

CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA - VASECTOMIA

Inês Ferreira Braga*

BRAGA, I. F. Contracepção cirúrgica - vasectomia. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 2(1): 41-48, 1998.

RESUMO: O presente trabalho apresenta uma compilação de dados da literatura sobre a problemática envolvida na contracepção cirúrgica com enfoque na vasectomia e os aspectos médicos, sociais, culturais e políticos a ela relacionados.

PALAVRAS-CHAVE: contracepção; vasectomia; esterilização.

SURGICAL CONTRACEPTION - VASECTOMY

BRAGA, I. F. Surgical contraception - vasectomy. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 2(1): 41-48, 1998.

ABSTRACT: The present work shows a review of literature data on the problematic involved on the surgical contraception, focusing on vasectomy and the medical, social, cultural and political aspects related to it.

KEY WORDS: contraception; vasectomy; sterilization.

Introdução

Durante a última década, a esterilização voluntária se transformou de "patinho feio" entre os métodos anticoncepcionais no "Cisne branco" dos anos 70 (PACHECO, 1981).

Já BEBER e PASCHOAL (1993) informam que o planejamento familiar é um tema médico - social complexo. Sua adequada resolução está condicionada a um trabalho educativo junto à população, de resultados a longo prazo, que depende de uma distribuição farta e gratuita de todos os métodos anticoncepcionais reversíveis legais, e a indispensável regulamentação da esterilização cirúrgica no país, via Congresso Nacional.

É de fundamental importância e acima de tudo imprescindível - a parte educacional da população que geralmente é suprimida. A educação da população deve ser ampla. Devem existir programas de educação específica para adolescentes em escolas, cursos de reciclagem dos professores, cursos de pré - nupcial etc.

VIEL (1974) ao comentar sobre métodos anticoncepcionais, diz que ao serem discutidos, cumpre não incluir aqueles que sabidamente fracassam e cujo emprego decorre exclusivamente de engano.

A escolha de um método anticoncepcional

depende da consulta médica. Após decidida, essa deve ser feita pelo casal, não exclusivamente pela mulher, como parece demonstrar a experiência mundial. A compreensão e a cooperação do marido, na grande maioria dos métodos, é elemento básico do êxito, sendo que a educação de ambos os cônjuges é preferível à consulta isolada de cada um deles.

Para KLOETZEL (1987) o casal que opta pela contracepção tem a seu dispor um rico repertório de métodos, uns mais eficazes que outros, mais aceitáveis ou inaceitáveis.

O uso da contracepção é o verdadeiro determinante da diferença de fertilidade, no plural e no singular, entre nações e entre famílias.

PASSOS (1985) comenta que a aceitação pelo casal é o fator de maior importância e eficácia prática para qualquer método contraceptivo.

O método anticoncepcional cirúrgico é o procedimento mais seguro. Aqueles que se propõem a conseguir a esterilização provisória não oferecem segurança ou, comumente, a obtem definitiva.

De acordo com FREITAS & CORRÊA (1991), a maioria das informações técnicas disponíveis afirma que a laqueadura e a

* Pós-graduanda em Biologia da Universidade Paranaense.

Endereço para correspondência Inês Ferreira Braga. Pós-graduação. Universidade Paranaense. Pça. Mascarenhas de Moraes, s/n. Umuarama-PR. CEP: 87.502-210.

vasectomia não tem efeitos sobre a libido. Se considerarmos que o exercício sexual é um ato mecânico, tais informações estão corretas. Entretanto a sexualidade humana é um terreno muito complexo, e por isso a questão merece atenção especial.

A diferença das mulheres, os homens são condicionados para uma sexualidade ativa e “livre” das preocupações com a reprodução. Em geral, sua participação é mínima na escolha e utilização dos métodos anticoncepcionais. No caso específico de esterilização, observa-se grande resistência que, segundo os próprios homens, se justifica pelo medo dos “efeitos” sobre a “sexualidade”.

Pela informação de NETTO JUNIOR & CASTRO (1980) o controle voluntário da fertilidade humana tem sido preocupação constante do mundo atual.

