

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ÉLIDA DE FÁTIMA DINIZ SOUZA**

**A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais  
na Estratégia de Saúde da Família**

**JOÃO PESSOA (PB)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ÉLIDA DE FÁTIMA DINIZ SOUZA**

**A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais  
na Estratégia de Saúde da Família**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – área temática: saúde da mulher, neonatal e do lactante do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza**

JOÃO PESSOA (PB)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais na Estratégia de Saúde da Família de autoria do aluno Élide de Fátima Diniz Souza foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área temática: saúde da mulher, neonatal e do lactante.

---

**Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

JOÃO PESSOA (PB)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico a minha filha Anna Beatriz, ao meu esposo Victor Joseh e aos meus familiares, pela paciência e compreensão.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. MÉTODO.....	11
2.1 Tipo de estudo.....	11
2.2 Local do estudo.....	11
2.3 Coleta de dados.....	11
2.4 Análise de dados.....	12
2.5 Posicionamento ético.....	12
3. RESULTADO.....	13
3.1 Descrevendo os Resultados - A Fundamentação Teórica Encontrada.....	13
3.1.1 Estratégia de Saúde da Família.....	13
3.1.2 Planejamento Familiar.....	14
3.1.3 Métodos Contraceptivos.....	14
3.1.3.1 Métodos Comportamentais.....	16
3.1.3.2 Métodos de Barreira.....	19
3.1.3.3 Métodos Hormonais.....	23
3.1.3.4 Método da Amenorréia e Lactação (LAM).....	26
3.1.3.5 Métodos Definitivos.....	27
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
ANEXOS.....	32

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Método do Muco cervical. ....	<b>17</b>
<b>Figura 2.</b> Método da Temperatura Basal Corporal. ....	<b>17</b>
<b>Figura 3.</b> Método Ogino-Knauss. ....	<b>18</b>
<b>Figura 4.</b> Método Sinto-Termico. ....	<b>19</b>
<b>Figura 5.</b> Preservativo Masculino. ....	<b>20</b>
<b>Figura 6.</b> Preservativo Feminino. ....	<b>21</b>
<b>Figura 7.</b> Diafragma. ....	<b>22</b>
<b>Figura 8.</b> Espermicida. ....	<b>23</b>
<b>Figura 9.</b> Dispositivo Intrauterino. ....	<b>24</b>
<b>Figura 10.</b> Aleitamento Materno. ....	<b>27</b>
<b>Figura 11.</b> Laqueadura e Vasectomia. ....	<b>27</b>

## RESUMO

**SOUZA, E.F.D. A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais na Estratégia de Saúde da Família. 2014. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Linhas de cuidados em Enfermagem área temática: saúde da mulher, neonatal e do lactante; Universidade Federal de Santa Catarina, João Pessoa –PB.**

O planejamento familiar é um programa de início da política de assistência integral à mulher. Desta forma as unidades devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas. A escolha do método contraceptivo, que deve ser mediada por um profissional capacitado com a finalidade de promover orientações acerca da eficácia, reversibilidade, proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e a disponibilidade do contraceptivo na unidade. Observo que os profissionais da área estão dispersos no conhecimento dessa temática na realização da consulta de orientação, por isso é de essencial importância que todos possuam esse conhecimento. Portanto, este estudo tem como objetivo geral descrever os métodos contraceptivos e contribuir para uma melhor compreensão acerca do planejamento familiar realizada pelos profissionais. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de material como: livros, periódicos, artigos, internet, todos pertinentes a temática em questão, realizadas nas bibliotecas de instituições públicas e privadas da cidade de João Pessoa, PB. Existem vários métodos anticoncepcionais e são divididos em: métodos comportamentais são o Billings, a temperatura basal corporal, o Ogino-Knauss, o coito interrompido e sintotérmico. Os métodos de barreira são os preservativos femininos e masculinos, o diafragma e os espermicidas. Já os métodos hormonais estão as pílulas anticoncepcionais, os injetáveis, os implantes e o DIU. O método da amenorréia e da lactação. E os métodos definitivos que a esterilização feminina e masculina. Diante do que foi exposto, mostrou-se a importância dessa assistência, pois não é tarefa fácil de ser entendido.

**UNITERMOS:** Planejamento Familiar; Métodos Contraceptivos; Anticoncepcionais;

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal no título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, Art. 226º, §7º, diz que: “fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 2010, p.19).

O Planejamento familiar só foi regulamentado em 12 de janeiro de 1996, mediante a Lei nº 9.263. Este se orienta por ações preventivas e educativas, pela garantia do acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade. Ademais, essa lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 2002).

Dentre os mais diversos tipos de contraceptivos existentes no mercado, os métodos reversíveis aprovados pelo Ministério da Saúde e os métodos não reversíveis garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são os métodos naturais, os mecânicos, os de barreira, os químicos, hormonais e os cirúrgicos. Os métodos hormonais naturais são os que impedem a fecundação pela abstinência sexual no período fértil, tais como: o método de Ogino- Knaus, também conhecido por método da tabelinha; Billings ou método do muco cervical; temperatura basal corporal; sintotérmico e o LAM (lactação e amenorréia) (BENFAM, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, o planejamento familiar é um programa sendo de início uma das ações da Política de Assistência Integral à Mulher. Desta forma os serviços oferecidos devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas (BRASIL, 2002).

Essas ações são determinadas pela escolha do método contraceptivo, que deve ser mediada por um profissional capacitado com a finalidade de promover orientações acerca da eficácia, reversibilidade, proteção contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DTS) e a disponibilidade do contraceptivo na unidade de saúde, pressupondo as condições do casal e/ou usuário em arcar com o custo do método quando não houver uma oferta continua do mesmo no serviço de saúde (BRASIL, 2002).



Segundo Saito (2008), o Programa de Saúde da Família (PSF), foi criado em 2004 e teve suas bases da resposta positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Programa de Saúde da Família é uma estratégia que reorganiza o sistema da atenção básica a saúde, sendo uma proposta ligada com os princípios do Sistema Único de Saúde, e está voltada a ser denominado de Estratégia de saúde da família (ESF), bem como afirma alguns parágrafos deste estudo.

