Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MODALIDADE PROFISSIONAL

Fabiana de Souza Canto

Relatório Técnico

Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento familiar brasileiras: uma análise da legislação

Recife
2023

Fabiana de Souza Canto

Relatório Técnico

Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento familiar brasileiras: uma análise da legislação

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Modalidade Mestrado Profissional do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dra. Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Coorientadora: Prof.ª Dra. Michele Feitoza Silva

Recife

2023

RESUMO

CANTO, Fabiana de Souza. Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento familiar brasileiras: uma análise da legislação. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

A queda da fecundidade no Brasil foi proveniente da contracepção moderna a partir da década de 1960 e a demanda crescente por regulação com o aumento da utilização da laqueadura tubária e outros métodos contraceptivos como a pílula. Ao longo dos anos, percebeu-se tendência em centralizar o controle da natalidade sob a perspectiva da figura feminina, o que pode influenciar as políticas de planejamento familiar. Este trabalho analisou se as politicas de planejamento familiar brasileiras se estruturaram de modo a responsabilizar a mulher pelo planejamento familiar. Realizou-se análise documental a partir da análise de conteúdo de Bardin. Consideraram-se 'documentos' os arquivos oficiais públicos e as publicações parlamentares. Pesquisaram-se, na plataforma google, os descritores 'métodos contraceptivos', 'contracepção', 'planejamento familiar', 'saúde da mulher', 'Direito reprodutivo', 'direito sexual' AND Brasil AND lei OU portaria/ decreto/ resolução/ projeto/ recomendação/ manual/ programa. Excluíram-se os documentos que não foram publicados pelo governo federal. Realizaram-se pré-análise, exploração do material pontuando unidades de registro e contexto em coerência com os descritores visando responder à pergunta de pesquisa. Neste trabalho, ao mesmo tempo em que se percebeu evolução no que diz respeito a uma abordagem global e integral da saúde da mulher, desvinculada do binômio mãe-bebê e demais processos ligados ao estado gravídico-puerperal, viu-se que o foco do planejamento familiar segue sendo a mulher, o que pode ser consequência, do período de omissão do estado com relação ao planejamento familiar e do foco das políticas estar voltado para o indivíduo. A tendência das abordagens é manter ou voltar seu foco para a mulher, trazendo ponderações sobre a participação do homem de forma tímida e instável. Percebe-se, em todo percurso de tempo, tendência ao retrocesso, ao foco na mulher e na sua capacidade de gestar, desconsiderando os contextos sociopolíticos e sua repercussão na formulação de políticas públicas. Na medida em que se verifica a ineficiência do estado em perceber este estado para além do biológico, ocorrendo dentro do contexto social, aquele passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre todos os fenômenos. Esta concepção, construída historicamente, alimenta a produção de políticas. Assim, apesar de vários esforços no sentido de enxergar a mulher para além do paradigma biologicista-reprodutivo, a tendência foi de voltar para a estaca zero. Por fim, considera-se que o avanço da saúde sexual das mulheres e seus direitos, ainda é tímido e vem enfrentando vários desafios, merecendo políticas públicas efetivas e eficazes.

Palavras-chaves: Política de Planejamento Familiar; Saúde da Mulher; Saúde Reprodutiva; Legislação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 4

2 OBJETIVOS..... 6

2.1 OBJETIVO GERAL..... 6

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 6

3 MARCO TEÓRICO..... 7

3.1 AS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL..... 7

3.2 A ESTERILIZAÇÃO FEMININA..... 9

4 RESULTADOS..... 11

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO..... 12

5.1 PLANEJAMENTO..... 12

5.2 INFOGRÁFICO..... 13

6 CONCLUSÃO..... 14

REFERÊNCIAS..... 15

1. INTRODUÇÃO

A contracepção moderna foi o principal determinante da queda da fecundidade no Brasil a partir da década de 1960 e a demanda crescente por regulação da fecundidade foi suprida, principalmente, pelo aumento da utilização da laqueadura tubária, a partir de 1980, especialmente nas áreas mais pobres e nos estratos de baixa renda[1]. Nesse sentido, ao longo dos anos, percebe-se a tendência em centralizar o controle da natalidade sob a perspectiva da figura feminina. Esse pensamento se fez presente desde os anos 70, com os conceitos do planejamento familiar que reforçavam os benefícios do controle da prole sob a responsabilidade feminina, sendo apontado como um bem à saúde da mulher, da família e da sociedade em geral[2].