Ainda que pouco praticada entre nós, a esterilização masculina é tão segura e satisfatória quanto à feminina, além do que muito mais simples e isenta de riscos.

Observa-se, portanto, uma situação paradoxal: de um lado as mulheres optam “cegamente” pela esterilização e depois identificam e lamentam suas conseqüências sobre a vida sexual. Os homens por sua vez se recusam a fazer esta operação por medo de perder a potência.

Conforme PACHECO (1981), a decisão dos então Ministros da Saúde, Waldir Arcoverde e Jair Soares, da Previdência Social, incluírem a vasectomia e a laqueadura no programa oficial de “Planejamento familiar” foi seguida de imediato repúdio da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, a qual manifestou sua formal oposição em entrevista coletiva à imprensa.

No entanto, afirma SANTANA (1993) que a Conferência Mundial da população aprovou, em 1974, a resolução de que “os indivíduos e os casais têm o direito de eleger livre e responsabilmente a quantidade de filhos que desejam ter e quais os intervalos entre um e outro. A liberdade de opção deve ser exercida com pleno conhecimento dos métodos anticoncepcionais”.

Desenvolvimento

Considerações gerais sobre a vasectomia

Conforme afirma PEREIRA (1981), quando o homem ejacula no coito, o esperma depositado na vagina pode conter centenas de milhões de espermatozóides. A mulher engravida quando um desses espermatozóides chega a penetrar um óvulo maduro, no processo descrito em fecundação. Normalmente no corpo de todo homem há outros milhões de espermatozóides ao longo dos compridos canais que partem dos testículos e terminam na uretra. A vasectomia é uma operação que interrompe a continuidade desses canais em certo trecho. Com isso, os espermatozóides produzidos nos testículos não podem ir misturar-se ao esperma. Algum tempo depois de operado, o homem torna-se estéril, porque o sêmen que ele ejacula no coito não contém mais espermatozóides. A quantidade de esperma ejaculado quase não se altera porque 90% dos fluidos que o formam não provém dos testículos, mas sim, principalmente, da próstata e das vesículas seminais. Salvo minoria excepcional de casos, a capacidade sexual não sofre nenhum efeito negativo.

De acordo com NETTO JUNIOR (1979) e NETTO JUNIOR & CASTRO (1980), a ligadura cirúrgica dos canais deferentes podem ser um dos métodos mais simples, seguro e satisfatório de controle da fertilidade. A vasectomia é facilmente praticada em consultórios médicos, postos de saúde ou mesmo instalações provisórias, como nos postos rurais na Índia e outros países Asiáticos.

Como afirma CARVALHO & NETTO JUNIOR (1982), no passado, os responsáveis por programas de planejamento familiar culpavam a atitude do homem pela baixa prevalência da vasectomia. Os homens temiam que tal método os levassem a prejuízo do desempenho sexual. Depois que trabalhos bem elaborados têm demonstrado que não existem efeitos colaterais adversos para os indivíduos que se submetem à vasectomia, muitos serviços de planejamento familiar passaram a oferecer informações e serviços para homens. Esses programas comprovam que muitos

homens desejam compartilhar a responsabilidade pelo planejamento familiar, e que alguns decidirão pela vasectomia.

Atualmente a esterilização feminina ultrapassa a vasectomia em popularidade, já que, com a emancipação da mulher, ela dispõe de um método que lhe permite controlar sua própria fertilidade, dando-lhe maior poder e segurança.

A esterilização voluntária sempre encontrou barreiras religiosas quanto à sua aceitação, mas com o evoluir dos anos, elas foram diminuindo e a esterilização passou a ser aceita em muitos países muçulmanos, budistas e hindus, assim como em países católicos. Até 1977 o Vaticano anulava qualquer casamento de um homem que tivesse sido submetido à esterilização cirúrgica por razões médicas ou não.

Os fatores culturais influenciaram muito a aceitação da esterilização, especialmente masculina. Na América Latina, apesar das atitudes machistas, o homem vem progressivamente aceitando a vasectomia como método anticoncepcional.

Observando o panorama mundial avalia-se que cerca de 260 milhões de casais utilizam algum método contraceptivo e, destes, 90 milhões optam pela esterilização voluntária, e 33 milhões pela vasectomia.

Embora cada vez mais popular, em quase todo o mundo ainda existem barreiras em alguns países ao acesso das populações pobres e rurais à esterilização voluntária.

Para VIEL (1974), a vasectomia nada tem a ver com a castração porque o método não atinge as glândulas sexuais.

Em caso algum afeta a vida sexual, tendo como propósito único de operação impedir que o testículo deixe escapar para o exterior o espermatozóide.

Foi praticada inicialmente com propósitos eugenéticos, isto é, para evitar a reprodução dos portadores de genes causadores de enfermidades hereditárias na Alemanha de Hitler.

Cada vez mais tende a desaparecer a esterilização por razão eugenésica a qual é legal em muitos países. À medida que diminuiu a esterilização eugenésica, tende a aumentar

a intervenção esterilizante por razões terapêuticas e voluntária, objetivando unicamente a reduzir a extensão familiar.

A experiência da prática em massa da esterilização masculina acusa resultados menos seguros do que na mulher. O êxito em boa parte depende da habilidade e da experiência do cirurgião. Citam-se fracassos mesmos entre os melhores. Mesmo em operações bem cuidadas os homens podem ser férteis nos 3 primeiros meses sucessivos à operação.

Histórico da Vasectomia

De acordo com HALBE (1987), a primeira vasectomia animal se realizou em 1823 por Sir Astley Cooper; em um cão. Foi em 1890 que a vasectomia passou a ter uso clínico em cirurgia de próstata, como método de profilaxia de epidimites que freqüentemente ocorriam após tais cirurgias. Ochaner em 1897 mostrou que não havia alteração na vida sexual dos pacientes após vasectomias bem sucedidas. Em 1899, Sharl obteve sucesso na vasectomia em um homem que sofria de masturbação compulsiva. A partir de 1928, a vasectomia passou a ser encarada como um método de esterilização permanente. Até 1945, a vasectomia era considerada irreversível. Por volta de 1970, a vasectomia atingiu seu ponto máximo de popularidade nos Estados Unidos.

No Brasil não se tem dados estatísticos sobre o número de vasectomias realizadas.

NETTO JUNIOR & CASTRO (1980) dizem que a vasectomia vem sendo praticada há mais de um século, inicialmente para impedir complicações das prostatectomias e depois erroneamente com o objetivo de promover o rejuvenescimento sexual.

Pelas informações dadas por FREITAS & CORRÊA (1991), os primeiros registros históricos sobre a prática da vasectomia indica que ela tem uma origem menos "nobre" que a laqueadura. Há algumas referências sobre a castração de homens internados em instituições públicas americanas e européias no final do século XIX. Em 1912, o médico americano Harry Sharp, diretor de um reformatório de Jefersonville escreveu um artigo informando que desde 1899 ele havia

realizado 236 vasectomias entre seus internos “com resultados amplamente satisfatórios.”

A divulgação da vasectomia a partir dos anos 60 foi ampla e alguns episódios têm sido motivo de denúncias. O mais conhecido ocorreu na Índia, nos anos 70.

O governo de Indira Gandhi organizou uma grande campanha de esterilização masculina nas cidades e principalmente na área rural. Os “voluntários” para vasectomia recebiam incentivos na forma de dinheiro, comida e objetos de consumo. Os funcionários também eram remunerados “por produção”. A campanha indiana de esterilização masculina foi ineficaz e provocou reações populares, especialmente das minorias étnicas.

A incidência da vasectomia teve um crescimento considerável nos Estados Unidos e na Europa entre 1970 e 1980.

Já VIEL (1974) diz que é muito freqüente o emprego do método na Índia, onde entre 1956 e 1960 realizou-se de forma considerável a intervenção em homens.

Aconselhamento

Segundo PEREIRA (1981), uma vez que os riscos são mínimos, e desde que não haja objeções religiosas ou morais à operação, o que o homem (e o casal) deveria ponderar é a possibilidade de arrependimento. Algumas perguntas que convém ao homem responder:

Se minha mulher falecer, ou se eu perder um filho, ou mesmo dois, desejarei ter outros? Se eu e minha mulher nos separarmos, estarei inclinado a casar outra vez? A idéia do bisturi em meus órgãos genitais causa-me temor de impotência, de uma redução em minha masculinidade? sou homem capaz de ser feliz como solteiro ou divorciado, sem convívio de mulher e filhos? Não estarei sendo coagido pela minha mulher a fazer esta operação?

As chances de êxito da vasectomia serão tão maiores quanto mais respostas negativas forem dadas às perguntas e quanto maior à convicção com que o homem responde “não” a elas.

Conforme HALBE (1987) em geral, em nosso meio, quando o homem procura um serviço especializado, já encontra alguma informação sobre a vasectomia, embora em

busca de informações mais completas ou para confirmação de informações que já possui.

Nesse ponto o papel do médico é de extrema importância. É interessante que o casal compareça a essa entrevista, onde marido e mulher são aconselhados juntamente; discutindo detalhadamente as vantagens dos métodos masculinos e femininos.

Esse aconselhamento deve ser feito sem qualquer pressão e em linguagem inteiramente compreensível ao homem ou ao casal.

É preconizado também que os pacientes devem receber no mínimo as seguintes informações;

1) Uma descrição dos diferentes métodos de planejamento familiar, temporários e permanentes, inclusive seus benefícios e riscos, porcentagem de falha, possíveis complicações e efeitos colaterais comuns;

2) Uma explicação sobre o caráter permanente da vasectomia;

3) Uma exposição sobre a importância de usar algum outro método anticoncepcional após a vasectomia, até que a análise do sêmen revele azoospermia, o que ocorre após pelo menos 15 ejaculações, ou por volta de seis semanas após a operação.

4) Uma discussão sobre as possíveis contra-indicações da vasectomia e seus efeitos colaterais bem como suas complicações e possibilidades de falha.

Conforme NETTO JUNÍOR & CASTRO (1980), todos os pacientes devem compreender claramente que a vasectomia não é o mesmo que castração. Depois da esterilização, o homem se torna estéril, mas não impotente, pois não se conhece qualquer razão fisiológica pela qual a vasectomia afetaria o comportamento sexual. Entretanto, com grande freqüência, ouve-se falar que houve melhora no desempenho sexual do homem após a vasectomia e também da mulher, tendo-se assim uma idéia do quanto interfere no relacionamento do casal, o medo de uma gravidez não planejada ou mesmo indesejada.

Homens que se submetem à vasectomia, sem ter recebido aconselhamento adequado, com mais freqüência, podem apresentar

problemas posteriores e lamentar a decisão tomada.

Trajetória percorrida pelos espermatozoides no momento da ejaculação

Conforme Silva *et al.* (1995), os espermatozoides eliminados no momento da ejaculação são os que se encontram nos epidídimos e no interior dos ductos deferentes.

No momento que precede à ejaculação o ducto deferente encurta-se ao mesmo tempo que amplia seu lume, funcionando como uma câmara de pressão negativa, que atrai os espermatozoides para o seu interior. A seguir realiza uma contração esfínctérica, expulsando os espermatozoides em direção ao ducto ejaculador. Ocorre também de forma sincronizada a contração da vesícula seminal e da próstata, que expõem seus líquidos, somando-se aos espermatozoides e ao líquido secretado pelas glândulas bulbouretrais, preenchendo a uretra e encerrando-se a fase de emissão, mecanismo coordenado por impulsos simpáticos provenientes dos segmentos lombares da medula espinhal. Em seguida são enviados estímulos através do nervo pudendo até a medula espinhal, que em resposta estimula os músculos esqueléticos localizados em torno do tecido erétil da raiz do pênis, causando sua contração, comprimindo a uretra e levando à ejaculação. A vasectomia é feita por uma incisão na parte superior do escroto. Identifica-se o ducto deferente e faz-se uma ligação em dois pontos. A produção de espermatozoide continua normal, porém estes não conseguem atingir o ducto ejaculador, permanecendo no epidídimo e no segmento inicial do ducto deferente até serem reabsorvidos. No momento da ejaculação, o homem vasectomizado elimina o sêmen estéril, sem espermatozoides, constituído apenas pelo líquido produzido pela vesícula seminal, próstata e glândulas bulbouretrais. O hormônio sexual masculino (testosterona) continua sendo produzido normalmente e é lançado no sangue venoso ganhando a circulação sistêmica a partir das veias testiculares.

Técnica cirúrgica

Para VIEL (1974), a vasectomia pode ser praticada no homem mediante intervenção

extremamente simples, em ambulatório, em muitos países é realizada com anestesia local.

Segundo NETTO JÚNIOR & CASTRO (1980) a tricotomia da região escrotal raramente é utilizada. A operação é utilizada em sala de pequena cirurgia, observados cuidados habituais de assepsia e antisepsia.

A anestesia é local com xilocaina 2% sem adrenalina. O canal deferente é identificado e mantido junto à pele escrotal à custa de um gancho que facilita a apreensão do mesmo; faz-se incisão bilateral, num ponto equidistante do anel inguinal externo e junção epidídimo deferente de aproximadamente 2 cm exposição do ducto deferente.

Soluções espermicidas podem ser usadas para irrigar o ducto deferente, tais como, água destilada, ácido acético a 0,2%, ácido láctico 0,2%, rivanol 0,2%, álcool 10%, lidocaina 0,1%, Permanganato de potássio 0,01%. O permanganato provou ser o mais adequado espermicida, sem efeitos colaterais e de preço muito acessível. Injetam-se 10ml de permanganato no coto distal do ducto deferente, em sentido à vesícula seminal, de modo a destruir e eliminar os espermatozoides localizados distalmente à vasectomia.

Essa medida tem por objetivo obter a esterilização imediata, não necessitando de um período de contracepção pós-operatória. Entretanto, os resultados não são absolutamente dignos de crédito e os autores não os têm empregados, preferindo recomendar ao paciente cuidados anticoncepcionais por 2 meses.

Recomenda-se o uso de suporte escrotal e aplicações de bolsas de gelo durante as primeiras 12 horas, para evitar hematomas e com finalidade analgésica.

NETTO JÚNIOR & NEVES (1985) informam que a vasectomia consiste na ligadura do ducto deferente bilateralmente. Recomenda-se ao paciente que se banhe antes do procedimento, e utilize roupas limpas.

De acordo com PEREIRA (1981), os procedimentos variam, mas a descrições abaixo podem ser tidas como típicas.

Uma hora antes, o homem toma um tranqüilizante ou sedativo. A região do escroto é lavada com sabão cirúrgico e os

pêlos são cuidadosamente raspados. O médico aplica uma injeção de anestésico na rafe (linha de sutura natural no meio do escroto). O anestésico pode ser uma combinação de adrenalina com lidocaina, novocaína ou xilocaina. A injeção dói menos do que a feita pelo dentista na gengiva.

Para chegar aos cordões espermáticos, alguns médicos preferem efetuar um corte vertical no centro do escroto, ao longo de um trecho da rafe.

A maioria, porém, parece optar por duas incisões laterais, mais próximas das linhas imaginárias percorridas pelos cordões espermáticos.

Para maior garantia, muitos médicos fazem não apenas um corte em cada canal deferente, mas dois. Isto é, removem um trecho para tornar ainda mais improvável que alguns espermatozóides “saltem” através do corte por aberturas microscópicas. Outros acham desnecessária tal precaução.

Os fios empregados na ligadura e na sutura da pele são geralmente de material que o organismo pode absorver em menos de duas semanas.

A figura 1 ilustra o local de realização da vasectomia.

Contra indicações da vasectomia

Conforme NETTO JÚNIOR (1979), são poucas as contra-indicações. Infecções cutâneas localizadas, como escabiose, ou infecções do trato genital, podem interferir no processo de cicatrização da incisão e devem, portanto, ser tratados, antes da operação. As afecções localizadas, que podem tornar difícil ou perigosa a operação, incluem: varicocele, hidrocele grande, hérnia inguinal, filariose e presença de tecido cicatricial, resultante da cirurgia anterior. Algumas moléstias sistêmicas exigem precauções especiais e, possivelmente, hospitalização para a realização de cirurgia, da mesma forma que para outras intervenções cirúrgicas menores. Essas doenças incluem as coagulopatias, o diabetes, e os casos de cardiopatia coronariana recente.

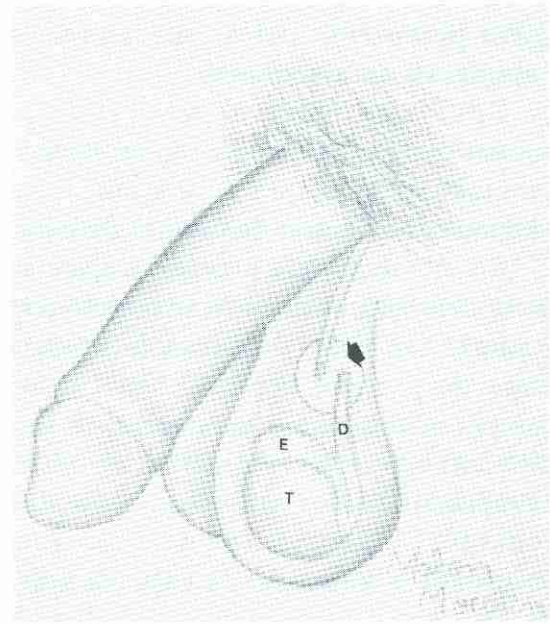


Figura 1 – Representação esquemática do local de realização da vasectomia (seta). Testículo (T), epidídimo (E), ducto deferente (D).

Esporadicamente, uma história de instabilidade conjugal, psicológica ou sexual, deve ser considerada como possível contra-indicação à vasectomia, pois esses pacientes tendem a manifestar posteriormente efeitos colaterais adversos. Além disso, os clientes que supõem que a vasectomia cura disfunções sexuais, devem ser desaconselhados a submeter-se a essa intervenção.

Cuidados especiais

Afirmam NETTO JÚNIOR & CASTRO (1980) que o paciente pode manter relacionamento sexual 48 horas após à intervenção. Embora já na primeira ejaculação haja redução de aproximadamente 30% no número de espermatozóides, são necessários no mínimo de seis a oito ejaculações para que a ampola deferencial tenha esgotado seu estoque de espermatozóides, razão pela qual se requer um método contraceptivo adicional pelo período aproximado de dois meses, quando um exame de esperma deverá revelar a ausência de espermatozóides no líquido seminal. Em geral, outro espermograma é solicitado após três meses.

Após dois espermogramas evidenciando a ausência total de espermatozóides e que considera-se o paciente estéril.

PEREIRA (1981) afirma que a dor que se manifesta depois do efeito da anestesia persiste por um ou dois dias. Os médicos geralmente recomendam repouso absoluto no dia da operação e atividade muito moderada nos dois ou três dias seguintes. Exercícios físicos ou trabalho braçal são proibidos na primeira semana de convalescença; durante esse prazo, convém que o homem use suporte atlético, para impedir que a movimentação do escroto interfira com a cicatrização e agrave a dor ou o inchaço.

A medicação rotineira inclui antibiótico para combater infecções iniciais e analgésicos que não a aspirina (esta pode prolongar sangramentos). Nos curativos, diários ou a cada dois dias, trocam-se as compressas de gaze e efetua-se cuidadosa limpeza da região dos cortes.

Complicações

NETTO JÚNIOR & NEVES (1985) dizem que em grandes séries de vasectomias realizadas em diversos países, não foram demonstrados, a longo prazo, efeitos clínicos colaterais. Seja qual for o método empregado, o índice de complicações variou de 2% a 4% em estudos realizados nos Estados Unidos. Esses valores são bem menores do que os verificados com outros métodos anticoncepcionais.

Responsabilidade

De acordo com HALBE (1987) inevitavelmente, alguns homens lamentarão a decisão de ter feito a vasectomia.

A vasectomia tomou grande impulso quando passou a ser considerada reversível. Nos últimos 10 a 15 anos, numerosas técnicas foram desenvolvidas para se conseguir a reversão, porém, os resultados não foram convincentes. A partir de 1950 apareceram os primeiros resultados publicados, os quais informam que 30% dos pacientes que fizeram a reversão conseguiram engravidar as esposas.

As razões pelas quais os homens procuram a reversão podem ser os seguintes: novo casamento, morte de um ou mais filhos, desejo de ter mais filhos, problemas psicológicos em relação à esterilidade.

A reversão da vasectomia, ao contrário da operação original, tem que ser realizada por

cirurgiões altamente especializados e experientes, em hospital devidamente equipado.

Conforme PEREIRA (1981), a esterilização pela vasectomia nem sempre é irreversível. Os canais deferentes podem ser religados numa operação chamada vasovasostomia, mas há muita discordância quanto às chances de o homem recuperar fertilidade plena por esse meio. Há cirurgiões que afirmam obter êxito em 30 a 40 % dos casos, outros em 80 - 90% e até quase 100%.

FREITAS e CORRÊA (1991) afirmam que é muito restrito o número de homens vasectomizados e talvez por isso as queixas com relação aos seus efeitos ainda não se manifestaram da mesma forma como entre as mulheres.

Alguns homens vasectomizados dizem não perceber mudanças significativas. Mas são pessoas de classe média, conscientes e informados cuja decisão foi tomada com segurança. Outras situações podem ocorrer num contexto cultural diferente, como, por exemplo, entre camponeses, para quem os filhos são ainda uma expressão de virilidade.

Comentários Finais

Para que a igualdade de escolha em relação ao planejamento ao número de filhos ou a simples escolha do método anticoncepcional atinja a todos, faz-se necessário um intenso trabalho educativo e a criação de dispositivos que evitem que as diferenças socioculturais e econômicas impeçam o acesso de todos aos diferentes métodos anticoncepcionais. No caso da vasectomia a principal barreira a ser vencida é desinformação que leva ao medo da impotência sexual como efeito colateral deste método, bem como a confusão entre vasectomia e castração.

Referências Bibliográficas

- BEBER, L.; PASCHOAL, P. S. Planejamento familiar. *JBM*, 64(5): 97-102, 1993.
- CARVALHO, W. P. D.; NETTO JR., R. **Esterilidade e planejamento**. São Paulo: Roca, 1982. 106 p.
- FREITAS, A. T.; CORRÊA, S. **A viagem ao mundo da contracepção: um guia sobre métodos anticoncepcionais**. Rio de Janeiro, Rosa dos tempos, 1991. 223 p.
- HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 1987. 320p.
- KLOETZEL, K. **O que é contracepção**. 2.ed. São

- Paulo, Brasiliense, 1987. 120p.
- PACHECO, M. V. A. **Racismo, machismo e planejamento familiar**. Petrópolis, Vozes, 1981. 150 p.
- PASSOS, M. R. L. Planejamento familiar: o compromisso de todos nós. **JBM**, 49 (2):24-36, 1985.
- PEREIRA, A. **Vida íntima- enciclopédia do amor e do sexo**. São Paulo, Abril. v. 1, 1981. 150p.
- NETTO JR., R. **Tratamento das obstruções do sistema canalicular masculino**. Ginecologia obstetrícia brasileira. v. 2, 1979. 321p.
- NETTO JR., R.; CASTRO, M. P. P. **Andrologia**. São Paulo, Sarvier, 1980. 262 p.
- NETTO JR., R.; NEVES, P. A. **Esterilização masculina - vasectomia**, reprodução humana I. São Paulo, Roca, 1985. 95 p.
- SANTANA, T. G. Especial para folha. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 ago., Caderno 3, p.4, 1993.
- SILVA, I; MIRANDA NETO M. H.; FRANCO, S. L.; CARDOSO, M. L. C.; MOLINARI, S. L.; SANT'ANA, D. M. G.; CONEGERO, C. I.; IWANKO, N. S. **Noções sobre o organismo humano e utilização de plantas medicinais**. Cascavel, ASSOESTE, 1995. 201p.
- VIEL, B. **Manual de planejamento familiar**. Apec, 1974. 85 p.