

Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la planificación familiar

Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira¹
Ivana Regina Gonçalves²
Milena Temer Jamas³

Resumen

Objetivo. Describir el comportamiento de las mujeres en relación a la planificación familiar y analizar si tal comportamiento tiene influencia cultural. **Metodología.** Se trata de un estudio cualitativo cuyos sujetos fueron mujeres que aguardaban la consulta en el programa de salud de la familia en tres unidades de salud del municipio de Ilha Comprida de São Paulo, Brasil. Los datos fueron recolectados durante los meses de octubre y noviembre de 2007, empleándose como medio de información la entrevista, y posteriormente fueron sometidos a la técnica del análisis de contenido. **Resultados.** Las mujeres tienen la responsabilidad de la planificación, consideraron que hay dificultades con la planificación familiar debidas especialmente a la información ineficaz sobre métodos anticonceptivos y a la influencia que la familia ejerce sobre este comportamiento adoptado. **Conclusión.** La planificación familiar está influenciada por los modelos culturales, valores morales, sociales y religiosos, que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad.

Palabras clave: planificación familiar; salud de la mujer; anticoncepción.

Women and their couple's behavior regarding birth control

Abstract

Objective. To describe women behavior regarding birth control and analyze if such behavior has any cultural influence. **Methodology.** Qualitative study in which patients were women who were waiting for their family health program consult in three health units of the city Ilah Comprida in Sao Paulo, Brazil. Data were collected during October and November of 2007, the interview was used as source of information, subsequently they were subjected to the content analysis technique. **Results.** Women are responsible for birth control; they consider there are difficulties with birth control especially due to inefficient information about methods

- 1 Enfermera, Magíster en Enfermería, Doctora en Enfermería. Coordinadora y tutora del Curso de Formación Docente en Educación Profesional Técnica en el área de la Salud del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil.
email:malusa@fmb.unesp.br
- 2 Enfermera graduada por el Curso de Enfermería de la Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil.
email: nanaenf82@hotmail.com
- 3 Enfermera, Especialista y Magíster en Enfermería Obstétrica. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.
email:mtj@usp.br

Subvenciones: este artículo es producto de una investigación realizada durante el desarrollo de un Programa de Extensión Universitaria en las Unidades del Programa de Salud de la Familia (PSF) del Municipio de Ilha Comprida, São Paulo, Brasil.

Fecha de recibido: 26 de agosto de 2009.
Fecha de aprobado: 4 de junio de 2010.

Cómo citar este artículo: Da Silva ML, Gonçalves IR, Temer M. Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la planificación familiar. Invest Educ Enferm. 2010; 28(2): 195-203

of contraception and family influence over this adopted behavior. **Conclusion.** Birth control is influenced by cultural models, moral, social and religious values related with the exercise of sexuality.

Key words: family planning; women's health; contraception.

Comportamento de mulheres e seus casais referentes ao planejamento familiar

■ Resumo ■

Objetivo. Descrever o comportamento das mulheres em relação ao planejamento familiar e analisar se tal comportamento tem influência cultural. **Metodologia.** Trata-se de um estudo qualitativo cujos sujeitos foram mulheres que aguardavam a consulta no programa de saúde da família em três unidades de saúde do município de Ilha Comprida de São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados durante os meses de outubro e novembro de 2007, empregando-se como meio de informação a entrevista, e posteriormente foram submetidos à técnica da análise de conteúdo. **Resultados.** As mulheres têm a responsabilidade do planejamento, consideraram que há dificuldades com o planejamento familiar devidas especialmente à informação ineficaz sobre métodos anticonceptivos e à influência que a família exerce sobre este comportamento adotado. **Conclusão.** O planejamento familiar está influenciada pelos modelos culturais, valores morais, sociais e religiosos, que têm que ver com o exercício da sexualidade.

Palavras chave: planejamento familiar; saúde da mulher; anticoncepção.