Observa-se, desde este período, que a mulher sempre esteve no papel central da regulação da fecundidade. Havia, por parte delas, preocupação com o aumento de sua prole quando da procura por um serviço de planejamento familiar, onde a maior demanda era pelo método da laqueadura, método que simbolizava, naquele momento, a liberdade já que é irreversível[3]. Ao mesmo tempo em que liberta, a laqueadura penaliza a mulher, pois mesmo que a atual legislação trate sobre a responsabilização do casal no planejamento reprodutivo, recai sobre a mulher a responsabilidade em controlar a fecundidade. Um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil utilizando-se de dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS 1996) encontrou uma prevalência de 40,1% e 2,6% respectivamente de esterilização feminina e masculina, observando-se uma elevada taxa de esterilização por mulheres[4].

As dificuldades diante dos efeitos adversos com os contraceptivos reversíveis, os problemas de negociação do casal na utilização do preservativo, a falta de orientação ou mesmo desconhecimento no uso da camisinha feminina ou diafragma, as dificuldades em adquirir o Dispositivo Intrauterino (DIU), costumam culminar na intervenção cirúrgica[3]. No Brasil, por volta da década de 1970, as mulheres que aceitavam ou optavam por fazer a ligadura de trompas eram provenientes de classes mais pobres e com família numerosa, muito embora não pudessem arcar com os custos da cirurgia. O acesso era livre para as mulheres da camada social pauperizada. Ocorria também que, nos períodos de pleitos eleitorais, sobretudo nas regiões

localizadas ao Centro-Oeste, Norte e Nordeste do País, muitas mulheres conseguiam a execução da cirurgia sem custos financeiros, questionamentos ou requisições[3].

Neste período, existia no Brasil uma cultura da esterilização, em que se acreditava que a ligadura tubária era a melhor opção para o controle populacional das camadas economicamente menos favorecidas. Essa estratégia baseada em teorias que acreditam que somente o controle populacional levaria o país ao desenvolvimento econômico, sobretudo pautados na teoria de Malthus, os quais defendiam a divulgação de métodos contraceptivos como forma eficaz de combater o excesso populacional e a pobreza. Na década de 1970 começaram a surgir as reivindicações que envolviam os Direitos Reprodutivos, centradas nas reivindicações das mulheres pela autonomia corporal, o controle da própria fecundidade e atenção especial à saúde reprodutiva. Posteriormente, nos anos 1980 e 1990, a agenda dos Direitos Reprodutivos incorporou a questão da concepção, do exercício da maternidade e das novas tecnologias reprodutivas[7].

Após denúncias sobre as cirurgias em massa principalmente em mulheres negras e de baixa renda e de regiões específicas do país, o Brasil criou a lei do planejamento familiar 9.263/96. Esta lei é considerada um marco histórico por regular oficialmente as esterilizações e outros métodos contraceptivos[5]. No âmbito pessoal, porém, a opção por determinado método contraceptivo perpassa questões mais profundas. De fato, as escolhas das mulheres podem ser limitadas por fatores culturais, sociais e econômicos, fazendo com que a tomada de decisão sobre qual método utilizar envolva outras circunstâncias além das considerações clínicas sobre a saúde da usuária[6].. Estudos mostraram que os motivos principais para a realização da laqueadura foram o desejo de não ter mais filhos, falta de condições de criá-los ou ter o número ideal de filhos, revelando a preocupação feminina com à responsabilidade pela concepção e controle da fertilidade do casal[8,9].