A Estratégia de Saúde da Família, é uma estratégia através da qual, constituímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades (BRASIL, 2006). Desse modo, todos os profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família, devem ser capazes de reconhecer seu papel dentro da unidade de saúde, o significado da interdisciplinaridade, e sua responsabilidade, perante toda a equipe, proporcionar o bom andamento do serviço, sua otimização e resolutividade (VASCONCELOS et al.,2009).

Este estudo parte da responsabilidade enquanto profissional de Enfermagem com o processo educativo da população, minimizando a falta de conhecimento da população e o uso inadequado dos métodos contraceptivos que reflete diretamente em uma gravidez indesejada e em doenças sexualmente transmissíveis. Para tanto, se faz necessário o aprofundamento nessa temática e a elaboração de estratégias que contribuam para a diminuição do índice de (DSTs) e o fortalecimento das opções de cada família sobre o número de filhos que desejam ter.

Considero relevante este estudo como uma contribuição significativa e marcante para o entendimento dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre o planejamento familiar que são as formas utilizadas pelas mulheres/homens/casais para evitar ou promover uma gravidez, e esclarecer o modo correto de utilização desses métodos a estes usuários.

Observo que os profissionais da área apresentam conhecimentos esparsos e às vezes pouco consistentes na realização da consulta de orientação ao planejamento familiar, por isso é de essencial importância que todos os profissionais sejam capacitados para este fim. Portanto, este estudo tem como objetivo geral descrever os métodos contraceptivos e contribuir para uma melhor compreensão acerca do planejamento familiar realizado pelos profissionais na Estratégia de Saúde da Família.

Além de entender a significância desse estudo para o enfermeiro, tendo compreensão de que o resultado será uma rica contribuição em termos de melhora do atendimento aos casais e/ou usuários. Essas razões justificam a escolha deste tema de monografia.

Quando um serviço de saúde tem profissionais capacitados e atualizados na temática descrita, temos uma grande contribuição nos serviços de saúde como redução das doenças sexualmente transmissíveis através da conscientização da população, com isso diminuindo os gastos públicos para tratamentos de alto custo, como ao da AIDS dentre outros e a redução da mortalidade de mulher em idade fértil devido ao um bom planejamento familiar onde a gestação é programada e desejada influenciando na responsabilidade da mulher em realizar o pré-natal, descartando com isso aborto, tentativa abortos e mal formações congênitas.

## **2. MÉTODO**

### **2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza Narrativa que segundo Marconi e Lakatos (2006), é aquele que tem por finalidade colocar o pesquisador em contato com tudo aquilo que foi escrito, sobre determinado assunto, e tem ainda por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito e aprimorando melhor as idéias.

Segundo Polit e Hungler (2004) uma revisão bibliográfica permite ao pesquisador obter conhecimento dos problemas relacionados à pesquisa, como também fornece meios para uma análise mais profunda a respeito do que se está pesquisando.

### **2.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado a partir de pesquisas e consultas no acervo em bibliotecas pertencentes a instituições de ensino superior, públicas e privadas localizadas no município de João Pessoa-PB. Dentre elas: Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Biblioteca João Paulo II da Faculdade Santa Emília de Rodat – FASER e Biblioteca do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

### **2.3 Coleta de dados**

A pesquisa foi realizada do mês de novembro de 2013 até o mês de abril de 2014, cujos dados foram coletados em obras de literatura disponível encontradas de 1996 a 2010, selecionados para atingir os objetivos desta pesquisa. A princípio, foram utilizado como fonte da coleta de dados, artigos indexados no universo online dos sites da Bireme, livros, periódicos abstraindo o que é mais relevante ao objetivo proposto, utilizando os descritores: planejamento familiar, métodos contraceptivos, estratégia de saúde da família. O passo seguinte foi a elaboração do texto que apresenta fundamentação para melhor compreensão do fenômeno em estudo.

Para nortear a construção desta pesquisa, foram seguidas as orientações de Costa (2006), a partir do delineamento dos passos metodológicos apresentados a seguir:

Primeira etapa: Levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho. Nesta etapa, foram selecionadas referências pertinentes a este tema proposto para o

desenvolvimento desta pesquisa, a partir de uma extensa revisão de literatura. O universo investigado constitui-se por fontes acima citadas.

Segunda etapa: seleção do material e construção do texto. Nesta etapa, selecionou-se criteriosamente todo material disponibilizado, considerado relevante e pertinente ao objetivo proposto para este estudo. Em seguida, a partir de uma leitura atenta e minuciosa de cada material, foram extraídas citações de acordo com cada tópico explorado e suas respectivas referências. Foram digitadas e, em seguida inseridas em arquivos separados, visando viabilizar a construção da referida pesquisa. Com base no levantamento realizado foi possível a elaboração de um texto preliminar contemplando-se os pontos principais desse estudo.

Terceira etapa: Redação final do relatório da pesquisa. A elaboração do texto preliminar obviamente permitiu identificar lacunas e melhorar a coerência estrutural do referido trabalho. Desta forma, facilitou a redação final do relatório da pesquisa, permitindo sua apresentação de modo claro, objetivo e coerente.

#### **2.4 Análise dos dados**

Segundo Gil (2007), é atualmente utilizado para estudar e analisar material qualitativo, baseando-se melhor compreensão de uma comunicação ou discurso, de aprofundar suas características gramaticais, as ideologias, além de extrair os aspectos mais relevantes.

#### **2.5 Posicionamento Ético da pesquisa**

Foram levados em consideração os aspectos éticos da pesquisa mencionados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN 311/ 2007, nos artigos 91, 93 e 99.

### **3. RESULTADOS**

Foram encontrados 12 livros que atendiam o critério dos descritores: *planejamento familiar, método anticoncepcionais, contraceptivos, estratégia de saúde da família*. Artigos em periódicos foram 2. O ano que houve maior produção bibliográfica foi 2002.

#### **3.1. DESCREVENDO OS RESULTADOS - A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA ENCONTRADA**

##### **3.1.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A saúde da família, estratégia que o Ministério da Saúde prioriza para reorientar o modelo assistencial do (SUS) a partir da organização da Atenção Básica, que tem como objetivo principal o desafio de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BERTOLLI, 2001).

De acordo com Mattos (2004), apesar dessa multiplicidade de formas existentes, o programa de saúde da família foi concebido como estratégia para mudança do modelo de atenção a saúde, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS – universalidade, descentralização, integralidade e participação social – mediante ao cadastramento e a vinculação dos usuários.