Introducción

La planificación familiar (PF) es uno de los temas más debatidos en el área de la salud reproductiva, por sus implicaciones sociodemográficas y económicas, y una de las actividades más importantes entre las que son objeto de acciones preventivas en el área de la salud porque proporciona a las parejas la información y los medios necesarios para cumplir su decisión de tener hijos de forma consciente y voluntaria, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹ En el contexto de los derechos reproductivos, la libertad de elección es fundamental en el área de la regulación de la fecundidad y tiene como principal objetivo garantizar a todos un derecho básico de ciudadanía previsto en la Constitución Brasileña: el derecho de tener o no hijos.² Para optar por un método contraceptivo de forma libre e informada, es necesario conocer y tener acceso a todos los métodos anticonceptivos (MAC) científicamente aprobados y disponibles, para después seleccionar el más adecuado a las características propias y las condiciones de vida del momento.³

Desde la década de 1980 Brasil ha entrado en un período de transición democrática caracterizado por la organización de movimientos sociales, entre ellos el feminista, en el que las mujeres pasaron a reivindicar derechos relacionados con la salud reproductiva, incluyendo la PF, la democratización de la educación para la salud y otras medidas que van más allá de la esfera biomédica, y que abarcan la promoción de la salud y de una mejor calidad de vida.⁴ El Ministerio de la Salud divulgó oficialmente las bases de acción programática del PAISM (Programa Assistência Integral a Saude da Mulher), en 1984, en las que partía de la obligación del cuidado de la salud de la mujer, que hasta entonces se limitaba al ciclo gravídico y puerperal y de forma muy deficiente. Esa situación se veía agravada por la creciente presencia de la mujer en la fuerza de trabajo y por su papel fundamental dentro de la familia.⁵

No se puede decir que no existiera ningún desarrollo previo, pues con el PAISM el Ministerio de la

Salud promovió entrenamientos para profesionales de los servicios de PF con estrategias no tradicionales, pues se utilizaron materiales educativos, como los videos, los álbumes seriados, las cartillas y los folletos, para estimular el desarrollo de las actividades informativas. Al final de la década de 1980 fue publicado un marco conceptual, que todavía se utiliza como referencia para evaluar la calidad de la atención en PF, que incluye seis elementos fundamentales: la elección libre del método, la información para las usuarias, la competencia técnica, la relación usuaria-servicio, el acompañamiento de la usuaria y la integración de la PF a la atención en salud reproductiva.³ El objetivo de este estudio fue describir el comportamiento de las mujeres y de sus parejas en relación con la PF.

Metodología

Investigación descriptiva con abordaje cualitativo que se llevó a cabo en las unidades del Programa de Salud Familiar (PSF) de Monte Carlo, Viarregio y Britânia, del municipio de Ilha Comprida, en São Paulo (Brasil).

La población de estudio estuvo compuesta por las mujeres que durante los meses de octubre y noviembre de 2007 esperaban en la consulta del PSF. Quienes aceptaron participar en el estudio firmaron el consentimiento informado, en el que se explicaba el objetivo y la metodología del estudio, se garantizaba la confidencialidad de la información suministrada y se autorizaba la grabación de la entrevista. La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la UNESP, bajo el número de protocolo 218/05.

En función de la naturaleza y objeto del trabajo se utilizó como estrategia para la recolección de los datos la entrevista. La información se obtuvo en un consultorio reservado para esta actividad, no sin antes haber aclarado a las mujeres que no perderían su cita médica y que se les llevaría directamente allí cuando fuera el momento de su consulta.

Para asegurar el rigor metodológico, las entrevistas fueron grabadas en formato MP3, y luego de transcritas para su análisis, borradas. Se recolectaron datos referentes a las siguientes variables:

edad, número de hijos, tipo de unión conyugal, composición del núcleo familiar, método contraceptivo utilizado y planificación de los hijos. Estas variables fueron analizadas descriptivamente y expresadas en valores numéricos absolutos y relativos. La entrevista permitió recolectar los datos cualitativos sobre el comportamiento de las mujeres y de sus compañeros en relación con la PF por medio de la pregunta orientadora: ¿Qué hacen usted y su esposo para no tener hijos?

