. •Contra indicado para mulheres com mais de 35 anos e fumantes. •Não previne contra as DST. •Costuma ter um custo mais elevado do que as pílulas anticoncepcionais orais.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

3. Anticoncepcionais injetáveis

Os anticoncepcionais injetáveis são injeções de hormônios semelhantes àqueles que o ovário produz. Contém progesterona ou associação de estrogênios, para administração intramuscular, com doses hormonais de longa duração. Eles agem evitando a ovulação. Devem ser aplicados a cada 30 dias, ou a cada 3 meses,

conforme a composição (FIG. 12). Mas podem provocar muita irregularidade no ciclo menstrual (ROCHA, 2003).

FIGURA 12. Anticoncepcionais injetáveis



É utilizado em mulheres que não conseguem se lembrar de usar a pílula diariamente ou tem intolerância gastrointestinal aos hormônios. É um dos métodos mais eficazes (ROCHA, 2003). A tabela 10 abaixo mostra as vantagens e desvantagens do uso dos anticoncepcionais injetáveis

TABELA 10 – Vantagens e desvantagens dos anticoncepcionais injetáveis

Vantagens	desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Não interfere nas relações sexuais • Não precisa ser usada no dia a dia. • eficácia de 98,5% quando utilizada correctamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige os mesmos cuidados que a pílula anticoncepcional; • Alguns tipos acarretam sobrecarga hormonal, e conseqüente aumento da circulação sanguínea, com risco de aparecimento de varizes, hipertensão, trombose e problemas circulatórios; • Não deve ser utilizada por fumadoras ou mulheres acima de 35 anos de idade.

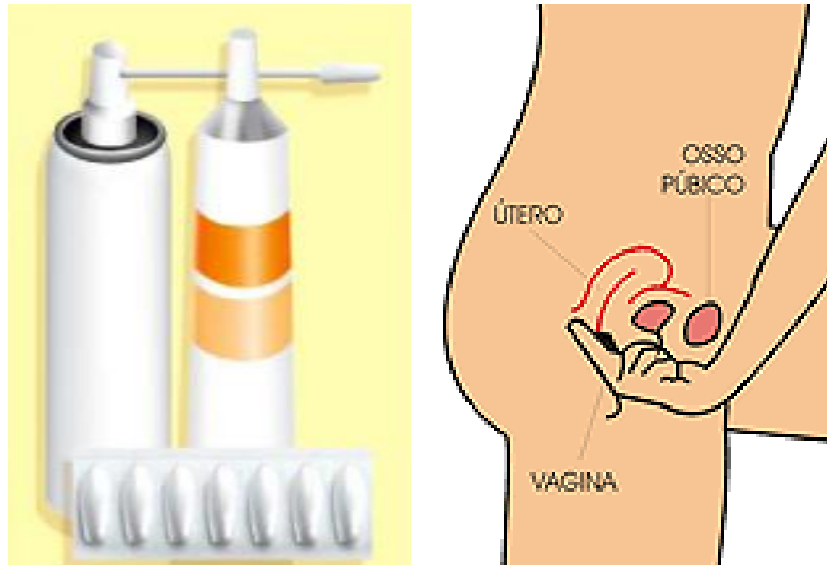
Fonte: UZUNIAN & BIRNER

Os anticoncepcionais injetáveis sempre devem ser utilizados sob orientação médica. Sua eficácia é semelhante à dos anticoncepcionais orais. Uma de suas desvantagens é a possibilidade de alteração do ciclo menstrual. É importante lembrar que não previne contra DSTs.

4. Espermicida Vaginal


São produtos químicos apresentados sob a forma de espuma, creme, geléias, pomadas ou cápsulas (FIG. 13). O objetivo do espermicida vaginal é imobilizar e destruir os espermatozoides, dificultando ou impedindo a penetração desses no canal cervical. Geralmente são utilizados em associações ao diafragma.

FIGURA 13. Espermicida vaginal



A tabela 11 mostra as vantagens e desvantagens na utilização dos espermicidas vaginais como método contraceptivo.

TABELA 11 – Vantagens e desvantagens dos espermicidas cervicais

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Não precisa ser usado todos os dias. • Não prejudica a saúde e nem interfere no ciclo menstrual. • Utilização simples 	<ul style="list-style-type: none"> • O tempo de acção dos espermicidas é de 2 h e necessita reaplicação em relações sexuais prolongadas ou repetidas; • Pode provocar reacções alérgicas; • Não protege das doenças sexualmente transmissíveis • Pouco eficaz

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

Os espermicidas devem ser colocados bem no fundo da vagina, no máximo, meia hora antes da relação sexual, com auxílio de um aplicador que vem junto com