Aqui cabe destacar que, apesar do documento oficial vigente que regulamenta a estratégia de saúde da família (ESF), a Política Nacional de Atenção Básica o que considera como estratégia, com a intenção de superar a idéia de programa que tem início, meio e fim, assim a Estratégia de Saúde da Família é denominada como estratégia, mas não remetendo ao conceito de um programa temporário e sim como uma estratégia política (MALTA, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família é mais rigorosa em alguns aspectos, os quais considera estruturantes para o programa, como a carga horária dos profissionais (40 horas semanais), a composição mínima da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), o número máximo de pessoas acompanhadas pelas equipes (4 mil pessoas), a existência de uma Unidade Básica de Saúde e de um Conselho Municipal de Saúde. O acompanhamento desse processo é por meio de sistemas de informação, mas nem sempre são precisos na fiscalização do cumprimento dessas normas (MANO, 2004).

A estratégia de saúde da família traz em seus documentos a intenção de mudar o foco da atenção do indivíduo para a família, porém não está explícita nos documentos oficiais o conceito de família que deverá ser adotado. Por outro lado, está institucionalizado como um dos princípios dessa estratégia a postura pró-ativa das equipes e a responsabilização sanitária pelas famílias presentes nos territórios (VASCONCELOS et.al., 2009).

### **3.1.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR**

O planejamento familiar consiste na possibilidade de decisão da mulher, do homem ou do casal em ter ou não filhos, o número destes e o número ideal de concebê-los (ELUF, 2006). Com o planejamento familiar ocorre o crescimento lento da população e a comunidade oferece: maior número de empregos, melhor serviço de transporte, mais e melhores alimentos, mais escolas e mais atendimento médico (CARRERA E REASCOS, 2006).

O programa de planejamento familiar devem-se valorizar os aspectos como: necessidades da comunidade, fracasso dos médicos poucos eficazes, conflitos religiosos, nível educacional dos futuros usuários e nível socioeconômico e cultural. A característica do método em avaliar a eficiência, a facilidade de uso e a disponibilidade do método. Um grupo de pacientes ajudara a determinar se o consideram: seguro, inócuo ou efetivo (CARRERA E REASCOS, 2006).

É importante que, ainda na maternidade, haja divulgação e referenciamento aos serviços de planejamento familiar, principalmente para as adolescentes. Dentro da própria unidade de saúde da família é importante que o conjunto dos profissionais de saúde estejam sensibilizados e devidamente informados para identificarem e informarem as(os) potenciais usuárias(os) da assistência em planejamento familiar (BRASIL, 2002b).

### **3.1.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas e métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS), bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte (BRASIL, 2002).

O melhor método contraceptivo é aquele que é mais apropriado às necessidades individuais e do casal. Na escolha de métodos anticoncepcionais são considerados três aspectos

gerais: é melhor usar qualquer método, do que não usar nenhum; aceitabilidade é a condição mais importante para o uso adequado dos métodos anticoncepcionais; as vantagens e desvantagens de todos os métodos devem ser compreendidas pelos pacientes para a sua adoção (CARRERA E REASCOS, 2006).

São muitas as características dos métodos anticoncepcionais que devem ser avaliadas: como eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV (BRASIL, 2002).

A eficácia dos métodos anticoncepcionais apresenta uma falha que é calculada com o número de gestações não desejadas entre os usuários de um determinado método anticoncepcional nos primeiros 12 meses de uso. Dessa forma, duas taxas podem ser encontradas para cada método: uma mostra a taxa de falha entre os usuários de uma forma geral de uso, isto é, sem considerar as dificuldades que possam ter sido encontradas durante o uso (uso habitual). Outra taxa é aquela que leva em conta apenas os usuários que fizeram o uso correto e consistente do método escolhido (uso correto) (BRASIL, 2002).

A inocuidade, ou seja, ausência de quaisquer efeitos secundários adversos seria condição ideal, ainda não conseguida nos anticoncepcionais até os dias atuais. Por outro lado, é também verdade que determinado método ocasiona mais efeitos secundários adversos que outros, sendo direito da/o usuária/o ser corretamente informada/o a respeito dessas diferenças. Além disso, o profissional de saúde deve estar capacitado para prevenir e tratar tais efeitos, assim como avaliar os riscos que o uso de determinados métodos à saúde (BRASIL, 2002).

A aceitação do método, grau de confiança que se tem no método escolhido, a motivação para o seu uso e uma correta orientação do profissional de saúde são importantes fatores para o sucesso da escolha. Por outro lado, a inadaptação psicológica e cultural a determinado método pode ser a maior causa de seu fracasso ou mudança para outro método (BRASIL, 2002).

O acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é uma condição fundamental para que a escolha do método se realize livremente, sem restrições. Isso é particularmente importante considerando-se que a grande parte da população não tem condições de pagar pelo método. Assim, nas situações em que a oferta de determinado método não seja possível, é da maior importância considerar o seu custo, avaliando a possibilidade da/o usuária/o arcar com ele. Obviamente, isso só é válido para os métodos não existentes nos serviços de saúde da rede

pública, pois nenhum profissional ou serviço pode cobrar da/o usuária/o qualquer tipo de honorário ou taxa por métodos ou procedimentos visando a sua colocação ou realização (BRASIL, 2002).

De nada adiantará a indicação de um método que tenha as qualidades anteriormente descritas se a utilização for difícil, complexa ou não assimilada por grande parte da população. No entanto, é igualmente verdade que a maior parte das dificuldades relacionadas ao uso do método podem ser resolvidas com adequado suporte do profissional de saúde. O ideal é que os métodos anticoncepcionais sejam completa e imediatamente reversíveis, e que uma vez interrompido seu uso, haja recuperação total da fertilidade correspondente à faixa etária da/o usuária/o (BRASIL 2002).

Torna-se urgente estimular a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a infecção pelo HIV/AIDS, e da gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal. Fatores individuais relacionados aos usuários do método: condições econômicas, estado de saúde, características da personalidade da mulher e ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas e fatores outros, como medo, dúvida e vergonha (BRASIL 2002).

Existem vários métodos anticoncepcionais e são divididos em: métodos comportamentais, métodos de barreira, métodos hormonais, o métodos da amenorréia e da lactação e métodos definitivos (BRASIL, 2002).