A ampla adoção por mulheres pela esterilização cirúrgica facilitada por vários fatores que incluem a insatisfação, insegurança, difícil acesso ou pouca informação a outros métodos reversíveis, baixa escolaridade, baixa participação dos homens no uso de métodos contraceptivos[15]. Sendo assim, a esterilização cirúrgica, para as mulheres representa o método mais seguro e eficaz para limitar o número de filhos, após terem vivenciado o uso de métodos contraceptivos temporários, principalmente a pílula[10].

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar à gestão em saúde do município de Parintins-AM os resultados da pesquisa “Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento familiar brasileiras: uma análise da legislação”.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Propor roda de conversas para comunicar os resultados da pesquisa às equipes de saúde da família e a comunidade do município de Parintins-AM, e elencar estratégias para minimizar a responsabilização da mulher no planejamento familiar.

b) Apresentar o infográfico como tradutor do conhecimento visando a informação sobre a real situação das políticas de planejamento familiar no Brasil.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 AS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

O Planejamento Familiar é um tema que se constitui em objeto de estudos e pesquisas ao longo das últimas décadas. Sua abordagem o caracteriza de forma controversa no campo da saúde coletiva, encontrando-se não somente na esfera da biologia, mas também da ética, geopolítica, sociologia e economia[11].

Santos e Freitas[12], discorrem sobre a questão de que o planejamento familiar nasce atrelado às contradições teórico-ideológicas ligadas à crise do crescimento populacional, uma vez que estudiosos da demografia prenunciavam impactos significativos com os crescimentos acelerados e desordenados da população e poderiam trazer prejuízos econômicos, político e sociais para a sociedade, especialmente nos países subdesenvolvidos.

Vignoli[13], diz que na Europa a preocupação com o crescimento populacional surgiu na primeira revolução industrial no século XVIII, provocando mudanças significativas, modicando os costumes e desestruturando a urbanização, elevando a taxa de natalidade e mortalidade, resultando no crescimento populacional.

Essa mudança atingiu a América Latina que seguiu ordens de controle populacional das potencias econômicas. Segundo Scarparo e Ecker[14], este tema veio para o debate por meio dos interesses internacionais que, após a Revolução Cubana, sugeriam o controle da natalidade para impedir a implantação de regimes comunistas e mudanças nas estruturas sociais, o que poderia levar à desordem econômica, política e social nestes países.

O controle da natalidade no Brasil está historicamente contido à política externa brasileira, sobretudo aos países desenvolvidos. A subordinação a estes países ricos é demonstrada claramente pela brusca queda da natalidade nos últimos anos[15].

De acordo com Perez[16], as últimas três décadas o Planejamento Familiar no Brasil sofreu mudanças profundas no que tange o enfoque controlista da época dos governos militares e os direitos sexuais e reprodutivos passaram a ter destaques nos governos democráticos posteriores, sobretudo em 1983.

Foi a partir da década de 1980, com a retomada da trajetória democrática no país, caracterizada pela organização de movimentos sociais, que as mulheres

passaram a conquistar direitos no campo do planejamento familiar, com políticas sanitárias mais estruturadas foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, fruto de uma intensa luta das mulheres em parceria com os movimentos sanitaristas[11,17].

Assim sendo, historicamente, as questões relacionadas à concepção e contracepção direcionadas às mulheres têm como ponto de partida a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, em 1983, o qual surge como modelo na história das políticas públicas voltadas para as mulheres, oferecendo uma assistência integral e não exclusivamente o período gravídico-puerperal[18].

A partir desse acontecimento, houve mudanças no cenário da saúde no Brasil, especialmente com as lutas populares para o governo reconhecer a saúde como direito de todos e garantir oficialmente as ações e serviços de saúde. Desta forma, com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 os cidadãos passaram a ter o direito de decidir pela limitação ou aumento do número de filhos que desejam procriar[14].

Deste modo, o planejamento familiar no Brasil é regulamentado pela Lei 9.263/96, que o determina como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos reprodutivos à mulher, ao homem ou casal, na perspectiva de um atendimento global e integral à saúde[18].