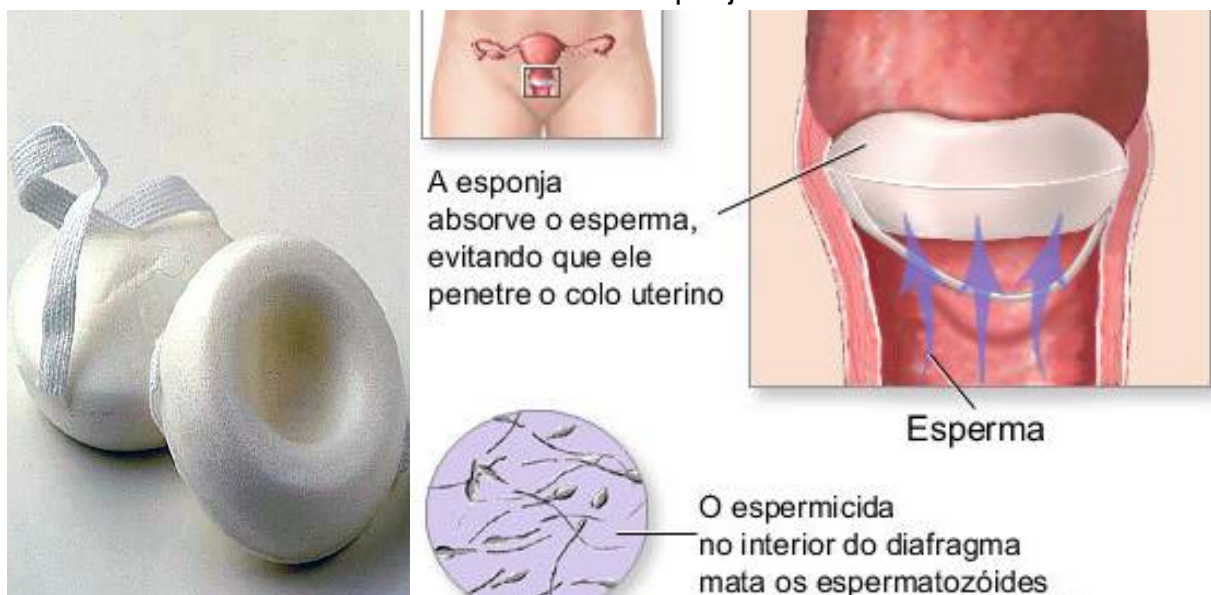
o produto. A mulher deve colocar o espermicida já deitada antes das relações sexuais e não se levantar mais, para evitar que ele escorra (MARTINS, et al., 2006).

Usados sozinhos têm uma segurança baixa, mas se forem usados em conjunto com o preservativo oferecem uma proteção eficaz. Os espermicidas devem ser colocados de novo, se houver mais de uma ejaculação na mesma relação sexual e se a ejaculação não ocorrer dentro do período de segurança garantido pelo espermicida (ver instruções de uso), deve ser feita nova aplicação.

5. Esponja Vaginal

A esponja cervical é de poliuretano, contém espermicida e alça para remoção, é umedecida com água e inserida profundamente na vagina de modo que repouse em contato com o cérvix (FIG. 14), liberando o espermicida nonoxynol-9. Absorve o sêmen e bloqueia a entrada dos espermatozóides no canal cervical, podendo ser utilizada combinadamente também com o diafragma ou preservativos (MARTINS, et al., 2006).

FIGURA 14. Esponjas



Cerca de 20% do espermicida é liberado em 24hs. Deve ser colocada imediatamente antes do ato sexual, devendo ser umedecida antes da inserção para ativar o espermicida. Como é descartável, só pode ser usada uma única vez.

Não se encontra amplamente disponível, é mais encontrada no exterior (TODAY sponge). Efeitos adversos incluem reações alérgicas no local, com secura

vaginal, leucorréia ou coceira. A taxa de falha é de 18 a 28%, sendo maior em múltiparas. Não é considerado um método eficaz (MARTINS, et al., 2006).

As vantagens da esponja cervical é que sua utilização é simples, não interfere no ciclo menstrual, não prejudica a saúde e não precisa ser utilizada todos os dias. As desvantagens é que precisa de reaplicar o espermicida em cada relação sexual, não protege contra DST e é pouco eficaz.

6. *Implante hormonal*

Consiste de um bastonete de plástico com 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro que é colocado na face interna da parte superior do braço, por baixo da pele, assegurando uma eficácia contraceptiva durante três anos (FIG. 15).

Implante anticoncepcional à base de hormônios contendo em um transportador de etilenovinilacetato, aprovado para 3 anos de uso. Vai liberando lentamente progesterona que evita a liberação mensal de oócitos secundários do ovário. O método inibe a ovulação, aumenta a viscosidade do muco cervical, inibindo a penetração do espermatozóide, e provoca atrofia do endométrio diminuindo sua espessura (TRUSSEL, 2008).


FIGURA 15. Implante hormonal



A sua colocação exige o recurso a anestesia local e é aplicado, pelo médico, através de uma agulha. Elimina o risco de esquecimento e é indicado para mulheres com história de anemia e de menstruações abundantes e para as que não podem ou não querem usar estrogênios. Algumas mulheres (cerca de 20%) podem manter-se sem menstruação durante algum tempo e muitas delas consideram uma vantagem. O implante pode ser sentido através duma palpação digital (TRUSSEL, 2008).

Na tabela 12 abaixo as vantagens e desvantagens da utilização do implante hormonal.

TABELA 12 – Vantagens e desvantagens do implante hormonal

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • À mulher não precisa de se preocupar com a utilização de outros métodos. • Quando o uso deste pilula é suspenso, os ovários voltam à sua função normal. • Eficácia de 98,5%. 	<ul style="list-style-type: none"> • É contra indicado para mulheres com mais de 35 anos e fumadoras. • Não protege das DST. • Com o passar do tempo reduz o ciclo menstrual e pode mesmo fazer com que a mulher não tenha menstruação • A sua utilização não pode ser interrompida instantaneamente, é necessário procurar um médico para retirar o implante.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

7. Anel vaginal

Anel flexível colocado na vagina pela própria mulher e mantido no lugar por 3 semanas (FIG. 16). Libera continuamente baixas doses de dois hormônios (estrogênio e prostagênio) que são absorvidos através da mucosa vaginal em doses baixas e constantes e inibem a ovulação. Após este período deve-se dar 1 semana de pausa e colocar um novo anel (DIAS-DA-COSTA, et al., 2002).