### **3.1.3.1 Métodos Comportamentais**

Os métodos comportamentais são aqueles que implicam modificações do comportamento sexual do casal. Os métodos conhecidos são o Billings, a temperatura basal corporal, o Ogino-Knauss, o coito interrompido e sintotérmico.

**Método do muco cervical ou Billings** a mulher observa a sua própria umidade, na vagina vai perceber que logo após a menstruação, fica “seca”. Depois, percebe o início de uma umidade com saída de uma espécie de “catarro líquido” (muco cervical). No início do período fértil, este muco é espesso, claro e em pequena quantidade. Vai ficando mais líquido à medida que se aproxima a ovulação. A ovulação ocorre no 14º dia antes da próxima menstruação. Nesse



período, o muco adquire o aspecto de clara de ovo crua, sendo transparente e elástico. Após aproximadamente quatro dias, torna-se opaco, pegajoso e perde a elasticidade. Nos dias úmidos com presença do líquido do tipo “clara de ovo” (muco), não manter relações sexuais ou fazer uso de um método de barreira (camisinha, diafragma), pois, há riscos de engravidar. Terminada esta fase a mulher retorna para o período infértil ou seco (ausência de muco), com menor risco de gravidez. A eficácia depende da disciplina da mulher nas observações de seu corpo e do casal nos dias de risco de gravidez (ELUF, 2006).

É importante que a cliente, antes de utilizar o método, passe pelo menos 30 dias sem fazer uso de outro método anticoncepcional hormonal ou de espermicidas, podendo utilizar o preservativo. Esse período deve ser utilizado para o casal aprender a identificar os dias “secos” e os dias “úmidos”. Deve-se ressaltar que a ocorrência de leucorréias dificulta a avaliação do muco cervical (BENFAM, 2002).



Figura 1: Método do Muco Cervical.  
Fonte: Brasil, 2010.

**Temperatura basal corporal** este método auxilia no reconhecimento do período fértil através da verificação da temperatura corporal. Durante o período fértil a temperatura do corpo feminino aumenta 0,3 a 0,8 °C. Para saber a temperatura, a mulher deve medi-la com termômetro, de preferência na boca, vagina ou ânus, todos os dias logo ao acordar, antes de levantar-se, falar ou ingerir alimentos. Anotar, dia-a-dia em gráfico. Quando perceber alteração na temperatura, devem-se evitar relações sexuais (ELUF, 2006).

A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso, após o período de sono e antes das atividades habituais, incluindo alimentação. O método baseia-se no efeito termogênico da progesterona. Assim, após a ovulação, a temperatura basal pode aumentar 0,2 a 0,6°C e permanecer elevada até o início da próxima menstruação (BENFAM, 2002).

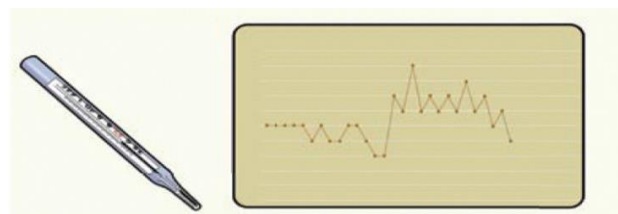


Figura 2: Método da Temperatura Basal Corporal.  
Fonte: Brasil, 2010.

**Método Ogino-Knauss (ritmo, calendário ou tabelinha)** é um método que necessita de controle constante das datas de menstruação, devem ser anotados em calendário todos os meses, por um período mínimo de seis meses, para conhecer o ciclo menstrual. A mulher não pode estar fazendo uso de nenhum anticoncepcional hormonal. Este método é indicado para mulheres que tem o ciclo menstrual mais ou menos regular, de 26 a 32 dias (ELUF, 2006).

Segundo Eluf, (2006) ciclo menstrual tem início no 1º dia da menstruação e termina dia anterior à menstruação seguinte. Em alguns casos pode acontecer da menstruação adiantar ou atrasar. Nestes casos, se for encontrada uma diferença de dez ou mais dias entre o ciclo maior e o ciclo menor, a mulher não deve utilizar a tabelinha como forma de evitar a gravidez. Ao saber o número de dias do ciclo menstrual é preciso dividir o período em dias sem risco de gravidez e dias com risco de gravidez da seguinte forma: a partir do primeiro dia da menstruação contam-se oito dias em que o casal poderá manter relações sexuais sem risco de gravidez. Após estes dias iniciam-se os próximos dez dias em que o casal deverá evitar o contato sexual, pois são dias férteis, com risco de gravidez. Os dias restantes do ciclo são dias inférteis, sem risco de gravidez.

Esse método não deve ser usado por mulheres que apresentam variação igual ou superior a 10 dias entre a duração do ciclo menstrual mais curto e a do ciclo menstrual mais longo. Além disso, como cada mulher tem seu próprio período fértil, esse cálculo é estritamente pessoal (BENFAM, 2002).

A eficácia depende do casal e, especialmente, da mulher na observação dos dias com riscos e sem riscos e abster-se das relações nos dias com risco de gravidez ou utilizar-se de um método de barreira. Alguns fatores externos podem alterar o ciclo menstrual como: viagens, depressão, fortes emoções, doenças, entre outros, dificultando a verificação dos dias férteis. Estes fatores podem reduzir a eficácia da prevenção da gravidez (ELUF, 2006).

Primeiro ciclo (29 dias)							Segundo ciclo (30 dias)							
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	
	X	2	3	4	5	6						1	2	3
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	
28	29	X	31				25	26	27	28				

Terceiro ciclo (28 dias)							Quarto ciclo (31 dias)						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
				X	2	3	1	2	3	4	5	6	7
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
25	26	27	28	X	30	31	X	30					

Quinto ciclo (31 dias)							Sexto ciclo (30 dias)						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
		1	2	3	4	5						1	2
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23
27	28	29	30	X			24	25	26	27	28	29	X

Figura 3: Método Ogino-Knauss  
Fonte: Brasil, 2010.