Outras políticas públicas têm sido implantadas, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, e que apresenta dentre seus objetivos aqueles já ressaltados pelo PAISM, mas também a redução da mortalidade feminina por causas preveníveis e evitáveis. Nesse contexto, inserem-se todas as doenças passíveis de prevenção, bem como as doenças crônicas e as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos[19].

Dessa forma, compreende-se o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole. Ele faz parte do atendimento integral à saúde, tanto à mulher quanto ao homem, ou do casal. Deve ser ofertado em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), sem empregar ações no que se refere qualquer tipo de controle demográfico[20].

3.2 A ESTERILIZAÇÃO FEMININA

Foi o crescimento populacional ocorrido nos países desenvolvidos o motivador de investimento internacionais nas políticas de contracepção dirigidos as populações mais pobres. Dessa forma, na década de 60 e 70 são implantados programas verticais de planejamento familiar no Brasil, ao mesmo em que foi autorizada a atuação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM) juntamente com Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC)[21].

A sociedade BEMFAM e o CPAIMC tinham como objetivo distribuir em massa os métodos contraceptivos e a prática da laqueadura, assim como treinavam profissionais da área médica e afins para auxiliar nos serviços médicos na realização de tal prática, uma vez que no Brasil havia a fragilidade política no âmbito da saúde reprodutiva, o que favoreceu a ação de agentes privados no controle da natalidade[21].

Nesse sentido, foi em meados a ditatura militar no Brasil que ocorrem as utilizações da laqueadura tubária de forma arbitrária, sem fiscalização e em massa por meio instituições financiadas com dinheiro privado internacional que passaram a atuar principalmente no Nordeste, como a BEMFAM[22].

Estas organizações, consolidaram uma prática de laqueadura em massa, aumentando significativamente o número de mulheres brasileiras esterilizadas, levando ao que se denominou “cultura da esterilização” especialmente entre mulheres negras, pobres, e em situação de vulnerabilidade, uma vez que no Brasil até o final da década de 70, não havia uma política de saúde pública com ações destinadas, de fato, ao planejamento familiar[21,23,24].

Lima[25] demonstra que, nos anos em que atuavam esses órgãos internacionais no país, havia baixa oferta de métodos contraceptivos menos invasivos. Contraditoriamente, constatou-se que 45% de todas as mulheres brasileiras em idade reprodutiva estavam esterilizadas. Ainda acordo com Lima[25], comprovou-se que as ações destinadas ao controle de natalidade eram, prioritariamente, incidentes sobre regiões periféricas e mulheres negras, evidenciando que, na verdade, a esterilização não significava a liberdade e sim imposição para essa camada da sociedade.

Nessa linha, Jardim e Brauner, apud Cetolin *et al* [26], corroboram mostrando que devido à ausência de políticas de saúde na área de planejamento familiar no setor público no Brasil contribuiu bastante para o uso indiscriminado da laqueadura tubária

em brasileiras. Ensejou-se, assim, a ação de clínicas e serviços privados de controle de natalidade, que agiram livremente no período da ditadura militar. No Brasil, 31,1% das mulheres de 15 a 54 anos estavam esterilizadas no ano de 1986 e posteriormente a 10 anos, já eram 40,1%, bancando a esterilização feminina como o método contraceptivo mais usado no País[23,27].

Um dos motivos era que de acordo com Caetano, apud,Hahn e Nielson[28], durante muito tempo no Brasil a cirurgia de laqueadura foi utilizada de forma disseminada em mulheres pobres, negras, e especialmente nordestinas para controlar o aumento populacional no país. Desta forma, acreditava-se que a ligadura tubária era a melhor opção, se não a única, para o controle populacional das camadas de menor potencial econômico, calçados em teorias que acreditam que somente o controle populacional levaria o país ao desenvolvimento econômico[5].

Assim, o método irreversível, laqueadura tubária, continua sendo o mais utilizado entre as mulheres com pouco ensino e de baixo nível de renda, alcançando uma porcentagem de 65% da anticoncepção, em contraste com os 25% no grupo daquelas mulheres mais privilegiadas com oito e mais anos de estudo[29].