FIGURA 16. Anel vaginal



São práticos, pois são trocados semanalmente ou a cada três semanas, sendo ideais para mulheres que se esquecem de tomar a pílula diária. O desenho oval e a sua flexibilidade garantem uma adequada adaptação aos contornos da vagina, posicionando-se de forma fácil numa porção menos sensível da vagina conferindo total conforto para a mulher, inclusive durante a relação sexual. Assim como a pílula combinada, a mulher está protegida durante todo o ciclo, incluindo a semana sem o anel.

8. Adesivo anticoncepcional

Trata-se de um adesivo fino, bege, de 4 x 4 cm que deve ser colado à pele e trocado 1 vez por semana, que pode ser usado em quatro áreas do corpo, nádegas, tórax (excluindo os seios), costas ou na parte externa do membro superior (FIG. 17).

A mulher inicia o método no primeiro dia de menstruação e fica com o contraceptivo colado à pele por sete dias consecutivos. No fim da terceira semana, ele é retirado e a mulher fica sete dias sem usar para que ocorra a menstruação.

O adesivo é uma forma recente de contracepção, mas com eficácia igual a dos anticoncepcionais orais, entre 99,3% a 99,6% e possui os hormônios (estrogênio e progestágeno) que caem diretamente na corrente sanguínea e inibem a ovulação. Em cada embalagem tem três adesivos, um para cada semana (num total de 21 dias) (ESPIRITO-SANTO, et al., 2004).

FIGURA 17. Adesivo



Este método é eficiente para as mulheres que se esquecem de tomar as pílulas orais. Se a mulher pára de usar o adesivo, ela retoma a fertilidade, podendo engravidar, diferentemente do método injetável trimestral, em que a mulher volta a fertilidade normal após seis meses.

As vantagens e desvantagens na utilização dos adesivos anticoncepcionais estão listadas na tabela 13 abaixo.

TABELA 13 – Vantagens e desvantagens do adesivo anticoncepcional

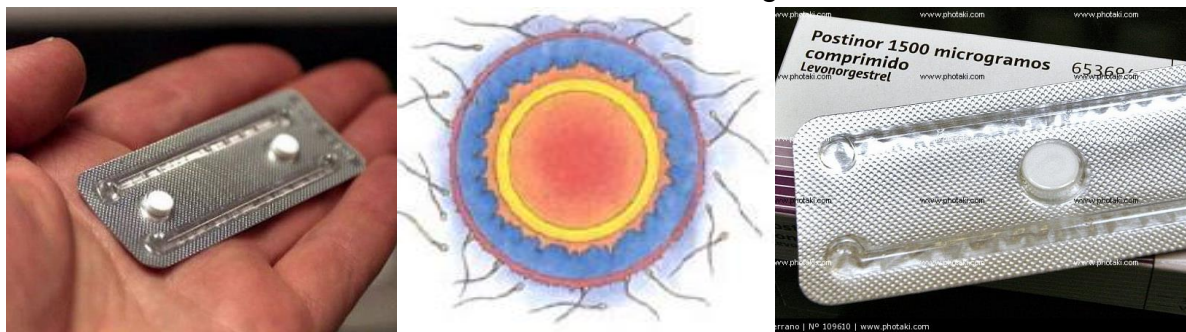
Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> ▪Regulada as menstruações, podem ser mais leves e menos dolorosas; ▪Benefícios comparados com as pílulas orais: pode ser menos afectado por antibióticos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Não protege contra as DST's: ▪Ganho de peso ▪Riscos: Taxas de TVPs (Trombose Venosa Profunda) similares às pílulas orais combinadas.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

9. Contraceção de Emergência ou Pílula do Dia Seguinte

Consiste em tomar uma pílula especial nas primeiras 72 horas após relação sexual e houver risco de gravidez (dose única ou duas com intervalo de 12 horas) (FIG. 18). Quanto antes for o início do tratamento, maiores serão as probabilidades de sucesso. Pode ter muitos e fortes efeitos secundários. Quanto mais rápido é o uso maior a eficácia (BELZER, 2003).


FIGURA 18. Pílula do Dia Seguinte



É um método contraceptivo para situações de emergência. Os anticoncepcionais de emergência, também chamados pós-coitais ou do dia seguinte, são métodos alternativos de anticoncepção para serem usados em situações especiais, principalmente nos casos de relação sexual desprotegida, não planejada, uso inadequado de métodos anticoncepcionais, falha anticoncepcional presumida e violência sexual.

As vantagens e desvantagens da utilização da pílula do dia seguinte estão listadas abaixo (tabela 14).