Se realizó una prueba piloto para evaluar si la pregunta era adecuada y si había información que no hubiera sido considerada. Posteriormente, tres investigadores evaluaron la pertinencia y claridad de la pregunta diseñada para alcanzar el objetivo propuesto para el estudio. Como se trató de una investigación cualitativa, el número de sujetos que participarían no fue determinado a priori, pues todo dependía de la calidad de la información obtenida en cada descripción, de la profundidad y del grado de recurrencia y de la divergencia de la información. Mientras aparecieran datos originales que pudieran indicar nuevas perspectivas para la investigación en curso, haría falta continuar las entrevistas.⁶ Se logró la saturación de la información con 17 mujeres.

Los datos de este estudio fueron sometidos al análisis de contenido,⁷ con el fin de identificar los significados y las temáticas relevantes con relación a la PF. Este análisis tuvo tres etapas: a) *el preanálisis*, en el que se hizo la lectura de las declaraciones; b) *la explotación del material*, que permitió clasificar las descripciones en sistemas de categorías, reunidas de acuerdo con el significado; y c) *el tratamiento de los resultados obtenidos y la interpretación*, por medio de recorte, agregación y enumeración.⁷

El análisis temático se estructuró en dos categorías: la PF como responsabilidad de las mujeres, y la PF reducida al uso del MAC.

Para la identificación de las mujeres estudiadas se utilizó la letra M, seguida del número de orden de las entrevistas: M1, M2 ... M17. Se consideró adolescencia el período entre 10 y 19 años de edad, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud OMS.⁸

Resultados

En la Tabla 1 aparecen las características generales del estudio. La mayoría de las mujeres parti-

cipantes son adolescentes (58.8%), con más de dos hijos (52.9%), están casadas o llevan una unión estable (76.4%), y una de cada tres utiliza la píldora como MAC (35.3%).

Tabla 1. Distribución de las mujeres según las características seleccionadas

Característica	n	%
Edad en años		
14 a 19	10	58.8
20 a 35	7	41.2
Número de hijos		
Ninguno	2	11.8
Uno	6	35.3
Dos o más	9	52.9
Unión conyugal		
Soltera	4	23.5
Casada	9	52.9
Uniones de hecho	4	23.5
Núcleo familiar		
Vive con la pareja	13	76.40
Vive con sus padres	4	23.60
Planificación de los hijos		
No	13	86.70
Sí	2	13.30
Tipo de MAC		
Píldora	6	35.3
Preservativo	5	29.5
Ligadura tubárica	4	23.5
Ninguno	2	11.8

En el análisis de las entrevistas surgieron varias categorías, que se presentan a continuación:

Responsabilidad de las mujeres. El cuidado de los hijos y el control de la fecundidad todavía son considerados por la sociedad, e incluso por las propias mujeres, como una función femenina que excluye al hombre de la responsabilidad de la contracepción: “(...) mi marido dice que soy yo la que tiene que cuidarse. Él no quiere ser operado ni usa preservativo y nosotros ya tenemos cuatro hijos” (M4); “(...) mi marido dice que soy yo la que tiene que cuidarse” (M11).

Las normas sociales de sexualidad y reproducción atribuyen a la mujer la responsabilidad exclusiva, o casi exclusiva, de la contracepción: “(...) soy

yo quien tiene que usar la píldora, porque si no, ya tendría unos diez hijos” (M13), “(...) no puedo tener más hijos, y [la situación] está difícil porque no puedo tomar la píldora y mi marido no toma ninguna medida” (M7), y: “(...) no soy casada, y el padre del niño no tiene responsabilidad ninguna, no ve al hijo, no piensa que tiene que comprarle cosas” (M2).