**Coito interrompido** consiste na interrupção do coito com a retirada do pênis de dentro da vagina com ejaculação externa do sêmen longe da vulva. O uso deste método é a retirada do pênis da vagina quando sentir as sensações que precedem a ejaculação. A preocupação com a retirada do pênis na hora certa pode diminuir o prazer e favorecer a disfunções sexuais e dor pélvica crônica na mulher, pela descompressão brusca quando usado constantemente. É pouco eficaz, a secreção que lubrifica o pênis pode conter espermatozóide (CARVALHO, 1996).

É necessário um autocontrole por parte do homem para que ele possa retirar o pênis da vagina na iminência da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos. Esse fato traz alta possibilidade de falha, fazendo com que o seu uso não deva ser estimulado. Devendo, portanto, ser tratado como último recurso, que deverá ser prontamente substituído por outro método contraceptivo mais eficaz (BRASIL, 2002).

**O método do sinto-térmico** combina os métodos comportamentais vistos acima com a observação dos sinais e sintomas relacionados à ovulação como: dor abdominal, sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas, variações de humor e libido, enxaqueca, náuseas, acne, aumento do apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual (CARRERA E REASCOS, 2006).

Este método basea-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade. Fundamentalmente, ele combina a observação dos sinais e sintomas relacionados a temperatura basal corporal e ao muco-cervical, associada ainda a parâmetros subjetivos (físicos e ou psicológicos) indicadores de possível ovulação (BRASIL, 2002).

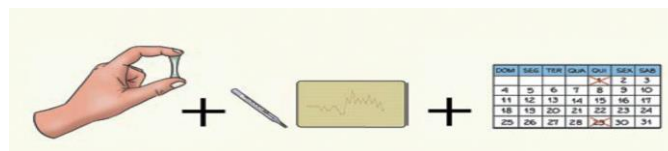


Figura 4: Método Sinto-Térmico  
Fonte: Brasil, 2010.

### 3.1.3.2 Métodos de Barreira

São chamados métodos de barreira por impor obstáculos mecânicos ou químicos à ascensão dos espermatozoides no canal cervical. Os métodos conhecidos são os preservativos, também chamados códon ou camisinha (feminina e masculina); o diafragma e os espermicidas químicos.

Envoltório longo e fino de borracha (látex), plástico (vinil) ou de outros produtos naturais lubrificados, que possam estar impregnados com espermicida para uma maior proteção. Tipos: camisinha masculina e camisinha feminina (CARRERA E REASCOS, 2006). Preservativos (códon ou camisinha)

**Preservativo masculina** impede que os espermatozóides tenham acesso ao aparelho reprodutor feminino, e também que os microorganismos causadores das infecções do trato genital (ITG) e doenças sexualmente transmissíveis (DST) passem de um parceiro para outro. Vantagens: não contém riscos para saúde, tem eficácia imediata, não requer supervisão médica, é econômico, disponível fora do sistema de atendimento médico, não requer exame pélvico antes do uso e pode prolongar a ereção e o tempo até a ejaculação. Desvantagens: elevada taxa de fracasso (de 10 a 30 para 100 mulheres no primeiro ano de uso); não são aconselháveis para mulheres com elevado risco de gravidez, dependendo do usuário, requer motivação constante do casal e o uso de nova camisinha para cada ato sexual; requer recursos disponíveis, quando estiver acontecendo à relação, pode reduzir a sensibilidade do pênis; pode ser difícil manter a ereção; requer certo cuidado na hora de retirar a camisinha, para que não aconteça nenhum acidente, a camisinha pode sair ou estourar durante o coito (CARRERA E REASCOS, 2006).

Consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis e vice-versa. É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2002).

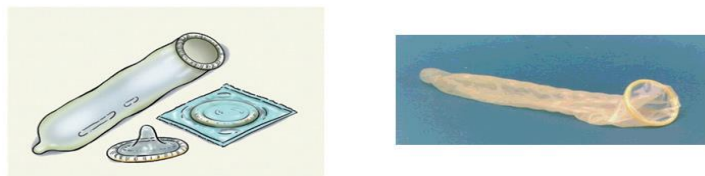


Figura 5: Preservativo Masculino.  
Fonte: Brasil, 2010.

**Preservativo feminino** é elaborada de poliuretano, muito fina, medindo 15 cm de comprimento, é aberta em uma das extremidades e tem dois anéis, um no interior, na extremidade fechada, que serve para fixá-la na cérvix e outro na extremidade aberta. Vem em embalagens individuais, pré-lubrificadas. Mecanismo de ação: não permite que o espermatozóide passe para vagina durante a relação, fazendo com que eles fiquem retidos dentro da camisinha. Desvantagens: custo alto, disponibilidade no comércio, requer da usuária capacitação para o uso,

a colocação do dispositivo requer um processo maior de higiene e tempo que a da camisinha masculina (CARRERA E REASCOS, 2006).

O preservativo feminino é um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação de preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva. O produto vem lubrificado e deve ser usado uma única vez. O poliuretano por ser mais resistente que o látex, pode ser usado vários tipos de lubrificante (BRASIL, 2002).

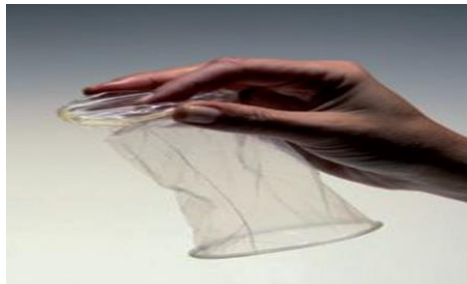


Figura 6: Preservativo Feminino.  
Fonte: Brasil, 2010.

**Diafragma** é uma capinha de silicone ou látex, macia e com aro de metal flexível. É colocada pela própria mulher no fundo da vagina, antes da relação sexual. Quando colocado corretamente, cobre o colo do útero se ajustando entre ao púbis e a parede posterior da vagina. Este método impede que os espermatozoides entrem no útero, formando uma barreira. É utilizado em conjunto com a geléia espermicida (componente químico capaz de matar os espermatozoides). É de uso exclusivo de cada mulher, existem seis tamanhos diferentes, 60 cm a 85 cm de diâmetro, sendo necessário que um profissional de saúde, treinado faça a verificação do tamanho que varia de mulher para mulher (ELUF, 2006).