TABELA 14 – Vantagens e desvantagens da Contracepção de Emergência

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> - O único método contraceptivo que pode ser utilizado pela mulher após a relação sexual. - no caso de não resultar, o método, não causa efeitos colaterais no feto. -Previne a Gravidez não planeada. -Esta pílula pode ser usada sobre forma de dose pronta (com eficácia média de 99,9%) ou através de doses combinadas (método YUSPE) a partir de pilulas anticoncepcionais orais (com eficácia média de 96,8%). 	<ul style="list-style-type: none"> -Os comprimidos possuem alta concentração de hormonas e só devem ser utilizados em casos de emergência. -Em mulheres que amamentam, pode diminuir a quantidade do leite materno. -Os comprimidos podem causar efeitos secundários como: náuseas, vômitos, tontura e dor de cabeça. -Provoca o adiamento ou antecipação da menstruação por alguns dias. -O seu uso frequente, desregula o ciclo menstrual e facilita a gravidez mais do que os outros métodos. -Medicamentos, como barbitúricos e alguns antibióticos, podem reduzir a eficácia deste método. -Não protege das DST.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

É feito a base de doses fortes de hormônios (levonorgestrel) que impedem a ovulação e a mobilidade dos espermatozoides no útero, impedindo a fecundação e, conseqüentemente a gravidez (BRASIL, 2005).

Bloqueia a ação da progesterona fazendo com que o útero solte seu revestimento de modo que o zigoto não tem onde se implantar. Não deve ser utilizada como método contraceptivo, mas apenas numa situação de emergência, por causa da elevada concentração de hormônios (BELZER, 2003).

Não é um método para ser usado com freqüência, só em situações de emergência, pois usado regularmente ou com repetição pode desregular o ciclo menstrual e facilitar a gravidez. Quando tomado regularmente tende falhar mais que os outros contraceptivos de uso regular.

Pode haver efeitos colaterais e não deve ser usado se o embrião já estiver implantado no útero. Há tipos diferentes desse medicamento, devendo ser usada sob orientação médica e nunca como método de rotina, mas apenas em circunstâncias excepcionais.

A eficácia do tipo de pílula mais utilizado pode chegar a 95% quando iniciada nas primeiras 24 horas, de 85% entre 25 e 48 horas e de 58% entre 49 e 72 horas. Por não se tratar de um método de barreira, assim como os demais métodos hormonais, não previne contra DST/AIDS (BRASIL, 2005).

Além da preocupação com os efeitos colaterais, que são poucos, uma grande preocupação dos usuários e até dos profissionais médicos é a crença de que os anticoncepcionais de emergência seriam micros abortivos.

C) Sistemas intra-uterinos ou mecânico

Trata-se de um método efetivo e seguro. Porém, apesar de sua segurança e alta eficácia, esses métodos ainda são pouco usados, pelo desconhecimento de sua existência, de sua forma de uso, de seus mecanismos de ação, pela falta de formulações específicas aprovadas para esse uso ou pelas informações distorcidas a respeito de seus mecanismos de ação e de sua legalidade.

Em um estudo com 515 pacientes, cujo dispositivo intra-uterino foi inserido até cinco dias após a relação desprotegida, ocorreram dois casos de falha do método, que resultaram em gestações, a taxa de remoção foi de 14,9% nas pacientes nulíparas e 3,5% nas multíparas, não houve falha no procedimento de inserção ou infecção pélvica associada ao procedimento (LIYING & BILIAN, 2007).

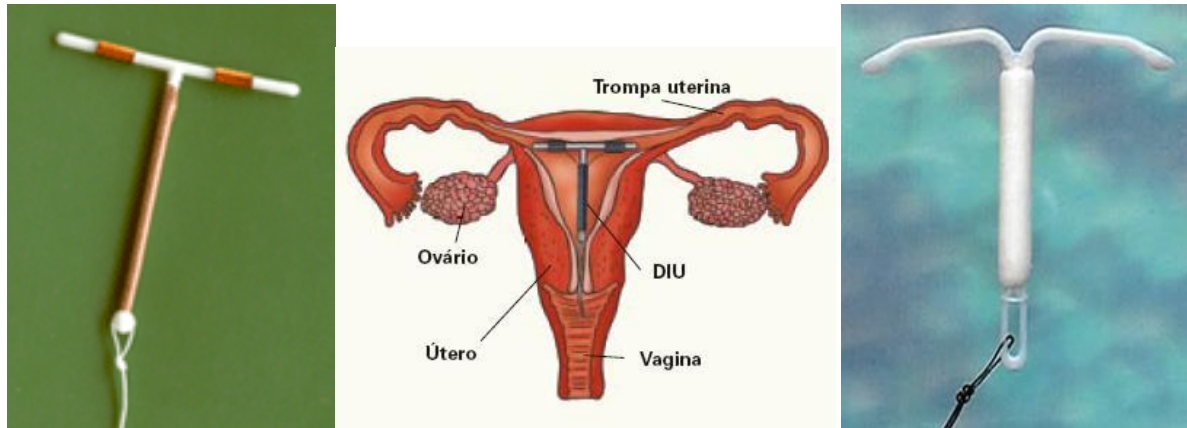
As mulheres que fazem opção por tal método devem ser submetidas aos mesmos critérios de uso a que são submetidas às usuárias regulares desse método. Podem sofrer os mesmos efeitos colaterais, que são os principais responsáveis pela descontinuidade do método, ou seja, aumento do sangramento menstrual e da dismenorréia (FASOLI, et al., 2008).

1. Dispositivo intra-uterino - DIU

O DIU T de cobre, que é um pequeno dispositivo em forma de T que pode ser usado por um período de 7 a 10 anos. Não tem hormônio. É 99% eficiente na prevenção da gravidez. O DIU T de cobre é em forma de T, onde braços do T contêm algum cobre, o que interrompe a fertilização ao prevenir que o esperma passe pelo útero em direção aos tubos de falópio (OLINTO & GALVÃO, 2005).