Uso de un método anticonceptivo. En este estudio se hizo evidente que el comportamiento de las mujeres en relación con la planificación familiar se restringe al uso de los MAC, pero exponen su deseo de participar en acciones mucho más amplias, lo que revela la necesidad de atención en programas integrales de asistencia a la salud de la

mujer: “(...) tomo la píldora porque no se habla de ese tema claramente, sólo se habla cuando una ya está embarazada, y como ya no quiero, no dejo de tomar la píldora ...” (M8), “(...) mi marido nunca ha dicho cuántos hijos podríamos o nos gustaría tener. Yo soy la que se imagina que le gustaría tener menos y que necesita ayuda para eso (...)” (M16), y: “(...) a veces, una deja de tomar la píldora por algún problema de salud y se acaba embarazando, no porque lo quisiera (...)” (M15).

Falta de planificación familiar. La importancia de la demanda de los servicios de PF todavía no hace parte de la realidad de la mayoría de las mujeres: “(...) nunca hemos hablado acerca de ese tema, entonces no hemos hecho planificación. Yo tomé anticonceptivos cuando no me quería embarazar, pero fue iniciativa mía, no fue algo de que hubiéramos hablado (...)” (M12), “(...) mis reglas siempre han sido muy irregulares, y yo iba al médico, pero nunca se han regularizado, entonces me embaracé cuando no quería, no me embaracé cuando quise [...]” (M6), “(...) mi mamá dice que tampoco nunca planeó ninguno de los hijos y eso no fue motivo para que no los criara” (M9), “(...) no quisiera haber tenido tres hijos (...) todavía soy muy joven ...” (M1), y: “(...) no hemos hablado acerca de hacer una planificación de los hijos (...)” (M14).

Este estudio evidenció también que la falta de PF está relacionada con la religiosidad: “(...) yo nunca he hablado de eso con mi marido, ni nunca he tomado ningún anticonceptivo. Pienso que el número de hijos ya está determinado para cada persona. Soy religiosa y creo en eso (...)” (M3).

Influencia cultural en la toma de decisiones sobre planificación familiar. Las decisiones sobre PF en lo que se refiere a las prácticas de contracepción se toman teniendo en cuenta los patrones familiares que están apoyados en valores morales y religiosos tradicionales. Esto lo pudimos observar en varias entrevistas, entre las que destacan estas opiniones: “(...) pienso que la familia es nuestro ejemplo, pero no quiero tener tantos hijos (...)” (M5), “(...) uno comprende aquello que vive. Yo tampoco he planeado mis dos gestaciones (...) seguramente eso tuvo influencia” (M10), y: “(...) mi madre nunca planeó sus gestaciones (...)” (M17).

Discusión

La mayoría de las mujeres participantes en este estudio eran adolescentes que viven con sus parejas, y gran parte de ellas no han planeado las gestaciones, lo que lleva con frecuencia a embarazos no deseados.

Las razones por las que las adolescentes se embarazan cada vez más precozmente son múltiples y están asociadas al desconocimiento y al poco uso de los MAC, además de las deficiencias de la participación de los sectores de salud y educación en los temas de salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes.⁹ La modificación en los patrones de sexualidad ha repercutido en el aumento de la incidencia del embarazo en este grupo etáreo, particularmente en los países en desarrollo y en las adolescentes más jóvenes.¹⁰

El inicio precoz de las relaciones sexuales entre los jóvenes es evidente en la actualidad y la mayoría de las veces ese comportamiento no va acompañado del conocimiento adecuado sobre el funcionamiento del propio cuerpo, ni sobre el uso correcto de los MAC. La principal razón que encontró Guimarães¹¹ para que las adolescentes embarazadas no hubieran utilizado los MAC era que no esperaban tener relación sexual en aquel momento. Según Sarmento,¹² el 65% de las mujeres embarazadas brasileñas tiene menos de 20 años, lo que anualmente representa cerca de 1.1 millón de embarazos, y ese número sigue creciendo. En lo que se refiere al uso de anticonceptivos, el método más utilizado por la población del estudio fue la píldora, seguida por el preservativo y la ligadura tubárica. Es preocupante que una de cada diez mujeres no hace uso de ningún MAC.