4 RESULTADOS

Esta pesquisa encontrou que, em relação ao planejamento familiar, a tendência das abordagens é manter ou voltar seu foco para a mulher, trazendo ponderações sobre a participação do homem, mas de forma tímida e instável. Percebe-se, em todo percurso de tempo, tendência ao retrocesso, ao foco na mulher e na sua capacidade de gestar, desconsiderando os contextos sociopolíticos e sua repercussão na formulação de políticas públicas.

Acredita-se que esta tendência, no Brasil, seja decorrente do fato de somente a mulher, até então, ser biologicamente capaz de gerar um ser humano, parir e amamentar. Na medida em que se verifica a ineficiência do estado em perceber este estado para além do biológico, ocorrendo dentro do contexto social, aquele passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre todos os fenômenos. Daí a tendência em considerar a maternidade, o instinto maternal e a divisão sexual do trabalho como atributos "naturais e essenciais", o que fomenta a divisão de gênero na sociedade.

Esta concepção, construída historicamente, alimenta a produção de políticas. Assim, apesar de vários esforços no sentido de enxergar a mulher para além do paradigma biologicista-reprodutivo, a tendência foi de sempre voltar para a estaca zero. Por fim, considera-se que o avanço da saúde sexual das mulheres e seus direitos, ainda é tímido e vem enfrentando vários desafios, merecendo políticas públicas efetivas e eficazes.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A pesquisa encontrou resultados importantes a respeito de como a iniquidade de gênero quando se trata da formulação de políticas públicas de planejamento familiar, penaliza a mulher, considerando-a como importante pela sua capacidade biológica de procriar. Pondera-se ainda, a existência de uma lacuna entre a formulação da política e sua recepção, compreensão, assimilação pelos profissionais e pelo público a quem se propõe, levantamos a necessidade de trabalhar, junto a estes indivíduos, os nossos achados, buscando reverter em melhorias para o público em geral.

Assim, visando cumprir o terceiro objetivo deste trabalho, que é 'Propor roda de conversas para comunicar os resultados às equipes de saúde da família e a comunidade do município de Parintins-AM e elencar estratégias para minimizar a responsabilização da mulher no planejamento familiar', pensamos na estratégia que se segue.

5.1 PLANEJAMENTO

PRODUTOS - CAPES

- Tecnologia social: quando se pretende mudar a realidade local a partir da participação popular na divulgação dos resultados desta pesquisa;

- Material didático: quando construímos um infográfico a ser utilizado na tradução do conhecimento, visando maior aceitação pela população – translação do conhecimento

- Evento (s) organizado (s): quando serão realizadas sessões multidisciplinares e com participação popular para construção de uma solução adequada.

INTERVENÇÃO

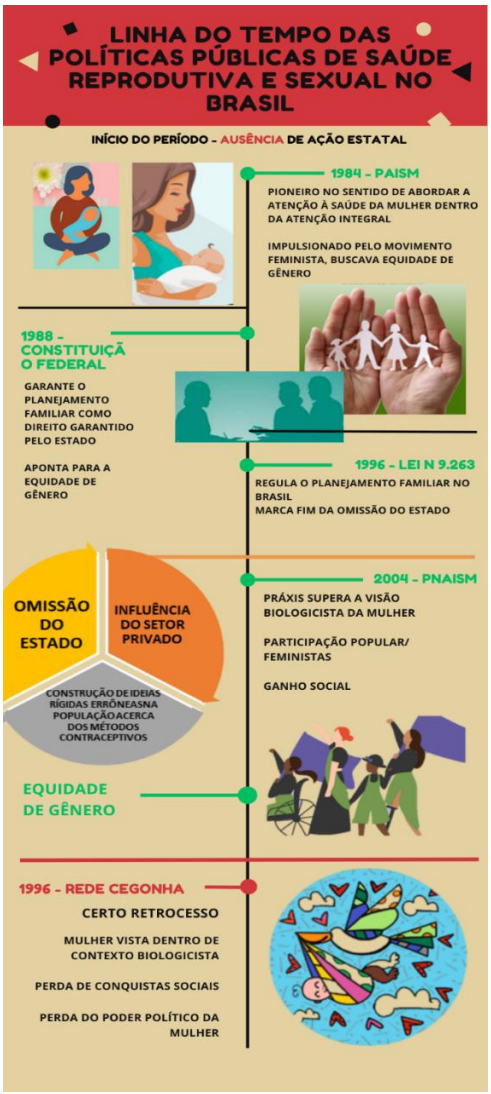
Serão realizados encontros com as Equipes de Saúde da Família de Parintins, com participação da comunidade, visando sondar o conhecimento de todos a respeito das políticas de planejamento familiar