O diafragma de silicone, produção nacional, é mais resistente que o látex. Estudos mostram que o diafragma de silicone, de produção nacional pode ser colocado algumas horas antes da relação sexual, não interferindo na espontaneidade do ato. Vantagens: o diafragma pode ser usado em todas as fases da vida da mulher; é prático, pode ser transportado na bolsa; contribui para que a mulher toque seus órgãos genitais e conheça melhor seu corpo; não atrapalha a relação, pois em geral homens e mulheres não sentem sua presença; é considerado um dos métodos contraceptivos femininos mais inócuos e que não faz mal a saúde; não tem efeitos colaterais; não interfere no ciclo menstrual; 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. Não interfere na lactação; não é descartável; possui durabilidade de 2 e 3 anos, quando cuidado adequadamente; possui um custo baixo, comparado a outros métodos (custo/ durabilidade/ eficácia). Não existe abstinência das relações sexuais; pode ser usado junto com o preservativo masculino, aumentando assim a proteção (ELUF, 2006).

Cuidados com o diafragma: observá-lo contra luz para verificar se está intacto; lavá-lo com água e sabão, enxugar e secar muito bem, pode ser fervido periodicamente para desinfecção, ou colocado em solução de: 1 copo de água fervida e 1 colher de água sanitária; deixar em imersão por 30 minutos, enxaguar e secar. Desvantagens: diafragma exige disciplina em seu uso; não protege contra DST/AIDS; pouco indicado por falta de conhecimento e familiaridade dos profissionais com o método; no comercio é encontrado apenas em algumas redes de farmácias, nos grandes centros (ELUF, 2006).

O diafragma é um dispositivo de borracha e silicone, macio e com forma arredondada. Apresenta-se em diversos tamanhos e, ao ser introduzido na vagina, deve situar-se entre a sínfise púbica e o fornix posterior da vagina. É aconselhável utilizá-lo associado com espermicida, em creme ou geléia, para incrementar sua eficácia na prevenção da gravidez e de algumas IST (BENFAM, 2002).



Figura 7: Diafragma.

Fonte: Brasil, 2010.

**Espermicidas** são produtos químicos sem diferentes apresentações: espuma, geléia, ovulo, etc., que mobilizam e matam espermatozóides. Devem ser colocados no fundo vaginal imediatamente antes do coito. Não há contra indicações, é pouco eficaz, a eficácia é aumentada quando associada a outros métodos (CARVALHO, 1996)

Os espermicidas são métodos anticoncepcionais constituídos de substancias químicas que matam os espermatozóides ou impedem seu movimento em direção ao ovulo. Essas substancias atuam como base inerte em forma de: creme, geléia, filme, espuma, supositório ou tabletes. Os

métodos podem ser utilizados isoladamente ou associados a outros métodos (nesse caso, para incrementar sua eficácia). Além disso, podem contribuir para a prevenção de algumas IST bacterianas (BENFAM, 2002).



Figura 8: Espermicida.  
Fonte: Brasil, 2010.

#### 3.1.3.4 Métodos Hormonais

Dentre os métodos hormonais estão as pílulas anticoncepcionais combinadas (AOCs), as pílulas anticoncepcionais de emergência (Paes), os injetáveis e os implantes de dispositivos intra uterino (DIU).

**Dispositivo Intrauterino** é um dispositivo de plástico, às vezes recoberto de cobre, que é colocado na cavidade uterina, existem vários modelos. É colocado na cavidade uterina por um profissional durante o ciclo menstrual; não há necessidade de anestesia. Há contra indicações: nuliparidade; infecção pélvica ou vaginal; hipermenorréia, dismenorréia; malformações ou tumoração uterina, cardiopatias valvulares. É muito eficaz (CARVALHO, 1996).

O dispositivo intrauterino (DIU) é um objeto de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31mm, no qual pode ser adicionado cobre ou hormônio que, inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. É um dos métodos de planejamento familiar mais usado em todo o mundo (BRASIL, 2010).

A sua aceitação vem aumentando e as pesquisas mais recentes mostram que os DIU mais modernos, medicados com cobre e levonorgestrel, são seguros e muito eficazes. A seleção adequada da usuária e a inserção cuidadosa, realizada por profissional treinado e experiente, melhoram a eficácia, a continuidade de uso e a segurança do método (BRASIL, 2010).

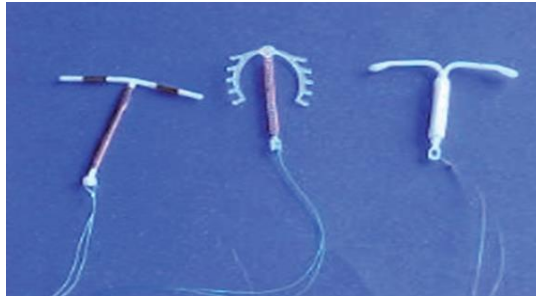


Figura 9: Dispositivo Intrauterino.  
Fonte: Brasil, 2010.

**Pílula combinada** é a combinação de estrogênio e progesterona sintéticos para inibir a ovulação. A primeira pílula deve ser tomada no 5º dia do ciclo, ao final da cartela, parar por 7 dias e então, reiniciar uma outra no 8º dia, desde que tenha havido fluxo menstrual. Contra-indicações: diabetes; hipertensão; cardiopatias; trombo flebites; hepatopatias; idade superior a 35 anos; fumantes; enxaqueca; epilepsia; arteriosclerose; neuropatias; neoplasias; glaucoma; coagulopatias; adolescentes com menos de 2 anos de ciclos regulares; 4 semanas antes de grande cirurgia; outras (CARVALHO, 1996).

As combinadas dividem-se ainda em monofásica, bifásica e trifásica. Nas monofásicas, a dose de esteróides é constante nos 21 ou 22 comprimidos da cartela. As bifásicas contêm dois tipos de comprimidos com os mesmos hormônios em proporções diferentes. As trifásicas contêm três tipos de comprimidos com os mesmos hormônios em proporções diferentes (BRASIL, 2010).

São componentes que tem dois hormônios sintéticos, o estrogênio e a progestogênio, semelhantes ao produzido no ovário da mulher. As pílulas combinadas atuam basicamente por meio da inibição da ovulação, além de provocar alterações nas características físico-químicas do endométrio e do muco cervical. São métodos muito eficazes quando usados correta e constantemente, podendo sua taxa de falha ser de ordem 0,1%, no primeiro ano de uso. Em uso habitual atinge valores de 6 a 8% (BRASIL, 2002).