O DIU é colocado através da vagina, dentro do útero da mulher para evitar a gravidez de diferentes maneiras. Existem dois tipos de DIU (FIG. 19):

FIGURA 19. Dispositivo intra-uterino / DIU de cobre e DIU de progesterona



Se a fertilização ocorrer, o DIU pode prevenir o ovo fertilizado implantar-se no revestimento do útero. Ele não a protege contra doenças sexualmente transmissíveis. É um método seguro, mas podem ocorrer aumento de cólicas, dores e sangramento na menstruação (OLINTO & GALVÃO, 2005).

A tabela 15 mostra as vantagens e desvantagens da utilização deste método.

TABELA 15 – Vantagens e desvantagens do Dispositivo intra-uterino

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Depois de ser colocado, o DIU pode permanecer no útero por vários anos. Dependendo do tipo, (5 a 10 anos). • Pode ser colocado 60 dias após o parto. • Não exige disciplina no seu uso, porque permanece continuamente no corpo da mulher; 	<ul style="list-style-type: none"> • DIU não é recomendado na presença ou suspeita de: gravidez, cancro no útero ou nas trompas, malformação no útero, hemorragias e presença de anemia constante. • DIU aumenta a possibilidade de inflamações e de manutenção no caso de aquisição de alguma DST. • Na presença de DST, o DIU não deve ser recomendado. Caso já esteja em uso, deve ser retirado. • A inflamação deve ser tratada antes da colocação do DIU. • Exige um acompanhamento médico periódico. • Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

E o DIU de progesterona, que é um pequeno dispositivo plástico em forma de T que é colocado dentro do útero e pode permanecer durante 5 anos, e que tem a vantagem de ter baixa dosagem de hormônio, não influencia no ciclo hormonal (ovulação) e diminui o sangramento vaginal, podendo até suspender a menstruação. É 98% eficiente na prevenção da gravidez.

Ele contém o hormônio progesterona, o mesmo produzido pelo ovário durante o ciclo menstrual. A progesterona faz com que o muco cervical fique espesso, de modo que o espermatozoide não consegue alcançar o ovo, e o ovo fertilizado fica impedido de implantar-se dentro do revestimento do útero. Sua eficácia se assemelha à pílula anticoncepcional quando bem posicionado (OLINTO & GALVÃO, 2005).

Os dois casos requerem visita ao médico para a implantação do DIU e verificar se não está havendo nenhum problema. Somente um médico pode colocar e retirar o DIU, e saber se a mulher pode usar este tipo de método. A colocação do DIU é simples, rápida e feita por profissionais bem treinados para colocá-lo. Não precisa de anestesia. A época ideal para colocar o DIU é durante a menstruação.

A vagina, o útero e as trompas devem estar saudáveis. Se os exames ginecológicos e teste de DST, mostrarem alguma alteração é preciso se tratar antes da colocação do DIU, que depende de assistência médica constante.

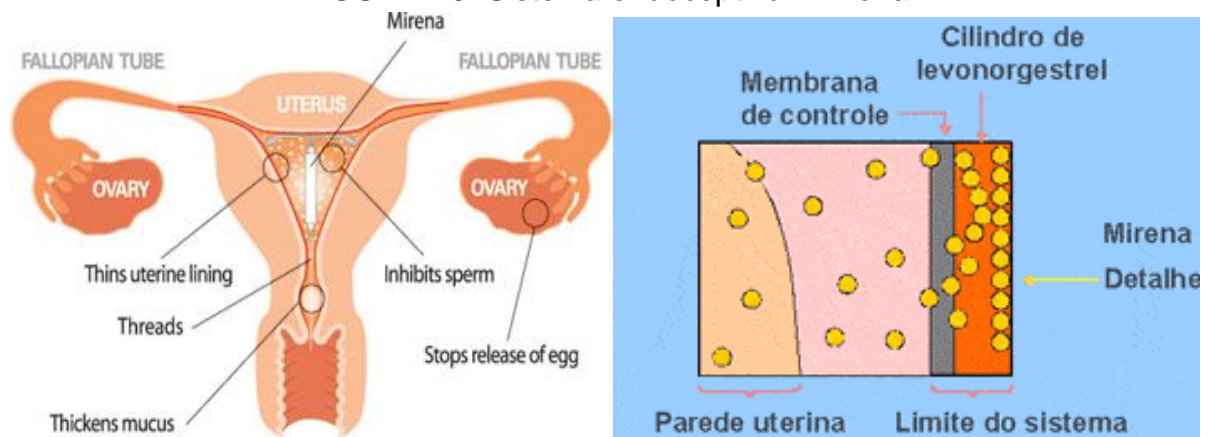
Há risco de expulsão, perfuração do útero ou incrustação do DIU na parede interna do útero. O DIU pode ser uma opção anticoncepcional de emergência para algumas mulheres, principalmente para aquelas que desejam continuar a usá-lo como método anticoncepcional de longa duração (OLINTO & GALVÃO, 2005).

2. Dispositivo intra-uterino combinado com hormônios ou Sistema Intra-Uterino (Endoceptivo) - MIRENA

De plástico ou de metal, com um reservatório que contém um hormônio que provoca a atrofia do endométrio e inibição da passagem do espermatozoide através da cavidade uterina (FIG. 20).