Los anteriores resultados son semejantes a los de la Investigación Nacional de Demografía y Salud en 1996.¹³ En ambos se encontró que la píldora anticonceptiva y la ligadura tubárica son los métodos más comúnmente utilizados para el control de la fecundidad en Brasil, con amplia predominancia del segundo sobre el primero. La utilización del preservativo masculino, en los datos obtenidos por dicha investigación en 1996 fue de 7%,¹⁴ muy por debajo de los que arrojó el

presente estudio, y que reflejan una mayor participación masculina en la anticoncepción, pero también una mayor preocupación de la sociedad por la prevención de la transmisión del SIDA.^{15,16}

Uno de los principales problemas relacionados con el elevado porcentaje de usuarias de la píldora anticonceptiva son los factores de riesgo asociados a su uso, y sus efectos secundarios, que pueden dar lugar a la interrupción del método o motivar un uso inadecuado;^{14,17-20} así, una pregunta para una investigación futura sería si el MAC está bien indicado para las usuarias.²¹ La ligadura tubárica sigue la tendencia nacional de ser el MAC más utilizado,^{14, 20, 22} y los datos suscitan la reflexión sobre si éste, por ser un método definitivo, debería ser utilizado como excepción y no de manera indiscriminada.

No hay duda de que el fenómeno del embarazo no planeado es frecuente, concierne a la mitad de todos los embarazos, y es un riesgo que una alta proporción termine en abortos provocados.¹⁴ Aunque las tasas de embarazo adolescente en Brasil son elevadas, hay que reconocer que pocas adolescentes buscan el programa de PF o utilizan algún método.²³ Los hallazgos de este estudio refuerzan los de la literatura, y señalan el riesgo de un buen número de embarazos en mujeres solteras y en las que viven en unión, especialmente grave en Brasil donde la demanda por servicios de PF es más grande que la oferta.²⁴

Pasando a los hallazgos de las entrevistas, se definieron cuatro categorías de análisis. La primera *Responsabilidad de las mujeres*, mostró que el cuidado de los hijos y el control de la fecundidad todavía son considerados por la sociedad y por las propias mujeres como funciones femeninas. Las normas sociales de sexualidad y reproducción/contracepción atribuyen a la mujer la responsabilidad exclusiva, o casi exclusiva, de la contracepción; también ella asume sola la responsabilidad de la contracepción y se somete al uso de métodos que muchas veces tienen efectos indeseados sobre su salud.²⁵ Desgraciadamente, las más jóvenes difícilmente sentirán como suya la responsabilidad de un embarazo.²⁶

El comportamiento adoptado por las mujeres corresponde al enfoque de la PF centrado en responsabilizar a la mujer, así como la educación y la cultura de la continuidad de la relación de género, en la que el hombre es el proveedor y el que decide, y la mujer la que “sirve y obedece”. Además, vivimos una política de educación que todavía no forma al profesional de enfermería para el servicio comunitario, sino sólo para el abordaje individual del consultorio, donde decide lo mejor para el paciente.²⁷ En el contexto internacional, la Conferencia de Pekín, en 1995, promovida por la Organización de las Naciones Unidas, alertaba sobre la importancia de que ambos sexos compartan la responsabilidad de la anticoncepción, con el fin de promover la salud reproductiva, y enfatizaba su relevancia para la consolidación de una sociedad democrática y para el desarrollo de la ciudadanía.²⁸

Las relaciones entre hombres y mujeres reflejan los patrones culturales de una sociedad; la mujer va conquistando un espacio cada vez mayor, ha entrado en el mercado de trabajo y está asumiendo la corresponsabilidad, y aun la responsabilidad, en el sustento de la familia. Sin embargo, compartir las tareas de la casa en familia todavía no es muy común.²⁹