**Minipílula** é uma minidose de progestogênio. Age provocando modificações no endométrio e no muco cervical. A primeira pílula deve ser tomada no 1º dia do ciclo e sem interrupção, reiniciando outra cartela assim que terminar a última. As contra indicações são iguais as da pílula combinada e mais irregularidade menstrual ou sangramento vaginal anormal. O método é eficaz (CARVALHO, 1996).

As pílulas de progestogênio isolado são métodos anticoncepcionais hormonais, reversíveis, compostos de derivados da progesterona natural. São também conhecidas como minipílula e usadas principalmente no período pós-parto, porque não alteram a qualidade nem a



quantidade do leite materno. Podem também ser usadas por mulheres que tem contraindicação para o uso do estrogênio, contido nas pílulas combinadas, como, por exemplo, mulheres fumantes com mais de 35 anos de idade (BENFAM, 2002).

**Injetáveis** - trata-se de injeções de progesterona e estradiol que provocam modificações no endométrio e no muco cervical. Tomar 1 injeção Intra Muscular (IM) mensal, trimestralmente ou semestralmente, de acordo com a prescrição médica. Contra indicações igual a da pílula combinada e mais: adolescentes, nuligestas, mulheres que gostariam de ter mais filhos, e forte historia familiar e câncer. É muito eficaz (CARVALHO, 1996).

O anticoncepcional injetável combinado, de aplicação mensal são compostos de estrogênio de ação curta, associados a progestogênio de ação prolongada (BENFAM, 2002).

São anticoncepcionais hormonais que contêm progestogênio ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração parenteral (IM), com doses hormonais de longa duração. Podem ser com progestogênio isolado, com efeito anticonceptivo por período de 3 meses ou combinado que é uma associação de estrogênio e progestogênio para uso mensal (BRASIL, 2002).

**Implantes** - são pequenas cápsulas ou hastes plásticas que liberam progestógeno, são inseridos abaixo da pele por profissional devidamente treinado. Dependendo do tipo de implante, este tem ação entre 3 e 5 anos. Funciona espessando o muco cervical e impedindo a liberação de óvulos. Se o implante for realizado entre 5 (cinco) e 7 (sete) dias após o início da menstruação, não é necessário utilizar outro método contraceptivo como precaução. Não existem riscos à saúde conhecidos, inclusive as mulheres fumantes podem utilizar. O uso em mulheres que tiveram câncer da mama deve ser evitado (BRASIL, 2002).

O implante subdérmico consiste em uma pequena cápsula ou um bastonete feito de silicone ou polímero de vinil acetato de etileno contendo em seu interior derivados de progestágenos, liberados continuamente na corrente sanguínea, exercendo seu efeito anticoncepcional. É necessário que um profissional treinado realize sua inserção/ remoção (BENFAM, 2002).

**Anticoncepcionais de emergência** - é um método utilizado para evitar a gravidez depois de uma relação sexual não protegida, de um acidente com o uso de outro método anticoncepcional ou em casos de violência sexual (BENFAM, 2002).

As pílulas anticoncepcionais combinadas e as de progestogênio isolado são os mecanismos utilizados para a concepção de emergência. As pílulas de progestogênio isoladas são mais eficazes e provocam menos efeitos colaterais (BENFAM, 2002).

Anticoncepção ou a contracepção de emergência consiste na utilização de pílulas contendo estrogênio e progestogênio ou apenas progestogênio depois de uma relação sexual desprotegida para evitar a gravidez. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional. O método também é conhecido como “pílula do dia seguinte” ou pílula “pós-coital”, que utiliza compostos hormonais concentrados e por curto período nos dias seguintes a relação sexual (BRASIL, 2010).

### **3.2.3.5 Métodos da amenorréia e da lactação (LAM)**

Método acessível a todas as nutrizes. Consiste na suspensão da ovulação por meio do aleitamento. O LAM é um dos inúmeros benefícios que o aleitamento materno pode proporcionar a mãe (BENFAM, 2002).

O LAM tem como base a suspensão do ciclo ovariano, ocorrência comum nos 6 primeiros meses pós-parto, enquanto a mulher permanece amamentando plenamente. É um método anticoncepcional temporário, sendo uma das várias formas de anticoncepção que podem ser oferecidas as nutrizes. Para que o método exerça seu pleno efeito são necessárias três condições: amenorreia, aleitamento exclusivo, recém-nascido com menos de 6 meses (BENFAM, 2002).

Consiste na amamentação exclusiva geralmente a mulher não ovula antes de 60 a 90 dias. O uso destes métodos é amamentação exclusivamente em regime de livre demanda. A criança não deverá ficar sem sugar por um período superior a cinco horas. Iniciar um método anticoncepcional se a menstruação recomeçar. Moderadamente é eficaz até 60 ou 90 dias; após este tempo, eficácia vai diminuindo mesmo que a criança continue sendo amamentada exclusivamente (CARVALHO, 1996).

A eficácia da amamentação como método contraceptivo depende, portanto, de sucção freqüente para promover intensa liberação de prolactina e o conseqüente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise. Desta forma, considera-se que a lactação é um método efetivo de planejamento familiar (BRASIL, 2010).



Figura 10: Aleitamento Materno.  
Fonte: Brasil, 2010.

### 3.2.3.6 Métodos Cirúrgicos ou definitivos

Entre os métodos definitivos encontramos a esterilização feminina e masculina, que de modo geral não são possíveis de serem revertidos.

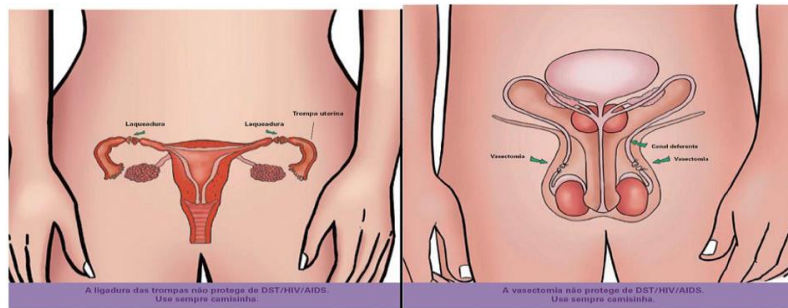


Figura 11: Laqueadura e Vasectomia.  
Fonte: Brasil, 2010.