Mirena é um sistema intra-uterino que libera hormônio (levonorgestrel) diretamente no útero. Pode ser utilizado como método anticoncepcional, no tratamento de distúrbios menstruais e na terapia de reposição hormonal.

Sistema endoceptivo em forma de "T" com 32 mm de comprimento, radiopaco, cuja haste vertical é revestida com um cilindro de polidimetilsiloxano de 19 mm de comprimento contendo 52 mg de Levonorgestrel.

FIGURA 20. Sistema endoceptivo - Mirena

A taxa de gravidez acumulada até 5 anos utilizando o Mirena é de 0 - 0,2% por 100 mulheres. Esta taxa é similar à da esterilização cirúrgica e é muito baixa em todos os grupos etários. Alguns estudos indicam que as taxas de continuação de uso contínuo do Mirena durante 5 anos variam entre 33 a 46,9% por 100 mulheres (DÍAZ & DÍAZ, 2000).

As causas mais frequentes de abandono de uso são amenorréia, dor e expulsão. A frequência de encerramentos por gravidez e infecção é muito baixa, em torno de 1% ou menos (DÍAZ & DÍAZ, 2000).

D) Método sintotérmico

Este método engloba todos os anticoncepcionais naturais e utiliza também a palpação do útero durante o ciclo, de modo que se consiga detectar com mais rigor o período fértil da mulher (FIG. 21). É um método mais fisiológico. Entretanto, como não é muito eficaz, necessita de grande motivação, rigor nos cálculos e colaboração do casal (LEITE, 2003).

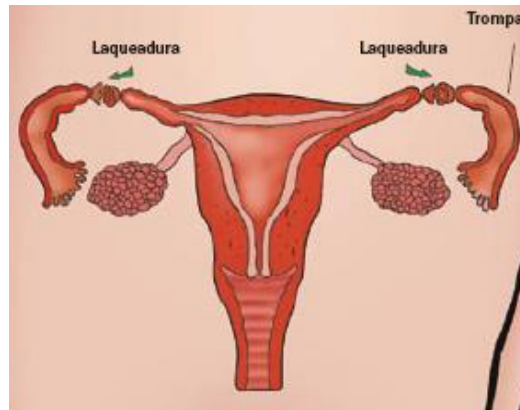
FIGURA 21. Sistema sintotérmico

4.2.1.3 Métodos irreversíveis cirúrgicos

1. Laqueadura

Método contraceptivo cirúrgico e definitivo, através da ligadura ou corte das tubas uterinas impedindo (FIG. 22), o encontro dos gametas masculino e feminino na esterilização feminina (ligadura de trompa ou laqueadura tubária), a tuba uterina é cortada e seus cotos são amarrados. Com isso, embora continue a ser produzido, o óvulo não é fecundado, uma vez que foi interrompida a ligação entre o ovário e o útero (HARDY, et al., 2003).

FIGURA 22. Laqueadura



A tabela 16 mostra as vantagens e desvantagens na utilização da laqueadura como método contraceptivo.

TABELA 16 – Vantagens e desvantagens da laqueadura

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> •A mulher não precisa mais de utilizar outros meios para evitar a gravidez. • Eficácia de 100%. •Sem efeitos secundários. 	<ul style="list-style-type: none"> •Trata-se de uma cirurgia, portanto com os mesmos riscos que qualquer outra, exigindo exames pré-operatórios, internamento e anestesia. • A cirurgia é definitiva e irreversível, pois o retorno favorece gravidez nas trompas e não é recomendado. • Várias mulheres se arrependem de não poder engravidar mais, anos após a realização da cirurgia, apesar de no momento da operação terem tido certeza da escolha. • Este método não protege contra as DST. •Método irreversível. •Apenas para mulheres com mais de 25 anos.

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

A tabela 17 mostra as vantagens e desvantagens na utilização da vasectomia como método contraceptivo.

TABELA 17 – Vantagens e desvantagens da vasectomia

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> •Este método não altera o desempenho sexual. •Favorece a participação do homem na contracepção. • A cirurgia é simples, com anestesia local e pode ser realizada em consultório não havendo necessidade de internamento. •Não há mais necessidade de uso de outros métodos contraceptivos. •Eficácia de 100% 	<ul style="list-style-type: none"> •Por ser uma cirurgia, necessita de exames pré operatórios. •A cirurgia é de difícil reversão por isso deve ser uma escolha bem pensada. •Há muitos casais que se arrependem ou homens que casam com novas parceiras que desejariam ter filhos. • É necessário o uso de outro método contra a gravidez nas próximas ejaculações após a cirurgia. •Este método não protege contra as DST. •Método irreversível •Apenas para homens com mais de 25 anos

Fonte: UZUNIAN & BIRNER

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não adianta apenas saber da existência dos diferentes métodos contraceptivos, é essencial o conhecimento de seu funcionamento, sua eficácia, vantagens e desvantagens. O desconhecimento desses fatores leva ao seu uso inadequado, com o risco de uma gravidez indesejada.

Ao recomendar o conjunto dos métodos anticoncepcionais disponíveis o Ministério da Saúde reafirma a autonomia e a liberdade da escolha para os usuários do Sistema Único de Saúde, incluindo o direito a informações, assistência especializada e acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos, sem discriminação, coerção ou violência.