En cuanto a la categoría *Uso de método anticonceptivo*, se sabe que el ejercicio de la planificación familiar, como acciones propuestas por el PAISM, deberían ser de información y orientación pertinentes a la salud reproductiva y derechos sexuales, y no restringirse a los MAC,²³ porque la anticoncepción es el medio por el que se disocia la reproducción del sexo, sin olvidar que hace parte de las acciones de planificación familiar definidas en la Ley Federal 9263.³⁰ Sin embargo, en este estudio se vio claramente que el comportamiento de las mujeres en cuanto a la PF se restringe al uso de los MAC, pero que manifiestan su deseo de participar en acciones mucho más amplias, lo que revela la necesidad de atención en programas integrales de asistencia a la salud de la mujer. Las usuarias tienen una percepción errada de los programas de PF, piensan que sólo tiene que ver

con los MAC, y se muestran insatisfechas de la manera en que esos programas son viabilizados.

La PF es concebida en la actualidad como el “conjunto de acciones de regulación de la fecundidad que garanticen la igualdad de derechos, de limitar o aumentar la prole por la mujer, por el hombre o por la pareja”.³¹ Partiendo de esta definición, la PF es el resultado de la conciencia humana sobre la necesidad de limitar los hijos a un número compatible con la capacidad de criarlos. Criar es mucho más que procrear; significa educar, alimentar, proteger, cuidar de la salud, proporcionar condiciones dignas de vida.³² Sin olvidar que la PF depende esencialmente del uso correcto de MAC modernos, eficaces y seguros, el uso de esos métodos se asocia fundamentalmente a la motivación y a la conciencia sobre la necesidad de limitar la prole.

En consecuencia, para que este programa sea viable en las comunidades pobres y necesitadas, no se puede asumir que el servicio que preste sea simplemente la distribución de MAC; es fundamental pensar una estrategia cultural y social que desde temprana edad, y a través de actividades socioculturales y lúdicas, posibilite descubrir estos temas. El uso correcto de MAC siempre exigirá información adecuada, disciplina, determinación, evaluación médica y control periódico. Cualquier organismo de salud que se proponga desarrollar correctamente programas de PF deberá disponer de la estructura necesaria para promover esas acciones con el acompañamiento necesario.³⁰

La *falta de planificación familiar* fue la tercera categoría de análisis. La importancia de la demanda de los servicios de PF todavía no hace parte de la realidad de la mayoría de las mujeres. Los resultados confirman lo que ya había encontrado la literatura: el riesgo del aumento de la prole entre las mujeres más jóvenes, que son las que iniciaron su vida sexual más precozmente, lo cual tiene un impacto en su vida en lo que se refiere a la escolaridad, la ocupación, la inserción en el mercado de trabajo y el cumplimiento de un proyecto de vida. Además, es necesario considerar la repercusión económica en sus familias, principalmente en los grupos más pobres y necesitados, que no están preparados para enfrentar esos retos.³³

Este estudio comprobó también que la falta de PF está relacionada con la religiosidad del sujeto. Los preceptos de la doctrina cristiana persisten en la cultura, orientando las acciones en la esfera de la sexualidad y la contracepción, y aunque cargados de prejuicios, muchas mujeres los adoptan como naturales.²⁵

La última categoría encontrada fue *Influencia cultural en la toma de decisiones en relación con la planificación familiar*. Las decisiones sobre PF se toman según unos patrones familiares apoyados en valores morales y religiosos tradicionales.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio, se puede recomendar que el equipo de salud trabaje en forma humanizada la educación sobre los aspectos de SSR, considerando la influencia de los modelos culturales y los valores morales y religiosos, que tienen tanta significación en las acciones en salud, específicamente en el ejercicio de la sexualidad. También es preciso comprender las relaciones de poder establecidas socialmente, que evidencian los roles sociales construidos históricamente para hombres y mujeres. Sólo así será posible construir nuevas formas de relación de género que beneficien al hombre, y especialmente a la mujer, quien a pesar de sus conquistas en cuanto a la igualdad de los derechos, todavía tiene muchos desafíos que vencer.