A técnica que será utilizada é o GRUPO FOCAL, dado que se pretende saber o que cada participante conhece a respeito das políticas de planejamento familiar, visando construir o conhecimento coletivo

Serão feitas perguntas disparadoras sobre a percepção de cada indivíduo sobre o planejamento familiar;
Será construído o conhecimento pré-intervenção;

O infográfico será apresentado para o grupo, visando a informação sobre a real situação das políticas de planejamento familiar no Brasil;
Uma solução coletiva será construída.

5.2 INFOGRÁFICO



Fonte: A autora.

6 CONCLUSÃO

Os marcos legais da legislação brasileira e marcos normativos do Ministério da Saúde seguem uma linha cronológica dos acontecimentos que passaram a normatizar o planejamento familiar ao longo dos anos, antes da constituição federal e após a sua promulgação. Ao mesmo tempo em que se percebeu evolução no que diz respeito a uma abordagem global e integral da saúde da mulher, desvinculada do binômio mãe-bebê e demais processos ligados ao estado gravídico puerperal, viu-se que o foco do planejamento familiar segue sendo a mulher, o que pode ser consequência, do período de omissão do estado com relação ao planejamento familiar e do foco das políticas estar voltado para o indivíduo, do número de filhos ser a principal meta do planejamento, da influência do modelo biológico com desconsideração de aspectos socioculturais.

A iniquidade de gênero quando se trata da formulação de políticas públicas de planejamento familiar, penaliza a mulher, considerando-a como importante pela sua capacidade biológica de procriar. Considerando-se ainda, que existe um enorme hiato entre a formulação da política e sua recepção, compreensão, assimilação pelos profissionais e pelo público a quem se destina, desta maneira é importante a necessidade de se trabalhar junto aos atores envolvidos profissionais de saúde e comunidade, os achados, buscando reverter em melhorias para o público em geral.

REFERÊNCIAS

1. Caetano J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil , 2000 a 2006 : aderência à lei de planejamento familiar. 2014;309–31.
2. Santos RS, Florence M, Gomes C, Andreza A, Santos S, Oliveira D, et al. Análise retrospectiva sobre quantitativo de cirurgias de vasectomia versus laqueadura tubária no estado de Sergipe entre 2008 e 2019 Retrospective analysis on the quantitative of vasectomy surgeries versus tubular tubing in the state of Sergipe between 20. 2020;10:1–9.
3. Fontenele CV TA. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas 1 The surgical thread used in tubal sterilization is so heavy !: tubal sterilization and new reproductive technologies. Saúde Soc. 2014;558–71.
4. Casarin, S. T.; Siqueira HCH. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. 2014;18(4):662–8.
5. DIVISION UNP. World contraceptive use 2005. 2005.
6. Neyrand G. Sexualité, maternité, paternité, pouvoir: un espace en cours de restructuration. La Pensée. 2004;39–50.
7. Lima RO, Gonçalves Cavalcanti Dias CA. A ESTERILIZAÇÃO FEMININA: ASPECTOS CONSTITUCIONAIS, LEGAIS E BIOÉTICOS. Rev Bras Direito Civ em Perspect. 2019;5(1).
8. Martins APT. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. 2004.
9. Perpétuo, I. H. O.; Wong LR. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: v. 1. MINISTÉRIO DA SAÚDE; CEBRAP (Eds.); 2009. p. 85–104.
10. Ventura M. Direitos Reprodutivos no Brasil. 3ª edição. Brasília: UNFPA; 2009.
11. Carvalho L. E. C.; Cecatti, J. G.; Osis, M. J. D.; Souza MH. Número ideal de filhos como fator de risco para a laqueadura. Cad Saúde Pública v 20 n 6. 2004;1565–74.
12. Almeida LC. Métodos contraceptivos : uma revisão bibliográfica [Internet]. NESCON. Contagem-MG; 2010 [cited 2022 Mar 22]. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-A79HA8/1/monografia_luiz_carlos_de_almeida.pdf
13. Roberto J, Almeida G De, Cristina J, Barbosa G, Vasconcelos M, Cristina I, et al. II Congresso Brasileiro de Ciência da Saúde. In: ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA : PORQUE FAZER ? [Internet]. Conbracis; 2017. Available from: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID2279_15052017193245.pdf
14. Roussele A. Pornéia: Sexualidade e amor no mundo antigo. São Paulo: Brasiliense; 1984.
15. Souza,C.F.;Miranda-Ribeiro,P.;Machado,C.J.;Fonseca MC. Nem tentariam. O

poder de negociação das mulheres enquanto fator associado ao não uso da camisinha masculina em Belo Horizonte e Recife. Caderno Espaço Feminino v20 n2. 2008;267–85.

16. Paiva CGA. Saúde sexual e reprodutiva da mulher: análise da disponibilidade, percepções e habilidade no uso do preservativo feminino. FIOCRUZ; 2014.
17. Kalckmann S. Preservativo Feminino e Dupla Proteção : Desafios para os Serviços Especializados de Atenção às DSTs e Aids. 2013;21:1145–57.
18. POPULATION REPORTS. Novidades em Anticoncepção Vaginal. [Baltimore]: John Hopkins University; 1985.
19. Freguglia, J. & FONSECA M. Métodos contraceptivos. Revista Superinteressante. 2006 Aug;
20. OMS. Preservativo Masculino: hoje mais necessário do que nunca! Brasília. Ministério da Saúde. 2005;37:31–3.
21. Lopes NA. História da Medicina – Saúde sexual e reprodutiva: a história do preservativo. Sexualidade Planejamento Familiar. 2003;I(1999):31–3.
22. Molina A. Laqueadura Tubária : situação nacional , internacional e efeitos colaterais. In: In: Giffin K, Costa SH, organizadores Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 468 p127-45.
23. Almeida JD et al. Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram laqueadura tubária : uma revisão integrativa da literatura Sociodemographic profile of women who underwent tubal ligation : an integrative literature review Perfil sociodemográfico de mujeres sometidas a. Research, Society and Development. 2021;10:7.
24. Poli MEH, Mello CR, Machado RB, Pinho Neto JS , Spinola PG, Tomas G, Silveira MM, Formiga Filho JFN , Ferrari AEM, Giordano MV, Aldrighi JM, Giribela AHG, Araújo FF, Magalhães J BR. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. Feminina. 2009;459–92.
25. Silva CS, Sá R TJ. Métodos Contraceptivos e Prevalência de Mulheres Adultas e Jovens com risco de Trombose , no Campus Centro Universitário do Distrito Federal-UDF. Revisa Cient Sena Aires [Internet]. 2019;8(2):190–7. Available from: https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p190a197%0A1.
26. Carrero I et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo , Rio Grande do Sul , Brasil. Cad Saúde Pública. 2006 May;22(5):1101–9.
27. Zunta RSB BE. Planejamento familiar : critérios para escolha do método contraceptivo. 2014;32(2):173–8. Available from: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/02_abr-jun/V32_n2_2014_p173a178.pdf
28. Santana JR WS. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil , 1962-1972 : qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais ? Revista Brasileira de História da Ciência. 2016 Jul;203–18.
29. Silva CV. Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira Fiocruz. 2017;187.