Porém, apesar da prevalência de uso de anticoncepção no Brasil ser muito alta, se comparada a outros países do Terceiro Mundo, concentra-se apenas na pílula e na laqueadura, indicando deficiências do programa de Planejamento Familiar, levando a refletir sobre alguns pontos que podem estar vinculados ao serviço e profissionais de saúde e aos usuários.

Como a possibilidade de escolha livre e informada; acesso e oferta satisfatória dos métodos anticoncepcionais; competência técnica dos profissionais de saúde que realizam as atividades educativas, de aconselhamento e clínicas e qualidade da comunicação interpessoal.

O conhecimento sobre métodos contraceptivos pode contribuir para que os indivíduos escolham o que é mais adequado ao seu comportamento sexual e condições de saúde, bem como para seu uso de forma correta. Assim, esse conhecimento deve estar relacionado à prevenção da gravidez indesejada, ao aborto provocado, a mortalidade materna e outros agravos à saúde relacionados à morbimortalidade reprodutiva.

Promover o acesso a tais informações e aos meios para a regulação da fecundidade é um dos aspectos importantes do planejamento familiar, uma das ações do PAISM.

Entretanto, estes programas não estão cumprindo a assistência que as mulheres necessitam, principalmente a orientação e o acompanhamento das questões relacionadas às práticas contraceptivas e à escolha do método a ser

utilizado. Além de não incentivarem a participação masculina no processo de regulação da fecundidade.

O governo deveria incentivar através de campanhas, cursos, palestras e encartes, etc, os profissionais de saúde a aconselhar as mulheres de acordo com a sua situação de vida, fazendo uma pesquisa dos hábitos sexuais dessas mulheres, para então destinar os recursos específicos conforme a demanda de cada comunidade. Faz-se necessário que considerem a individualidade de cada mulher, dado que cada uma possui sua história de vida, condições econômicas e bens sociais específicos.

Também é preciso, a cada dia, fortalecer a importância dos programas de PF e PAISM nas comunidades, com fornecimento de subsídios para que se possam planejar ações de saúde para as mulheres e a implementação dos programas em âmbito local. Só assim, estas mulheres, poderão usar e escolher métodos contraceptivos, conforme os conhecimentos adquiridos.

A sociedade e seus dirigentes devem efetivamente voltar seus esforços para garantir a consolidação destes programas de atenção à saúde da mulher, enfatizando a informação, a orientação e o acesso à anticoncepção, tomando em conta os princípios dos direitos reprodutivos.

VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, EML, HEILBORN ML, KNAUTH D, BOZON M, ALMEIDA MC, et al. **Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais.** Cad Saúde Pública;19(2):377-88, 2008.

AZEREDO, S. & STOLCKE, V. **Direitos Reprodutivos.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas, p.11-24. 2001.

BARROSO, C. **A esterilização no Brasil.** Brasília (DF):Ministério da Saúde; 1988.

BELZER, M. **Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use.** Journal of Adolescent Health, n. 32(2), p.122-123, 2003.

BEMFAM - SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997. **Brasil – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.** Rio de Janeiro: BEMFAM. 6ªed, 2003.

BERQUÓ, E. **Brasil – Um Caso Exemplar: Anticoncepção e Partos Cirúrgicos.** Trabalho apresentado no Seminário “A Situação da Mulher e o Desenvolvimento”. Campinas: Núcleo de Estudos Populacionais – NEPO, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. 2003.

BERQUÓ, E. **Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil.** In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; p. 113-26, 2004.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.** Brasília (DF): 6ed, 2002.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988.** Constituição Federal. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2002a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico.** 4ª edição, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 152 p. 2002b.

BRASIL. 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; p.33. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anticoncepção de emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRUCE J. **Fundamental elements of the quality of care: a simple framework**. New York: Population Council; (Working Papers 1). 2008.

CAPPELLIN, P. **Conciliar vida familiar e trabalho em tempo de crise no emprego: territórios e fronteiras entre público e privado**. In: ARAÚJO, C. & SCALON, C. *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

CARVALHO LEC, CECATTI JG, OSIS MJD, SOUSA MH. **Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária**. *Cad Saúde Pública* nov-dez, 20 (6), 1565-74, 2004.

COSTA, A. M. **PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; 2002

DIAS-DA-COSTA, J. S.; GIGANTE, D. P.; MENEZES, A. M. B.; OLINTO, M. T. A.; MACEDO, S. **Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999**. *Cad Saúde Pública*; 18:93-9, 2002.

DÍAZ J & DÍAZ M. **Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças**. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; p. 209-33, 2000.

DUARTE, G. A.; ALVARENGA, A. T.; OSIS, M. J. D.; FAGÚNDES, A.; SOUSA, M. H. **Participação masculina no uso de métodos contraceptivos**. *Cad Saúde Pública*; 19:207-16, 2003.

ESPIRITO-SANTO, DC, TAVARES-NETO J. **A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil**. *Cad Saúde Pública*; 20:562-9, 2004.

FASOLI, M.; PARAZINI, F.; CECHEPTI G & LA VECCHIA, C. **Postcoital contraception: a overview of published studies**. *Contraception* 39: 459-468, 2008.

FIGUEIREDO, R; PORTO ALVES, M. C.; ESCUDER, M. M.; PUPPO, L. R. **Impacto do uso de contracepção de emergência sobre uso de preservativos entre adolescentes.** Anais da Conferência Internacional de AIDS, México, 2008.

FREGUGLIA, J. & FONSECA, M. Métodos contraceptivos. **Revista Superinteressante.** ed.107, 20p., agosto 2006.

GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p. 113-26.

GIFFIN, K. **Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações de uma Perspectiva de Gênero Transversal.** In Seminário Saúde e Desigualdades: Instituições e Políticas Públicas no Século XXI, ENSP/OPAS, São Paulo: 2001.

HARDY E, OSIS MJD, FAÚNDES A, ALVES G, PINOTTI JA. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. **Rev Ginecol Obstet 4(2): 70-76, 2003.**

HIRATA, H. **O universo do trabalho e da cidadania das mulheres – um olhar do feminismo e do sindicalismo.** In: COSTA, A. A.; OLIVEIRA, E. M.; LIMA, M. E.; SOARES, V. Reconfigurações das Relações de Gênero no Trabalho. São Paulo: CUT Brasil, 2004.

LEITE, I. C. **Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991.** Cad Saúde Pública; 19:1005-16, 2003.

LIYING, Z & BILIAN, X. **Preliminary analysis of a multicenter clinical trial using Multiload Cu 375SL for emergency contraception.** Adv Contracept 14:161-70, 2007.

MARTINS-COSTA, S, RAMOS JGL. A questão das cesarianas. **Rev Bras Ginecol Obstet.;27(10):571-4, 2005.**

MARTINS, L. B. M.; COSTA-PAIVA, L.; OSIS, M. J. D.; SOUSA, M. H.; PINTO NETO, A. M. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais. **Rev Saúde Pública.;40(1):57-64, 2006.**

MORAES, A. **Constituição do Brasil Interpretada.** 2. ed. São Paulo, SP: Editora Atlas, 2003.

MOURA, E. R. F. & SILVA, R. M. **Competência profissional e assistência em anticoncepção**. Rev Saúde Pública.;39(5):795-801, 2005.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4ª ed. Brasília (DF), 2002.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999**. Ano Internacional da Mulher. Brasília (DF); 2004.

OLINTO, MTA & GALVÃO LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev Saúde Pública**;33(1):64-72, 2005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1992. **Preservativo Masculino: hoje mais necessário do que nunca!** Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

OSIS, M.J.D. **Esterilização e gravidez na adolescência**. In: VIEIRA EM, FERNANDES MEL, BAILEY P, MCKAY A. Seminário gravidez na adolescência. São Paulo: Associação Saúde da Família/ Family Health International; p. 67-73, 1998.

OSIS, M. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad Saúde Pública;14 Suppl 1:25-32, 2006.

PENTEADO LG, CABRAL F, DÍAZ M, DÍAZ J, GIRÓN L. **Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil**. Stud Fam Plann. Dec; 32(4):315-28. 2001.

PERSONA, L, SHIMO AKK, TARALLO MC. **Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador**. J Adolescent Health;25(2):166-72. 2007.

PIROTTA, K. C. M. & SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev Saúde Pública**;38(4):495-502, 2007.

ROCHA, M. I. B. **Política demográfica e parlamento. Debates e decisões sobre o controle da natalidade** [tese doutorado]. Campinas: Núcleo de Estudos da População da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

SCHOR, N, FERREIRA AF, MACHADO VL, FRANÇA AP, PIROTTA KC. **Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais.** Cad Saúde Pública; 16:377-84. 2000

SOARES, G. S.; LIRA, L.; ARRUDA, A. **Programa de Planejamento Familiar (P.F.) – A representação social de profissionais de Saúde e usuárias nos Centros de Saúde de João Pessoa - PB, Cunha - Coletivo Feminista.** João Pessoa, 78p. 2007.

SOBRINHO, D. F. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, FNUAP, 203p. 2003.

SOS CORPO. GRUPO DE SAÚDE DA MULHER. **Viagem ao mundo da contracepção: um guia sobre os métodos contracepcionais.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 2007.

SPINDEL, C. **O uso do trabalho da mulher na indústria do vestuário.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2003.

TAYLOR, T. **The Prehistory of sex.** 4, 2006.

TRUSSEL, J. **Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods.** Family Planning Perspectives, 26(2):66-72, 2008.

UNFPA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. In: CAETANO, A. J.; ALVES, J. E. D., CORRÊA, S. **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil.** 1 ed. Campinas: BEP/UNFPA, , v. 1, p. 21-47, 2008.

UZUNIAN, A. & BIRNER, E. **Biologia.** São Paulo: Harbra, v. único. 2004

VIANNA, AS, OSIS MJD, CECATTI JG. **Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais em uma coorte de mulheres de Campinas, São Paulo, Brasil.** In: Anais da 23ª Reunião da Associação Latino-Americana de Investigadores em Reprodução Humana; Cuzco-Peru. p. 144, 2005.

VIEIRA, E. M. Características da anticoncepção. **Rev Saúde Pública**, v.36(3):263-70, 2001.

VIEIRA, E. M. **Regret after female Sterilization among low-income women in São Paulo, Brasil** [Thesis]. Exeter (UK): Faculty of Social Studies, University of Exeter; 2004.

VIEIRA, E.M; BADIANI, R.; DAL FABBRO, A. L.; RODRIGUES Jr., A.L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**; 36:263-70, 2002.

WANG B; Li X; STANTON B; YANG H; FANG X; ZHAO R. **Vaginal douching, condom use, and sexually transmitted infections among Chinese female sex workers**. *Sex Transm Dis.*; 32(11):696-702, 2005.