La conclusión general que nos brinda este estudio es que la planificación familiar está influenciada por los modelos culturales y los valores morales, sociales y religiosos, que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad.

Referencias

1. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: Manual Técnico. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Organização Mundial da Saúde. Análise da necessidade de introdução de anticoncepcionais no Brasil. Brasília: OMS; 1994.
3. Osis MJD, Duarte GA, Crespo ER, Espejo X, Pádua KS. Escolha de métodos contraceptivos entre usuá-

- rias de um serviço público de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (6):1586-1594.
4. Moura ERF, Silva RA. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Cien Saude Colet*. 2004; (94):1023-1032.
 5. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: Bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1984.
 6. Ravindran T. Women's health policies: organising for change. *Reprod Health Matters*. 1995; 6:7-11.
 7. Vieira EM, Badiane R, Dal Fabbro AL, Rodrigues ALJ. Características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2001; 36(3):263-270.
 8. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesq*. 2002; (115):139-153.
 9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
 10. Vivendo a adolescência. O que é adolescência? [Internet]. [Consultado 2009 Mar 27]. Disponível em: <http://www.adolescencia.org.br>.
 11. Paraguassú AL, Costa MC, Nascimento Sobrinho CL, Patel BN, Freitas JT, Araújo FPO. Situação Sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes. *Cien Saude Colet*. 2005; 10(2):373-380.
 12. Sant'Anna MJ. Gravidez na adolescência [Internet]. [Consultado 2008 Oct 23]. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=400>
 13. Guimarães EB. Gravidez na adolescência: Fatores de risco En: Saito MI, Silva EV. *Adolescência Prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 291-8
 14. Galvino Sarmento AB. Gravidez na adolescência aumenta no Brasil [Internet]. [Consultado 2008 Oct 23]. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br>
 15. Araújo TVB, Aquino EML. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(2):407-417.
 16. Martins LBM, Costa-Paiva L, Osis MJD, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1):57-64.
 17. Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(6):1747-60.
 18. Moura ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):795-801.
 19. Osis MJD, Duarte GA, Crespo ER, Espejo X, Pádua KS. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6):1586-1594.
 20. Leite IC. Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986 -1991. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(4):1005-1016.
 21. Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):788-794.
 22. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2ª ed. Geneve: WHO; 2004 [Citado 2006 Ene 22]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562668.pdf>
 23. Fagundes ML, Mendes MC, Patta MC, Moura MD, Campos AD, Duarte G, et al. Padrão endometrial em mulheres submetidas à laqueadura tubária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; (279):529-533.
 24. Pelloso AM, Carvalho MDB. Planejamento familiar: perfil das usuárias de um programa. *Arq Apadec*. 2004; (8 supl):938-942.
 25. Berquo E. Uma nova onda para atropelar os direitos reprodutivos. *Rev Bras Estud Popul*. 1990; 7(1):87-94.
 26. Silva MA, Mandú ENT. Idéias cristãs frente ao corpo, à sexualidade e contracepção: implicações para o trabalho educativo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(4):459-464.
 27. Rodrigues de Oliveira Lima M, Oliveira Lima L. Planejamento familiar: conflitos e soluções. 2008. Brasil: Fazendo Genero; [Internet]. [Consultado 2008 Oct 23]. Disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST58/Lima-Lima_58.pdf
 28. Piovesan F, Pirotta WRB. A proteção dos direitos reprodutivos no direito internacional e no direito interno. En: Piovesan F. *Temas de direitos humanos*. São Paulo: Max Limonad; 1998. p. 166-202.
 29. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):23-31.
 30. Poli MEH. A anticoncepção como instrumento do planejamento familiar e da saúde. *Scientia Médica*. 2006; 16(4):168-171.

31. Brasil. Lei Ordinária nº 9263 regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário oficial da União, 9263, (Jan 12 1996).
32. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p.868.
33. Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar. Pesquisa nacional sobre demografia. Rio de Janeiro: Bemfam; 1996.