**Laqueadura** é uma cirurgia feita nas tubas uterinas que impedem a passagem do óvulo por elas para o encontro com o espermatozóide no útero, evitando assim a gravidez. Este método não é recomendado para mulheres jovens e para aquelas que ainda desejam ter filhos. Geralmente é indicada nos casos em que a mulher corre risco de vida para engravidar. Exemplo: mulheres com hipertensão arterial, cardiopatias, com problemas renais, diabetes grave e outros. Deve ser realizada, de preferência, fora do período do parto através da cirurgia laparoscopia. Nela a incisão é periumbilical, a recuperação da cirurgia é mais rápida e oferece menor risco para mulher. A menstruação continua a ocorrer normalmente, após a cirurgia, procurar ajuda médica caso ocorram: febre, secreção vaginal mal cheirosa, falta de menstruação e alterações na cicatrização (ELUF, 2006).

A laqueadura tubária, também conhecida como ligadura tubária, ligadura de trompas e anticoncepção cirúrgica voluntária, é o método de esterilização feminina que consiste em algum procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de falópio, com a finalidade de interromper a sua permeabilidade e, conseqüentemente, a função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo (BRASIL, 2010).

A legislação Federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto e aborto ou até 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 2010).

**Vasectomia** é uma pequena cirurgia feita nos canais deferentes, com o objetivo de impedir que os espermatozóides produzidos nos testículos saiam no líquido expelido durante a ejaculação. Os canais deferentes são tubos finos que levam os espermatozóides dos testículos, passando pelo epidídimo, próstata e vesícula seminais – onde recebem os líquidos que formam o sêmen – até a saída no pênis.

Através deste método o homem deixa de ser fértil devido a ausência de espermatozóides no sêmen. Eles continuam a ser produzidos, porém, são reabsorvidos pelo organismo. Para que não ocorra nenhum tipo de problema é necessário um repouso de 2 (dois) dias após a cirurgia. Além disso, o homem deve evitar carregar pesos e fazer esforços físicos durante uma semana. O homem só pode ter a certeza de não estar mais fértil após ter realizado o exame de espermograma – contagem de espermatozóides no sêmen – com o resultado total de espermatozóides, já que a cirurgia, ainda encontra-se espermatozóides que ficam armazenados nas vesículas seminais. Geralmente estes acabam, em cerca de 20 ejaculações, aproximadamente 2 a 3 meses ou mais, em que a mulher deve utilizar outro método anticoncepcional. Portanto, somente o exame é que indica a segurança para evitar a gravidez. Após a confirmação de ausência de espermatozóides a eficácia é de 100%. Após a cirurgia procurar auxílio médico caso ocorram: episódios de febre, sangramento, dor forte ou edema (inchaço) (BRASIL, 2010).

É um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido. Consiste na ligadura dos ductos deferentes. Tem como objetivo interromper o fluxo de espermatozóides em direção a próstata e vesículas seminais para constituição do líquido seminal. Pode ser realizado do ambulatório, com anestesia local, desde que se observem os procedimentos adequados para prevenção de infecção. É também conhecida como esterilização masculina e anticoncepção cirúrgica masculina (BRASIL, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto a respeito do planejamento familiar, mostrou-se a importância dessa assistência, pois não é tarefa fácil de ser entendido nem exercitado diante da complexidade e dos diferentes aspectos que esse campo abrange. Neste sentido surgem indagações importantes e necessárias a respeito não apenas do programa, mas em todo aparato que nele está envolvido.

Ao término da pesquisa pude perceber que ao dar orientações sobre qual método anticoncepcional escolher devemos levar em consideração alguns determinantes, como a preferência da mulher, do homem e do casal e as características de cada método.

É fundamental discutir quais os métodos disponíveis e deixar livre a preferência do usuário ao método que ele escolher, mas deixar claro suas vantagens e desvantagens e importante certificar-se de que esta decisão está sendo tomada com base em informações corretas atualizadas e completas. Percebe-se que muito tem a fazer para a eficácia do planejamento familiar, ou seja estamos frente a um problema de saúde pública onde se faz necessário um trabalho sistemático e esclarecido sobre a relevância dessa dinâmica de educação em saúde com o propósito de compreensão sobre o programa, seus objetivos, os métodos que estão disponíveis e quais as dúvidas que os usuários tenham acerca do assunto.

O presente estudo se propôs a ampliar os conhecimentos acerca do tema abordado, além de servir como subsídio literário para outros acadêmicos e profissionais ampliando seus horizontes na perspectiva profissional acerca do planejamento familiar.

## REFERÊNCIAS

BENFAM, Brasil. **Normas Técnicas em Anticoncepção**. Rio de Janeiro, 2002.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar: Manual para o gestor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. **Acolhimento nas práticas de produção a saúde**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BERTOLLI, C. **Historia de Saúde Pública no Brasil**. 4º ed. São Paulo: Atica, 2001.

CARRERA, Gabriela; REASCOS, Nancy Jativa. **Manual de Enfermagem**. Cotia-SP, 2006.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em Ginecologia**. São Paulo: EPU, 1996.

COSTA, M. A. F. da. **Metodologia da Pesquisa: conceitos e técnicas**. Rio de Janeiro: Interciência, 2006.

ELUF, M. Luisa. **Diretrizes e Orientações contraceptivas para áreas de educação e saúde**. 6º edição, São Paulo, 2006.

GIL, A. C.; **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 3ªed. São Paulo: Atlas, 2007.

MALTA, D.C. et AL. Mudando o processo de trabalho na rede publica: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34, set./dez.2009.

MANO, M.A. Atuação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, vol. 18, n°1, jan./jun., 2004.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M.; **Fundamentos de Metodologia científica**. 6º Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MATTOS, T.M. **Enfermagem comunitária**. 2 ed. São Paulo: EPU, 2004.

POLIT.D, HUNGLER B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos em avaliação e utilização**. ed: 5 ed Porto alegre 2004.

**SAITO, R.X.S. Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa de saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito.** 1ª edição. São Paulo: Martinari, 2008.

**VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2009.

## ANEXO

**LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.**

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I****DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.



Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa

interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

## CAPÍTULO II

### DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

### CAPÍTULO III

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO