



**Centro Vergueiro de Atenção à Mulher**  
**Educação, Treinamento e Desenvolvimento de**  
**Materiais Educativos em Saúde Reprodutiva**  
C.G.C. 01.836.541/0001-17

O **CEVAM** tem por finalidade a educação de mulheres, homens, jovens e adolescentes no que diz respeito à prevenção, através da compreensão do corpo e do aparelho reprodutor, contribuindo para o desenvolvimento da auto-estima, cuidado pessoal e da responsabilidade frente à reprodução.

Buscamos atender aos profissionais de saúde e educação:

- Atuando em projetos voltados para a área de saúde sexual e reprodutiva, com apoio de instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais.
- Participando de congressos, seminários, exposições e palestras.
- Treinando profissionais em: sexualidade, saúde reprodutiva e planejamento familiar.
- Desenvolvendo materiais educativos capazes de contribuir para a compreensão das funções do aparelho reprodutor feminino e masculino.
- Dispondo de um acervo informatizado e didático para consultas e empréstimos.

[www.cevam.org.br](http://www.cevam.org.br)

**SEMINA INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA.**

Rua Maracá, 658 - CEP 04313-210- Vila Guarani - São Paulo - SP

Fone: (0xx11) 5014-7800 / Fax: (0xx11) 5014-7807

**0800 55 2452**

[www.semina.com.br](http://www.semina.com.br) / e-mail: [semina@semina.com.br](mailto:semina@semina.com.br)



# DIAFRAGMA

**“UMA ESCOLHA”**

**COORDENAÇÃO**  
Profa. Dra. Maria Luisa Eluf  
Psicóloga Social  
CEVAM -  
Centro Vergueiro de Atenção à Mulher

**PESQUISA DE TEXTO**  
Sandra Lúcia Martins de Assis  
Pedagoga/Saúde Pública  
CEVAM  
Centro Vergueiro de Atenção à Mulher

São Paulo  
2003

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| Apresentação.....  | 05 |
| Breve Histórico .....  | 09 |
| O Diafragma no Brasil .....  | 11 |
| Novos Estudos .....  | 15 |
| Aceitabilidade .....   | 38 |
| A oferta do método .....   | 41 |
| Nova Metodologia para otimização do uso do diafragma<br>nos serviços públicos de saúde ..... | 42 |
| Dúvidas freqüentes quanto ao uso do diafragma .....  | 45 |
| Mitos e realidade sobre o Diafragma .....  | 47 |
| O Diafragma de silicone SEMINA .....   | 49 |
| Vantagens do Diafragma de silicone .....   | 50 |
| Instruções para medição .....  | 54 |
| Como usar o Diafragma .....  | 56 |
| Roteiro para avaliação do diafragma vaginal .....  | 62 |
| Bibliografia .....   | 64 |

## APRESENTAÇÃO

Nos últimos tempos a mudança no papel social da mulher representa um dos importantes fatores culturais que mais contribuíram para o aumento da consciência feminina sobre seu corpo e sua sexualidade.

Esse movimento facilitou sua redescoberta como mulher em busca do que é seu. Despertou o prazer e o respeito com seu corpo. Gerou uma saudável curiosidade em relação ao conhecimento de seu aparelho reprodutor, além de uma maior preocupação na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Esta nova mulher prepara-se para assumir e desfrutar sua sexualidade, tocando seu corpo sem constrangimento, reconhecendo que tem o direito de exigir que seu médico decodifique a linguagem técnica para que possa compreender melhor o que acontece com em seu organismo. Ela deve ser informada sobre os diversos métodos anticoncepcionais, sobre sua eficiência e segurança que esses métodos proporcionam.

Quando refletimos sobre estes assuntos, sabemos que grande parte das mulheres não foi educada e muito menos acostumada a cuidar de seu próprio corpo, tocar-se, conhecer o seu aparelho reprodutor e seu funcionamento.

Os relacionamentos sexuais acontecem com a atração física para satisfazer o desejo sexual sem a responsabilidade sobre a função reprodutiva.

Mesmo com a diversidade de informações presentes na vida das pessoas, percebe-se um crescimento nas taxas de nascimentos não planejados, principalmente entre adolescentes, especialmente, nos países em desenvolvimento. São crianças que vêm ao mundo

sem o “desejo”, o preparo e a responsabilidade de quem os gerou.

Mais importante do que a carência física, alimentação, vestuário, moradia, é a carência afetiva, o amor, a segurança, e estar neste mundo sentindo que foi e é desejado pelos pais, seja qual for a classe social.

Faz-se importante lembrar de que, enquanto a mulher gera um filho por vez, o homem poderá gerar inúmeros filhos com várias mulheres.

Daí a necessidade de, no planejamento familiar, envolver também, este homem como co-responsável nas decisões sobre o controle da sua fecundidade.

Estima-se que aproximadamente 10 milhões de mulheres estão expostas à gravidez não planejada por uso inadequado de métodos anticoncepcionais, falta de conhecimento ou acesso a eles (Programa Saúde da Mulher/Ministério da Saúde – 08/03/99).

Atualmente no Brasil, 76,7% das mulheres entre 15 e 49 anos, fazem uso de algum método contraceptivo (Kalkman, S). Apesar disto, dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, indicam que em 1997 ocorreram 2.718.265 partos (de todos os tipos), sendo que destes, 33.534 ocorreram entre meninas de 10 a 14 anos e 686.804 entre 15 a 19 anos.

Pesquisas mais recentes mostram que 26,31% das jovens entre 10 a 19 anos já engravidaram, fizeram curetagem ou tiveram filhos. (SUS/MS, 1998 – FNUAP - Brasil).

Cada mulher tem conhecimento (em média) de 07 métodos de anticoncepção de acordo com o PNDS - Programa Nacional de Demografia e Saúde . Este número indica um leque relativamente amplo de alternativas para as mulheres.

Ensinar e divulgar o planejamento familiar consiste na possibilidade de decisão da jovem mulher ou do casal de ter ou não filhos.

A paternidade e a maternidade responsável está ligada à gravidez programada que deve se iniciar com prazer e terminar com responsabilidade.

Observa-se também a existência do crescente número de mulheres insatisfeitas com o uso de diversos contraceptivos (orais, DIU, injetáveis e outros) ou desejosas de reverter a esterilização. São métodos que alteram de alguma forma o bom funcionamento do organismo favorecendo, por exemplo, o prolongamento do período menstrual ou a suspensão das menstruação, o aparecimento de micro-varizes, nódulos nos seios, alterações emocionais, etc.

Neste sentido, o Diafragma representa uma opção com menor risco à saúde e maior autonomia da mulher-casal no controle da reprodução. A adoção do diafragma depende de profissionais capacitados para esclarecer e recomendar o seu uso a mulheres com disponibilidade para assumir sua sexualidade com um método reconhecidamente eficaz. A prática e a familiarização com o uso desenvolve a aderência pelo método.

Os profissionais de saúde, quanto mais pensarem nestas questões mais preparados estarão para colaborar na construção de uma sociedade, de comunidades e de famílias sadias, onde as crianças geradas serão mais seguras e capazes, com auto-estima fortalecida porque foram planejadas.

No caso de mulheres que apresentam traços repressores, frutos de sua formação cultural, no que se refere à moral sexual e religiosa, o profissional pode indicar o uso do diafragma como um

instrumento que poderá ajudá-las a conhecer seu corpo e lidar com as dificuldades relacionadas à sua sexualidade.

O papel do profissional de saúde é de extrema importância. O planejamento familiar, ou a orientação contraceptiva garante o direito à informação sobre os diversos métodos contraceptivos que existem e o acesso a eles, sejam preservativos masculinos e femininos, diafragma, pílula, DIU, e outros além de estar investindo para uma sociedade justa e sadia. Hoje no Brasil é questão de Saúde Pública, dado o elevado número de gestação em pré-adolescentes e adolescentes.

A Constituição Federal, em seu artigo 226, dispõe que o Planejamento Familiar é de livre decisão do casal, competendo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Portanto, os profissionais que atuam em planejamento familiar ou na orientação contraceptiva, têm o dever de estarem sempre atualizados e dispostos a exercer uma prática educativa isenta clara e objetiva. O serviço público deve garantir a manutenção da oferta dos contraceptivos, da educação continuada aos profissionais de saúde, para o êxito de uma política pública de saúde, contribuindo para a reflexão e o exercício da cidadania do ser humano.

**Maria Luisa Eluf**

## **BREVE HISTÓRICO**

Há séculos as mulheres buscam diferentes maneiras de evitar a gravidez, desde a introdução na vagina de sementes, folhas, resinas, esponjas, a outros métodos industrializados.

Sabe-se que as “mulheres chinesas e as japonesas recobriam o colo do útero com papel de seda embebido em azeite. As húngaras derretiam cera de abelha dando-lhe a forma de discos de 5 a 10 cm. Muitas mulheres seguiram o conselho de Casanova (1725-98) que recomendava espremer meio limão e introduzi-lo no canal vaginal para recobrir o colo do útero, o ácido cítrico agia como espermicida (Giffin & Costa).

Atribui-se ao Dr. Hasse de Flensburg na Alemanha, a invenção do moderno diafragma, sob o pseudônimo de Wilhem P. J. Mensinga, usado para proteger sua reputação. Seu artigo denominado *Esterilidade Facultativa* descrevia o diafragma como um capuz de borracha vulcanizada em forma de abóbada ligado a uma mola circular de relógio que obstruía a parte superior da vagina e o colo do útero (Giffin & Costa).

No ano de 1883, Aleta Jacobs publicou na Holanda um estudo referente ao diafragma.

Divulgado também na Alemanha o uso do diafragma estendeu-se para a Inglaterra, onde ficou conhecido como “Capuz Holandês”. A primeira referência deste dispositivo na Inglaterra foi atribuída a H. A. Albutt, médico de Leeds, que em meados de 1880 escreveu um folheto intitulado “Manual da Esposa”, que fornecia instruções para o uso do diafragma.

Nesta época era confeccionado apenas em 03 tamanhos (Kalckman S).

A introdução do diafragma na Inglaterra Vitoriana contribuiu para modificar o **conceito do papel da mulher no sexo, ao lhe transferir a responsabilidade de assegurar a contracepção**. Assim a mulher passou a assumir um comportamento mais sensual e agressivo sobre sua sexualidade pois o uso do diafragma requeria certa premeditação de sua parte.

Em princípios do século XX, Margaret Sanger dos E.U.A, em visita a J. Rutgers na Holanda, conheceu 14 tamanhos de diafragmas desenhados para canais vaginais de diversas larguras. Embora Margaret desejasse importar diafragmas para os E.U.A, a Lei Comstock proibia a importação de contraceptivos, impedindo que fosse legalmente introduzido no país. A disponibilidade do diafragma só se tornou imediata na década de 20, quando a Hollan-Rantos Co., sediada nos E.U.A, iniciou a fabricação do diafragma no território americano (Vieira; Barbosa; Villela).

Existem indícios de que no início do século XX o diafragma atingiu números significativos no planejamento familiar entre os métodos contraceptivos utilizados nos E.U.A e Europa.

Na década de sessenta, com o advento dos anticoncepcionais orais e dos DIUs, a escolha pelo diafragma estabilizou.

Nas últimas duas décadas alguns estudos mostram que os métodos considerados modernos e mais eficazes têm inúmeras contra-indicações. Assim, deixaram de atender às “necessidades universais de contracepção” (op.cit. Kalckman S.).

A partir da década de setenta no século XX, o movimento feminista e ecológico, associados às informações sobre os efeitos adversos dos métodos anticoncepcionais mais modernos, favoreceram a retomada do uso do diafragma em vários países do primeiro mundo.

## ***O DIAFRAGMA NO BRASIL***

O diafragma foi introduzido no Brasil na década dos anos 40 através de médicos ginecologistas que tomaram conhecimento de seu uso na Europa e EUA. A receptividade deste método no meio profissional foi positiva e bem aceita pelas mulheres porém pouco acessível, pois era importado. Com o surgimento da nova tecnologia dos anticoncepcionais orais na década de 60, seu índice estacionou face a outros métodos percebidos em um primeiro momento como mais práticos e eficazes (Vieira et al., 1988).

O quadro atual de disponibilidade do método é muito diferente. No Brasil, o diafragma é produzido desde 1988 pelo Laboratório SEMINA. Fabricado em silicone tem muito mais vantagens do que o de látex. Porém apesar de ser um método testado há décadas, o efetivo acesso ao uso do diafragma por parte das mulheres ainda é pequeno. Apesar dos mais de 100 anos de sua existência, o diafragma é quase desconhecido entre as mulheres e os diversos profissionais da área da saúde no Brasil, pois existe deficiência na divulgação de informações seguras sobre ele por parte dos profissionais da área e pela mídia. (9)

## *Considerações sobre o Diafragma no Brasil*

Poucas escolas médicas mantêm um serviço de planejamento familiar eficiente e isto leva um grande número de profissionais ao pouco contato com o diafragma e a falta de familiaridade técnica com ele, às vezes apenas na literatura .

Uma pesquisa realizada com 600 médicos ginecologistas, no encontro da FEBRASGO em 1997 mostrou que 34% dos médicos não tinham sido treinados para medir, ensinar e indicar o uso do diafragma. Entre aqueles treinados, a maioria (37%) o foi durante a residência médica. Perguntados sobre a indicação nos últimos 12 meses, 71% não o indicaram ou o indicaram para até cinco mulheres. Como indicação médica o diafragma aparece em 5º lugar, perdendo para a pílula, o DIU, o preservativo e os injetáveis (Schiavo et al., 1998). Existe uma dominância de métodos considerados de alta eficácia, como a pílula e esterilização feminina; entretanto estudos demonstram que a pílula pode ter um alto índice de falhas se não for utilizada corretamente (Kalckmann et al., 1997).

O pouco conhecimento sobre o diafragma se reflete na dificuldade que os médicos têm no aconselhamento do método e na questão: “até que ponto as crenças dos próprios médicos seriam atribuídas às mulheres, justificando dessa forma as atitudes dos profissionais em relação à possível indicação e ao uso do diafragma?” (Schiavo et al., 1998).

Tornar o diafragma mais conhecido através do ensino médico é uma estratégia importante para o profissional orientar com confiança e poder ampliar o leque de opções das mulheres pois os efeitos colaterais do diafragma são quase inexistentes.

Adquirindo o hábito de orientar as mulheres sobre o uso do diafragma em suas consultas o ginecologista além de inovar estará preenchendo lacunas onde a presença desse método ainda é vaga na prática do planejamento familiar.

Outra vantagem está relacionada à adequação dos métodos às situações de vida das pessoas, levando-se em conta a perspectiva da mulher e a reversibilidade.

Dado o baixo custo, praticidade, inexistência de efeitos colaterais e riscos de infecções, o uso adequado do diafragma deveria ser indicado à população feminina moradora em regiões onde o acesso à saúde é difícil e muito distante.

Além disso, o diafragma oferece uma grande proteção contra o câncer cervical e alguma proteção contra as infecções do aparelho reprodutor superior (Araújo et al, 1994).

Partindo desses princípios este método pode se adequar melhor em determinado momento da vida reprodutiva da mulher e é uma oportunidade para conhecer e controlar a sua reprodução.

O diafragma pode ser utilizado pela maioria das mulheres que não se adaptam ao uso de medicamentos que possam vir a alterar o quadro hormonal do seu organismo, inclusive naquelas situações em que a fertilidade é fisiologicamente mais baixa (aleitamento materno após os 35 anos, etc.), ou quando as relações sexuais são eventuais ou mesmo não regulares.

O diafragma é uma excelente opção para as mulheres que sofrem de hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças autoimunes, diabetes e outras patologias.

Os estudos demonstram que as mulheres usuárias apresentam "Aderência" ao método, isto é, quando gostam, elegem-no como o ideal. (9)

## NOVOS ESTUDOS

### **I - Experiência de implantação do programa de Planejamento Familiar na Unidade Sanitária de Itajaí, SC (1988).**

Este trabalho foi apresentado na "I REUNIÃO DA ANEPPF", em Valinhos - SP, em outubro de 1989. É de autoria de Arlete Terezinha B. Soprano, enfermeira sanitária da U.S.I e professora da Escola de Enfermagem da UNIVAÍ.

O serviço de Planejamento Familiar (SPF), foi implantado em Itajaí devido ao recebimento de material da Secretaria Estadual de Saúde e por haver a disponibilidade de um enfermeiro profissional com treinamento específico em Planejamento Familiar.

Após larga divulgação e trabalho educativo, o serviço recebeu um considerável número de mulheres provenientes de outros Postos de Saúde do Município, encaminhadas por médicos e enfermeiras da região e da Maternidade (campo de estágio da Escola de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVAÍ). O SPF procurou oferecer às mulheres uma consulta ginecológica individual.

A primeira consulta, com duração média de 40 minutos, constou de anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, coleta de material colpocitológico e de exame de mamas.

Além de uma explanação sobre todos os métodos contraceptivos preconizados pelo SPF procurou-se mostrar as vantagens e desvantagens de cada um. A opção pelo método pode ser tomada na primeira consulta ou em consultas subsequentes.

As clientes deveriam retornar ao serviço para acompanhamento periódico de acordo com o método escolhido por ela.

O método contraceptivo utilizado pelas clientes antes de conhecerem o SPF da Unidade Sanitária era basicamente o anticoncepcional oral embora a grande maioria dessas mulheres relatasse algum tipo de desconforto com o uso deste método, o que leva à escolha de outra opção. Da população estudada 3,9% usavam outros métodos, no caso, coito interrompido.

O anticoncepcional oral apresentou uma queda na preferência, ou seja, 29,41% em contraposição aos 96,1% observados. Estes dados demonstram uma mudança significativa de comportamento das mulheres frente ao método de anticoncepção.

É interessante questionar acerca do comportamento referido pelas mulheres em relação ao uso da pílula. Cabe ressaltar que as mulheres após os esclarecimentos recebidos na consulta de enfermagem sobre as vantagens e desvantagens do anticoncepcional oral, mudaram para outras formas de anticoncepção. Uma das principais razões para essa mudança foi devido aos efeitos colaterais por ela verificados.

As mulheres assistidas pelo SPF apresentaram pequeno número de filhos e isto mostra a preocupação das mesmas frente à anticoncepção, pois independentemente disso, a opção pelos métodos contraceptivos recaiu sobre o diafragma em 41,1

41,18%. Este dado retrata a preocupação da mulher em escolher um método reversível e inócuo que lhe garanta espaçar suas gestações.

Em vista do trabalho realizado com as clientes que buscaram os métodos contraceptivos concluiu-se que:

- O enfermeiro ocupa um importante papel dentro de planejamento familiar, e educador como prestador de serviços;
- O trabalho está apenas começando e tende a se estender a cada dia, portanto esta tarefa deve ser abraçada por uma equipe multidisciplinar;
- Houve uma aceitação consideravelmente boa por parte das clientes em relação à assistência a ser prestada somente por enfermeiro;
- Os métodos contraceptivos devem ser divulgados de forma ampla visto que muitas mulheres os desconhecem.

## II- Uma experiência no interior do Nordeste (1995).

Estudo realizado por Dra. Ana Lúcia Cavalcante e Maria Helena Bottona.

Este é o resultado de trabalho realizado no Centro de Saúde da Fundação Nacional de Saúde em Camocim no Ceará, cidade litorânea, situada a 376 Km ao norte de Fortaleza. A economia local é baseada na pesca, sal e castanha de cajú. Observou-se baixa escolaridade da população em geral, como na maioria das pequenas cidades nordestinas do Brasil.

A realização de uma reunião semanal com oferta de todos os métodos contraceptivos mostrou ao final de algum tempo que o número de mulheres que optavam pelo diafragma era significativo entre a clientela que procurava o serviço. Na prática diária, observou-se que o método apresentava boa eficácia. Foram identificadas no registro da unidade 238 mulheres que receberam consulta e prescrição do diafragma após a realização do trabalho educativo. Foram contatadas para a entrevista 104 mulheres com renda familiar assim distribuída: menos de 1 salário mínimo (s.m.) 32,2%; 1 a 2 s.m. 35,4%; 3 a 4 s.m. 16,6%; mais de 4 s.m. 15,6%; ignorado 5,2%.

Fizeram uso de algum método associado 36,5% das mulheres e destas 92,5% utilizaram a geléia espermicida que chegava ao serviço de forma irregular em apenas durante os 08 primeiros meses de implantação do serviço.

O resultado encontrado para o quesito aprendido foi: fácil 75,9%; difícil 6,7%; médio 18,4%. O tempo médio gasto pelo profissional de saúde para o repasse às mulheres foi de 10 minutos.

Apesar de ser no interior do Nordeste, a aceitação do parceiro foi inesperada: 52,8% consideraram boa e 10,5% consideraram má; porém 27,8 não tinham conhecimento do uso do diafragma pela companheira. Como causa de abandono o parceiro compareceu com 2,8%. Por causa médica, o abandono foi de 3,8% (3 infecções urinárias e 1 corrimento).

Observando-se os dados, podemos concluir que a mulher de baixa renda, que vive em condições precárias de moradia e saneamento, pode sim, escolher e ser usuária do diafragma.

**Nesta pesquisa o diafragma foi considerado de fácil manejo pela maioria das usuárias, ao mesmo tempo em que demonstrou uma eficácia (97,12%) semelhante àquela encontrada em outros grupos de mulheres.**

A questão da dificuldade dos serviços públicos de saúde em relação aos recursos humanos a oferta e manutenção da geléia também pode ser desmistificada. Uma vez que se faça uma reunião de orientação anterior sobre os vários métodos contraceptivos com o grupo de mulheres, o tempo gasto para o repasse é muito pequeno, como foi demonstrado. A ausência da geléia, apesar de ter sido fator de abandono para algumas usuárias, para outras não o foi, continuado o seu uso ao que parece não ter influenciado na eficácia do método.

**Acreditamos que se houvesse um seguimento do atendimento à mulher , após a prescrição do diafragma, diminuiria o percentual de gravidez por falha da mulher no primeiro ano de uso.**

Esperamos que esta vivência em uma pequena cidade do nordeste brasileiro possa servir como estímulo para outros serviços públicos de saúde e que as mulheres que os freqüentam tenham acesso à informação e ao método que escolherem para o controle de sua fertilidade, sem preconceitos por parte dos profissionais da área e dos responsáveis pelas políticas de contracepção do País.

### **III – Pesquisa realizada entre mulheres de áreas rurais de Abadiânia e Ceres - Goiás**

Trabalho financiado pelo Programa de Estudos sobre Direitos Reprodutivos da Fundação Carlos Chagas (PRODIR/FCC), e com a colaboração da Dra. Lívia Martins Carneiro, no período de 1985 a 1994.

Esse estudo teve como objetivo introduzir e acompanhar o uso do diafragma entre mulheres nas áreas rurais em dois Serviços de Saúde localizados nos municípios de Abadiânia e Ceres, no interior de Goiás, bem como identificar as variáveis relacionadas à aderência ao método.

Baseado em dados coletados das fichas de atendimento e entrevistas semi-abertas, foi feito um levantamento das pacientes traçando-se o perfil das usuárias.

Em um universo de 108 mulheres, sendo 48 de Abadiânia e

60 de Ceres, em grande parte desta amostra 94% eram adultas jovens com idades abaixo de 35 anos e renda familiar até 2 salários mínimos.

Todas essas mulheres já tinham experimentado em média dois métodos contraceptivos cada uma, sendo que o método mais utilizado foi o anticoncepcional oral, seguido pelo preservativo masculino e coito interrompido.

No decorrer da pesquisa procurou-se através do serviço de Orientação em Planejamento Familiar, contextualizado no PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), enfatizar o uso do diafragma.

Ao ser apresentado 2,3% em Abadiânia e 2,2% em Ceres, optaram pelo método e tiveram acesso a ele no serviço. Destas 51,6% das optaram pelo uso contínuo no período de 01 ano. A média do tempo de uso por mulher no geral foi de 1,83 anos.

Esta aceitabilidade contradiz as alegações de baixa eficácia e dificuldade no manuseio, “razões alegadas pela maioria dos profissionais de Saúde para preterir a oferta do diafragma”.

Verificou-se também que 14,8% das mulheres nunca havia interrompido o uso do método, sendo que a “maioria das entrevistadas vinha usando continuamente há mais de 04 anos”.

Observou-se que após a apresentação do diafragma a opção pelo anticoncepcional oral e coito interrompido caiu sensivelmente. O maior número de interrupção no uso , cerca de 28,7% ocorreu pelo desejo de engravidar; 13,9% interromperam o uso por queixas clínicas e 12% por objeções pessoais, 8% parecem em razões relacionadas ao serviço e outros.

Estes dados nos levam a afirmar que a educação em saú

de continuada, a oferta de todos os métodos contraceptivos e o respeito às opções da mulher abrem um leque de escolhas e o diversifica em direção da eficácia. “No final desses 10 anos de estudo haviam 09 mulheres nulíparas e uma média de 2,2 filhos vivos por mulher”.

Houve aderência e satisfação das usuárias, caracterizadas pelo tempo de uso e retorno ao uso. Estas mulheres rurais, jovens, brancas ou pardas, católicas, de baixa escolaridade, pobres, mais de 10% delas nuligestas e as demais com em média com 2,2 filhos nascidos, usaram com boa aderência e com eficácia maior que a da pílula no nordeste brasileiro. Não tiveram dificuldade maior no aprendizado e o introjetaram culturalmente. “Eu vim consultar para colocar a cumbuquinha”... . Aí está uma fala de mulher que renomeia o diafragma incorporando-o à sua vida como uma alternativa de prática contraceptiva. (in: *SAÚDE, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO – Compartilhando Responsabilidades; FAPERJ/UERJ; 1997; p. 9 –29*).

#### **IV - Avaliação do uso do Diafragma por pacientes do Hospital das Clínicas em São Paulo Coordenado pela Profa. M. Luisa Eluf.**

De agosto de 1995 a novembro de 1996 o setor de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (H. C. FMUSP) ofereceu o diafragma de silicone para pacientes do Ambulatório de Ginecologia como opção de contracepção.

Todas as terças-feiras das 10:00 às 12:00hs um dos consultórios do ambulatório era utilizado para apresentar o

diafragma às mulheres.

Em grupo de duas a cinco, as mulheres recebiam noções sobre o corpo feminino, o aparelho genito urinário, a colocação e medição do diafragma, através dos modelos pélvicos de acrílico e de borracha.

Para uma primeira avaliação da adaptação do diafragma à vagina, o toque era feito com a mulher em pé, apalpando apenas a porção anterior do diafragma medidor e sua relação com a curvatura interna da sínfise púbica.

Mais confortável e menos constrangedor, esta forma de tocar, pode agilizar o atendimento sem prejudicar a sua qualidade.

Escolhido o número do diafragma, o toque era feito na mesa ginecológica para avaliação mais apurada do dispositivo na vagina. As pacientes também foram estimuladas a tocarem o seu próprio colo, revestido com o diafragma.

A cada encontro surgiam “casos novos” e “retornos”. Todas eram atendidas no mesmo consultório e ao mesmo tempo, o que promovia trocas de experiências entre as pacientes. O ambiente era sempre alegre e as pacientes eram tratadas com atenção, respeito e paciência.

As pacientes foram atendidas pela Prof<sup>a</sup>. Maria Luísa Eluf e por um ou dois médicos residentes em gineco obstetria.

No início dos trabalhos, os dados foram anotados no prontuário do H. C. FMUSP. e com o tempo foram preparados modelos de questionários até chegarmos a um protocolo definitivo constituído de duas partes:

1- Primeira consulta: com dados sobre a idade, paridade, escolaridade, dados sobre o parceiro, os antecedentes

mórbidos, exame físico geral e ginecológico, medida do diafragma, etc.

2- Retorno: com perguntas sobre a aceitação do diafragma, se houve ocorrência de problemas após o uso, com especial atenção para infecção urinária, se o parceiro sentiu, se a mulher confiou no método entre outras.

Selecionamos alguns ítems deste questionário com o intuito de avaliar o perfil das mulheres: a eficiência do método (índice de Pearl), os efeitos colaterais, a confiança no método, o motivo da interrupção e o motivo de falta ao retorno.

As pacientes recebiam diafragmas e geléias. O primeiro retorno era marcado após sete a quinze dias de acordo com as possibilidades das mulheres. A partir daí os retornos eram mais espaçados e nem sempre eram padronizados como em outros trabalhos (uma semana, um mês, três meses, seis meses). A ênfase dada era no compromisso da mulher em retornar, porém muitas não vieram em todos os retornos profissionais, pessoais ou por ausência de queixa.

Assim, para conseguir as informações necessárias especialmente tempo de uso, utilizamos as fichas de retorno. As entrevistas foram marcadas por carta e telefone e realizadas por telefone ou no hospital. A captação de todos os dados foram feitos pela mesma pessoa.

#### *Perfil das pacientes*

As pacientes do Ambulatório de Ginecologia HC.SP. quando interessadas no planejamento familiar recebem uma aula sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e são encaminhadas para o uso do diafragma, àquelas que optaram pelo método, ou

as que aguardavam o DIU, as que estavam amamentando (06 semanas após o parto) e as que tinham contra-indicação a outros métodos.

Em 16 meses, 70 mulheres foram triadas para o uso do diafragma e conseguimos os dados mais importantes com 39 mulheres (55,7%).

As mulheres pesquisadas tinham entre 18 a 53 anos, sendo que aquelas entre 20 e 30 anos, formaram o maior grupo (20 mulheres).

As pacientes do Planejamento Familiar eram mulheres de um ambulatório de referência, assim, os antecedentes mórbidos são muito ricos: 48,7%, já tiveram ITU (19 pacientes) em algum momento; 56,4% (22 pacientes) já apresentou corrimento; 30,7% (12 pacientes) já tiveram leucorréia e ITU; 15,3% (06 pacientes) já trataram de dispareunia; 7,7% (03 pacientes) apresentavam MIPA; 17,9% (07 pacientes) tinham varizes; 20,5% (08 pacientes) apresentavam HAS e mais 20,5% com alergias diversas (havia diferentes combinações entre essas patologias).

Encontramos também patologias mais graves (38% do total de pacientes). É interessante notar que a aceitação do diafragma foi boa entre essas mulheres (60%). Havia apenas duas mulheres (5,1%) saudáveis e sem queixas clínicas.

Três pacientes interromperam o uso por estarem sem parceiro.

Dentre as 39 mulheres tivemos dois casos de gravidez, sendo que uma delas não usou o dispositivo na relação sexual e a outra não se tocava após colocá-lo, nem havia realizado o 1º retorno.

Os fatores mais importantes que interferem na efetividade do método são a motivação do casal para evitar a gravidez e o uso correto do diafragma. Pensando em uso correto, devemos admitir o papel da paciente e dos orientadores.

Existe um espectro entre dois pólos, das mulheres que se adaptam ao método e o das mulheres que não se adaptam. Esse espectro envolve diferentes graus de dificuldade e esforço para finalmente continuar o uso.

#### **V – Nova avaliação do uso do Diafragma por paciente do Hospital das Clínicas de São Paulo.**

**Autores: Burgos,R.M; Mello,N.R.; Pompei,L.M.; Saciloto, M.T.J.; Eluf.M.L.; Pinotti,J.A.**

Objetivos: avaliar a aderência, eficácia e aceitabilidade do uso do diafragma de silicone por pacientes do H. C. realizado no período de dezembro de 1996 a junho de 1999. Foram analisados 44 casos, entre um universo de mais de 120 mulheres atendidas e usuárias do diafragma. Destas, apenas 04 declararam não gostar do método, sentindo pequeno desconforto e sintomas urinários.

No período médio de dois anos e meio de uso do método, ocorreram apenas duas gestações não programadas, pois as pacientes declararam que deixaram de usar o método durante a relação.

Portanto, o índice de falha deste estudo foi de 1,61 por 100 mulheres/ano. A maioria (80%) usou espermicida sendo que algumas de forma descontinuada.

A inserção ocorreu entre 5 e 180 minutos antes da relação e a retirada entre 06 e 18 horas depois do coito.

Este estudo revelou a importância do vínculo da paciente com o Serviço de Saúde e do seguimento do método pelo menos durante o primeiro ano de uso.

A aceitabilidade da paciente e do parceiro foi elevada.

Portanto, o diafragma mostrou-se eficaz quando bem orientado e acompanhado pelo profissional da saúde.

#### **VI – Pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 1992 a 1996.**

Este levantamento foi realizado pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro entre as usuárias dos vários métodos contraceptivos atendidas na rede municipal de saúde.

A introdução do diafragma foi realizada após treinamento oferecido aos profissionais de saúde. Observou-se que o treinamento e a sensibilização destes profissionais, resultou em um maior índice de aceitabilidade ao diafragma.

A taxa de escolha e uso do diafragma foi de 09 a 16%, entre os outros métodos contraceptivos disponibilizados

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA  
 COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE  
 GERÊNCIA DE PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER

Uso de anticoncepcionais, por número de mulheres atendidas em Unidades da Secretaria Municipal de Saúde em 1992 e 1993

| Método           | 1992<br>43 unidades |       | 1993<br>49 unidades |       | 1992 e 1993   |       |
|------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|
|                  | N de Mulheres       | %     | N de Mulheres       | %     | N de Mulheres | %     |
| Pílula           | 950                 | 44,44 | 2,147               | 50,12 | 3,907         | 48,22 |
| Condom           | 411                 | 19,22 | 689                 | 16,08 | 1,1           | 17,13 |
| Diafragma        | 353                 | 16,51 | 482                 | 11,25 | 835           | 13    |
| DIU              | 353                 | 16,51 | 882                 | 20,59 | 1,235         | 19,23 |
| Espemicida       | 38                  | 1,78  | 47                  | 1,1   | 85            | 1,32  |
| Métodos Naturais | 33                  | 1,54  | 37                  | 0,86  | 70            | 1,1   |
| TOTAL            | 2,138               | 100   | 4,284               | 100   | 6,422         | 100   |

Nesta pesquisa pode-se notar também a importância do acompanhamento das usuárias. Quando bem orientadas, a escolha e a adesão ao diafragma são bem maiores, além de reduzir o índice de falha pelo uso incorreto.

**VII - Estudo do Curso de Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho (UGF), realizado no 47º “Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia” (FEBRASGO/97), Coordenado pela Profa. Maria do Carmo Andrade Silva, Márcio Luiz Schiavo e M. Luisa Macedo de Araujo.**

Apresentamos aqui, alguns trechos da pesquisa:

Pretende-se com esta pesquisa oferecer subsídios para uma eventual revisão dos critérios que definem as políticas de orientação sexual e atendimento anticonceptivo disponíveis à população brasileira.

Os pesquisadores julgam que este trabalho representa mais um esforço para gerar conhecimentos que possam ser aplicados para melhorar o “mix” de anticoncepcionais praticados no Brasil, que apresenta distorções e acaba por refletir-se nos níveis de qualidade dos programas oficiais e ou privados de planejamento familiar e saúde reprodutiva.

O núcleo de estudo tinha como objetivos principais conhecer a relação dos ginecologistas com o diafragma, que informações possuem sobre este método, onde e como receberam capacitação para a indicação do diafragma e os níveis de indicação do diafragma às mulheres, além do modo como eles interpretam os comportamentos, atitudes e práticas de suas clientes em relação a esse método, incluindo as dificuldades de uso.

Os métodos anticoncepcionais mais prevalentes em todo o mundo são pela ordem: a esterilização feminina, pílula e DIU. A ligadura tubária predomina na América Latina e no Caribe.

Na Europa (20%), Ásia e região do Pacífico (19%) e, também, na América do Norte (21%), o método mais utilizado é o DIU. O condom é utilizado, como anticonceptivo, pelo máximo de 9% dos casais que praticam a anticoncepção, índice que se verifica na América do Norte e Ásia, sobretudo por sua elevada prevalência no Japão.

Os dados específicos sobre a prevalência do diafragma não se encontram disponíveis, incluindo-se nos dados sobre o uso de *outros métodos*.

No Brasil, especificamente, as pesquisas disponíveis incluem o diafragma no conjunto dos “métodos vaginais”, que abrangem, além dele vários espermicidas (geléias, espumas e tabletes).

Observa-se que o “*mix*” de anticoncepcionais prevalente no Brasil é bastante inadequado. Com efeito, somando-se os percentuais de uso da pílula (20,7%) e da esterilização cirúrgica feminina (40,1%), obtém-se quase 80% de toda a prática anticoncepcional do País. É interessante notar que na década compreendida entre 1986 e 1996, a esterilização aumentou em cerca de 50% a proporção de usuárias, enquanto houve queda de 20%, aproximadamente no uso da pílula. Na verdade, o que mais chama a atenção, é o fato de que quase a metade das mulheres em idade fértil casada ou em união já está esterilizada e muitas delas tendo menos de 30 anos, dois ou menos filhos e um tempo de união inferior a 06 anos. Portanto, é grande o potencial de arrependimento.

Um aspecto importante, é a atitude de uma grande parcela dos ginecologistas e obstetras brasileiros em relação ao diafragma. Esta pesquisa demonstra que os médicos indicam o diafragma numa frequência bastante baixa.

Nos últimos 12 meses, 40,3% dos médicos consultados não fizeram nenhuma indicação para o diafragma; 35,7% o indicou, apenas, de 01 a 05 vezes; 11,5% fizeram de 06 a 10 indicações; 4,8% fizeram de 11 a 19 indicações; e apenas 4% dos entrevistados mais de 20 indicações.

Em outro caso, entretanto, apenas 3,5% dos gineco-obstetras consultados elegem o diafragma em primeira indicação. A pílula ocupa um absoluto primeiro lugar, com 77% de todas as indicações. Os médicos apresentam motivos variados para a indicação do diafragma: em primeiro lugar, o indicam para mulheres que solicitam esse método anticonceptivo (51,7%); logo a seguir, para as mulheres que relatam ter facilidade na manipulação dos seus órgãos genitais (44,3%). Em terceiro lugar, o diafragma é indicado para as mulheres que os médicos julgam que se beneficiarão com esse método (43,3%). Em quarto lugar, quando há contra-indicações ao uso de outros métodos (40,2%), sendo a indicação feita por mero processo de exclusão. A seguir, faz-se a indicação para as mulheres que têm relações sexuais esporádicas (32,5%) e para aquelas que dizem não gostar de usar medicamentos (31,7%). Com percentagens bem menores, os profissionais entrevistados relataram indicações do diafragma para as adolescentes e jovens (9,7%), e ainda para as mulheres em geral (8,7%).

Quanto aos critérios para a indicação do diafragma, requer uma reflexão: constatando-se contra-indicações à utilização de outros métodos (pílula, DIU ou o injetável) e não

se indica o diafragma, haveria uma tendência à prática do controle da fecundidade ou planejamento familiar por meio da esterilização cirúrgica.

Será que os altos índices de prevalência desse procedimento, que é definitivo, não obedeceria a uma ideologia subjacente à prática médica, à qual leva o profissional de ginecologia e obstetria a optar por recursos anticonceptivos e definitivos, porém mais caros e lucrativos para ele e para as casas de saúde?

Quanto às dificuldades relatadas pelas clientes no uso do diafragma, segundo os ginecologistas e obstetras consultados, a colocação do método foi a principal delas, tendo obtido 69,5% de todas as respostas. Este fenômeno é, sem dúvida, de fácil compreensão. Sabe-se que a maioria das mulheres brasileiras, por motivos sócio-culturais, não manipulam seus genitais, não se tocam, nem utilizam espelhos para olhar a vulva ou introduzem os dedos na vagina. Por essa razão, encontram dificuldades para colocar e retirar o diafragma. Ao lado desses problemas relacionados à colocação ou inserção, é interessante observar que a retirada do diafragma apresenta-se como a segunda dificuldade mais freqüente relatada pelas mulheres clientes dos profissionais entrevistados tendo somado 46% das respostas. Em terceiro lugar aparecem as "dificuldades em manipular os órgãos genitais" (38,2%). Evidentemente, esses três fatores estão intimamente relacionados, uma vez que não é possível a mulher inserir e ou retirar o diafragma sem manipular os seus genitais.

Entretanto, caberia questionar se com uma orientação adequada quanto aos procedimentos de colocação e retirada do diafragma, esses problemas não poderiam ser reduzidos em sua

importância, e até mesmo, ajudando-se a superar as limitações socio culturais que muitas mulheres têm para manipular os seus genitais. A questão desse modo passa a ser outra: estariam os médicos habilitados a proporcionar tal orientação? A julgar pelo nível de capacitação específica relatada pela maioria dos entrevistados, conclui-se que não.

Os dados e informações levantados na pesquisa permitem inferir que existe um grande preconceito em relação ao uso do diafragma. Tal preconceito é sistematicamente realimentado pelas dificuldades que a maioria das mulheres encontram para lidar com um método anticonceptivo que necessita ser introduzido na vagina. Numa sociedade que sempre buscou reprimir as manifestações da sexualidade, os genitais passaram a ser considerados como área suja, impura e pecaminosa do corpo, o que impede que as mulheres os explorem com naturalidade. Ademais, a sociedade brasileira contemporânea tornou-se muito imediatista e com tendência **a mascarar as dificuldades dos profissionais e das mulheres com a alegação de falta de praticidade do método e dificuldades de acesso ao mesmo, pois sua distribuição não se faz de maneira uniforme em todo o território nacional.**

Observa-se entretanto que os médicos brasileiros têm uma falha em sua capacitação profissional, pois em sua maioria, não obtêm um treinamento adequado para lidar com este método, incluindo-se o aconselhamento e orientação adequados às suas possíveis usuárias. Certamente, a insuficiência ou inadequada capacitação do profissional médico, não se faz sentir, apenas, em relação ao uso do diafragma. Neste caso, contudo, descarta-se uma possibilidade de auxílio para as muitas mulheres, que se

beneficiariam com o seu uso, sobretudo nos casos em que o uso de outros anticonceptivos é clinicamente contra-indicado.

Pode-se inferir que o preconceito em relação ao diafragma prevalece desde o médico até a suas clientes. Assim sendo, caso haja o interesse de incrementar o uso desse método anticonceptivo no País, haverá a necessidade de um trabalho educativo específico a ser desenvolvido de maneira sistemática e bem articulada. Só assim, será possível auxiliar tantas mulheres que desejam controlar sua fecundidade, quanto aos médicos que as assistem nesse processo a superar os mitos, crenças e atitudes prevalentes em relação ao diafragma.”

Este trabalho foi publicado na Revista FEMINA (FEBRASGO) nº 4 / maio/1999.

### **VIII - “A aceitação do diafragma vaginal como método de aprazamento da gestação em mulheres cardiopatas”**

Estudo realizado em São Paulo, no “Instituto Dante Pazanezzi de Cardiologia”, pela equipe do Prof. Januário de Andrade, Chefe do Setor de Cardiopatia e Gravidez no IDPC, pela Profa. Dra. Ceci Mendes Carvalho Lopes, Ginecologista do Setor, Dra. Maria Dulce C. H. Nissan, Tsao K. Hsin e José Eduardo M. R. Sousa. Observação: O diafragma utilizado foi o de silicone.

De março de 1995 a abril de 1996, 31 mulheres cardiopatas utilizaram o diafragma vaginal.

Suas idades variaram de 18 a 40 anos (média 26,12). Tinham de 0 a 04 gestações (média 1,6), e 27 delas viviam em união conjugal estável, 28 tinham ciclos menstruais regulares.

Objetivos:

A proposta deste trabalho foi avaliar a aceitação do diafragma, como método contraceptivo por pacientes portadoras de cardiopatas e permitir a estas pacientes engravidar em momento mais conveniente dependendo de seu desejo de maternidade, mas também das condições ideais do controle da doença cardíaca.

Métodos:

O diafragma foi apresentado às pacientes cardiopatas que pretendiam adiar a gravidez, dependendo de suas condições familiares e do controle do seu estado de saúde.

O modo de uso foi esclarecido mostrando-se a elas como aplicá-lo e retirá-lo e ainda sobre as vantagens do uso concomitante de geléia espermicida.

Tanto o diafragma quanto a geléia foram oferecidos gratuitamente, solicitando-se o retorno em 30, 60 e 90 dias após. No primeiro retorno colhia-se material para exame de sedimento e cultura de urina sendo repetido nos retornos seguintes, caso houvesse queixa.

Em todas as entrevistas, cada paciente respondia a questões uniformes.

Resultados:

Observou-se que todas as pacientes desconheciam o método e aprenderam a utilizá-lo referindo estarem confiantes e sentindo-se confortáveis.

O diafragma foi bem aceito por todas as pacientes, tendo havido queixa do companheiro em apenas um caso.

Não houve ocorrência de efeitos colaterais ou infecções.

urinárias detectadas pelo controle laboratorial.

Conclusão:

O diafragma alcançou boa aceitação pelas pacientes não tendo apresentado efeitos indesejáveis, a não ser nas pacientes que desejavam engravidar, não houve falha do método.

### **PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DO DIAFRAGMA VAGINAL COMO MÉTODO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM CARDIOPATAS**

Autores: Prof. Dr. Januário de Andrade e Profa. Dra. Ceci Mendes de C. Lopes

O diafragma vaginal é um método de planejamento familiar que tem como principal vantagem o fato de ser utilizado localmente. Portanto, não interfere nas demais funções do organismo nem interage com drogas que possam estar sendo utilizadas pela mulher.

Sua eficácia anticoncepcional depende da forma como é utilizado, ou seja, deve ser adequado na medida, deve estar íntegro e bem posicionado na vagina, deve ser colocado antes da relação sexual e deve ser retirado algumas horas depois. O uso concomitante de geléia espermicida, como método associado pode aumentar a eficácia anticoncepcional.

O diafragma deverá ser apresentado à paciente, esclarecendo-a sobre seu uso e mecanismo de ação. A medida deverá ser feita pelo ginecologista, que ensinará a paciente a aplicá-lo. O diafragma de silicone e a geléia espermicida serão fornecidos gratuitamente.

Serão agendados retornos periódicos quando então a paci-

ente responderá a questionário padronizado.

Nos retornos será oferecida nova dose de geléia adequada à frequência da atividade sexual da mulher.

Os resultados do estudo serão apresentados periodicamente, em eventos médicos e em publicações. [...]

Comentários:

O Planejamento Familiar na mulher cardiopata visa reduzir a morbimortalidade materno-fetal no ciclo gravídico-puerperal além de proporcionar aos casais o controle sobre sua fecundidade e planejamento do número de filhos conveniente à estrutura familiar”.

Este estudo, realizado entre as mulheres que queiram adiar a gravidez, mostrou uma boa aceitabilidade do diafragma por parte daquelas que não conheciam este método anteriormente, não tendo interferido nas suas condições patológicas (Lopes et al.).

O diafragma como método de barreira nas cardiopatas, deve ser utilizado com orientação e garantia de seguimento para evitar as falhas recorrentes do período de adaptação ao método.

Os vários estudos mostram que o treinamento contínuo, reciclagem, e educação continuada para a equipe de saúde que acompanha as usuárias do diafragma é essencial para o sucesso e continuidade do uso.

Assim se forma o vínculo, adesão e aderência ao método conseguindo-se a efetividade esperada.

## *Aceitabilidade*

O menor risco à saúde e a maior autonomia da mulher e do casal no controle da reprodução são motivos importantes para a aceitação deste método de barreira.

Um estudo da aceitabilidade do diafragma, realizado na região metropolitana de São Paulo, em Serviço Público com clientela de baixa renda, mostrou que este, sendo oferecido em igualdade com os outros métodos, foi aceito por 10% das usuárias (Kalckmann et al., 1997).

A continuidade de uso do método é variável, segundo Kalckmann e al. (1997) as mulheres estudadas tiveram uma continuidade de uso de 25% após 12 meses.

Outros estudos realizados pelo Coletivo Feminista, resultaram em 69,4% de aceitação ao método. Na Unicamp, 63,5%; na Clínica de Belo Horizonte, 85,2%. Estes estudos podem sugerir diferenças metodológicas de análise ou mais precisamente diferenças na característica do atendimento, porém os resultados são semelhantes (Araújo et al., 1993).

Araújo e Diniz realizaram uma pesquisa em 1.994, em clínicas universitárias e privadas, localizadas em São Paulo, Campinas e Belo Horizonte com a finalidade de compor um perfil do uso do diafragma no Brasil. Concluíram após 12 meses de estudo que a baixa aceitação deste método é muito mais dos profissionais que atuam nos serviços de Planejamento Familiar do que das mulheres, influenciada por suas opiniões.

“Não é raro que os médicos se coloquem contra o diafragma, já que este é um método que praticamente não

conhecem e não sabem como medir ou como ensinar a usar.

Além disso, estes procedimentos consomem tempo e sabe-se que os médicos não gostam de demorar em suas consultas(...) São poucos os ginecologistas que possuem em seu consultório os jogos de anéis para medir o diafragma”.(op.cit)

Um outro fator avaliado foi de encontro ao pré-conceito de que o diafragma é um método indicado apenas para mulheres com alto nível de escolaridade, mostrando neste estudo que 17,3% das usuárias do diafragma na clínica de Campinas, tinham até 08 anos de escolaridade.

Assim, a taxa de escolaridade não afetou a taxa de efetividade do método mostrando ser este mais um preconceito contra o Diafragma.

Um dado freqüente que acontece no serviço público é a descontinuidade no treinamento a novos profissionais.

**Portanto, a continuidade do uso do diafragma está diretamente relacionada à continuidade de treinamento e acompanhamento da usuária, por parte da equipe técnica, principalmente durante o primeiro ano de uso.**

Cavalcanti & Bottona (1995) em uma experiência bem sucedida, citada anteriormente, recomenda repensar e recuperar este método para desmistificá-lo e para que se torne uma opção a mais para as mulheres. Estas autoras, estudando aceitabilidade de 300 usuárias de diafragma em uma comunidade pesqueira do Ceará, apontaram que a continuidade do método não foi influenciada por desconforto ou causa médica.

Em estudo, de novembro de 1995 a maio de 1997, realizado pela equipe do Dr. Carlos Alberto Petta., do Centro de

Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), em 07 unidades participantes da pesquisa, teve como objetivo avaliar a possibilidade do uso contínuo do diafragma, sem espermaticida, entre usuárias que se referiam ao uso do espermicida como “meleca” e compará-lo ao uso tradicional em aceitabilidade, eficácia e fidelidade ao método.

Num total de 357 mulheres, 167 escolheram o uso tradicional (UT) e 190 o uso contínuo (UC).

A avaliação dos resultados mostra que, “o uso contínuo do diafragma sem espermaticida é uma opção que pode ser oferecida para mulheres interessadas neste método de contracepção”.

Concluindo:

1- A maioria dos estudos mostra a importância do apoio e suporte às mulheres frente às dificuldades iniciais com o método.

2 - O acompanhamento periódico cria um vínculo com a usuária, assegurando a continuidade de uso do diafragma.

3 - A necessidade da reciclagem contínua da equipe, aprimora as técnicas de medição e a familiaridade com o método.

(9) ELUF, M, Luisa K ; Meloni, Vieira, Elizabeth - Diafragma e Preservativo Feminino no Brasil. cap. 80 - pág. 845. Halbe, Hans Wolfgang - Tratado de Ginecologia - 3ª edição, Editora Roca Ltda - 2000.

## *A Oferta do Método*

A oferta deste método através do Serviço de Planejamento Familiar exige treinamento dos profissionais envolvidos para medir, ensinar, aconselhar e acompanhar. Este parece ser um aspecto fundamental para a escolha e aderência ao diafragma. Os poucos serviços que o oferecem rotineiramente no País também estabeleceram um sistema de apoio à usuária do método.

Kalckmann et al., (1997) cita que a garantia de uma consulta de retorno e pronto atendimento após a escolha são pontos críticos importantes que deveriam ter sido adotados em seu estudo para impedir a desistência do método.

Uma limitação no aconselhamento do diafragma pode ser o estabelecimento de uma relação médico-paciente formal e distante. Mas outros profissionais como enfermeiras podem ser treinados para orientar e ensinar a sua colocação.

Se houver a preocupação do profissional com a comunicação, através da qual ele procura diálogos francos, não autoritários e um espaço de tempo para orientação e treinamento para seu uso, o diafragma poderá ser bem aceito por parte das mulheres.

No estudo de Cavalcanti e Bottona (1995) foi revelado que as mulheres aprenderam a utilizar o método muito facilmente, demandando do médico pouco tempo na orientação de seu uso. Portanto, o contato estreito, atividades lúdicas, boa comunicação e flexibilidade tornaram acessível a compreensão deste método.

É um direito da mulher exigir do profissional a decodificação da linguagem médica para melhor compreensão do que está acontecendo.

tecendo com seu corpo. É uma forma de junto com o profissional caminharem para uma nova relação.

O diafragma é um método que exige uma atenção mais humana e natural com a cliente, frente aos outros métodos, que apenas se mantém uma orientação sem envolvimento. Ele transpõe a barreira do impessoal e passa para o pessoal. Atualmente, o diafragma encontra-se disponível em diversos serviços públicos de saúde, no país, dado que o Ministério da Saúde iniciou um programa de distribuição às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para os anos 2001, e 2002.

### **NOVA METODOLOGIA PARA OTIMIZAÇÃO DO USO DO DIAFRAGMA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS**

Uma experiência no atendimento conjunto às usuárias, clientes do Ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP no Departamento de Ginecologia e Setor de Planejamento Familiar de 1995 a 1999, encaminhadas pelos diferentes serviços.

Medição, Colocação e Treinamento do uso do método em atendimento conjunto

1 – Apresentação do Diafragma através de um breve histórico do método no Brasil.

2 – Distribuição de diafragmas entre as mulheres para favorecer o primeiro contato, manuseio e percepção dos diferentes tamanhos e tipo de material.

Toque no modelo pélvico de borracha, conhecimento de como o diafragma se acopla ao longo da vagina desde a sínfise púbica, até o fundo de saco, cobrindo o colo do útero.

. esclarecimento sobre o aparelho reprodutor feminino com o modelo pélvico de acrílico;

. como manusear o diafragma para introduzi-lo na vagina;

. diferentes posições para a colocação.

4 – Entrevista: avaliação da história de cada mulher (número de filhos, tipos de partos, abortos, etc.) e avaliação do tipo físico da mulher.

5 – Escolher um diafragma cujo número possa adaptar-se à mulher. Solicitar que tire a calcinha, lave as mãos, lave o diafragma (previamente esterilizado) antes de introduzi-lo para favorecer um maior contato com o método e treino dos cuidados.

6 – Solicitar que coloque o diafragma num movimento de “costura manual” na posição que se sentir melhor (de cócoras ou com o pé apoiado em um banquinho).

7 – Orientação para que a mulher introduza o dedo na vagina e se toque para sentir o diafragma protegendo o colo do útero.

Pedir que caminhe pela sala e diga como se sente.

8 – Avaliação.

Solicitar à usuária que se deite ou fique em pé enquanto o profissional permanece sentado para proceder a aferição do diafragma utilizando uma luva ligeiramente umedecida com vaselina.

Se o número do diafragma estiver correto, solicitar que ela o

retire, lave-o e recolque até ter confiança no método. Se no toque o profissional e a cliente sentirem que o diafragma escolhido deveria ser maior ou menor, o profissional deverá oferecer um novo número para que ela se sinta segura e confortável.

9 – Preenchimento da ficha de protocolo, onde deverá constar: número de registro no Serviço de Saúde, nome completo, idade e número do diafragma. Agendar os retornos de preferência em datas em que o grupo poderá comparecer. Datas de retornos com intervalos de uma semana, um mês, três meses, seis meses e um ano.

### **IMPORTANTE:**

Recuperar após cada atendimento grupal a fala das mulheres sobre a sua história de vida e a experiência com o diafragma. Sempre anotar pois cada treinamento e cada mulher têm uma história diferente e é através destas histórias que poderemos construir a implantação do diafragma no Brasil.

A qualidade no atendimento favorece a formação do vínculo da cliente com os profissionais se possível o mesmo profissional atendendo o mesmo grupo.

Sistematizar o serviço e agendar os retornos garantem o seguimento do uso do método e sua eficácia. (9)

## **DUVIDAS FREQUENTES QUANTO AO USO DO DIAFRAGMA**

### **1. É verdade que preciso ir ao médico para saber qual o tamanho de diafragma que devo usar?**

Sim, existem tamanhos diferentes que variam de mulher para mulher. Toda mulher deve ir ao serviço de saúde ou ao ginecologista fazer os devidos exames e receber orientação adequada quanto ao seu uso. A motivação para o seu uso é um excelente recurso para uma rápida aprendizagem

### **2. Qual a margem de segurança que o diafragma oferece?**

A margem de segurança contraceptiva do diafragma é de 98% quando colocado corretamente em todas as relações sexuais sendo necessário desenvolver o hábito sistemático de seu uso.

### **3. Por que deve ser usado com geléia espermicida?**

O diafragma pode ser usado sem a geléia espermicida com a mesma eficácia porém ainda há a crença de que a associação dos dois métodos: um de barreira (diafragma) e um químico (a geléia espermicida) aumentam a sua segurança em relação à anticoncepção.

### **4. O diafragma dói ao ser colocado?**

Não. Quando utilizado sob boa orientação e treino, a colocação do diafragma torna-se tão simples quanto a de uma lente de contato, por isso não dói ao ser colocado.

### 5. O homem sente o diafragma durante a relação sexual?

Não, a não ser que o diafragma esteja mal colocado ou seu tamanho não esteja correto.

### 6. Quais as contra-indicações do diafragma?

O diafragma não deve ser usado por mulheres que nunca tiveram relações sexuais e que possuam infecção no colo do útero ou vagina, bem como infecções urinárias crônicas e ou de repetição.

No caso das infecções no colo e vagina, deverão ser tratadas antes da colocação do diafragma.

### 7. Os homens têm boa aceitação ao uso do diafragma?

Sim, aqueles que conhecem o diafragma aprovam o método porém, ainda é desconhecido pela maioria dos homens.

### 8. O diafragma protege contra a AIDS?

Não. Pesquisas recentes indicam que o diafragma protege o colo do útero contra alguns tipos de infecções.

**Não protege contra as DST/Aids.**

## MITOS E REALIDADES SOBRE O DIAFRAGMA

**Mito:** A mulher Brasileira não se toca.

**Realidade:** Atualmente a mulher brasileira se toca mais e conhece melhor o seu corpo e isto ocorre devido ao maior acesso à informação, às transformações educacionais e comportamentais.

**Mito:** A mulher tem que ter “dificuldade.” para utilizar o diafragma.

**Realidade:** A mulher tem que ter prontidão e disciplina para usar o diafragma.

**Mito:** A mulher de baixa renda não aceita o diafragma.

**Realidade:** É uma questão de perfil e não de classe social, depende muito mais da relação com seu próprio corpo, sexualidade, desempenho, motivação e do seu aprendizado

**Mito:** O diafragma incomoda.

**Realidade:** Quando bem colocado, tanto a mulher como o homem não sentem o diafragma.

**Mito:** O diafragma é complicado. “Quebra o clima”.

**Realidade:** O diafragma pode ser introduzido durante o jogo sexual (preliminares), pouco antes do ato ou horas antes podendo ser colocado diariamente, independentemente se houver ou não uma relação, e também poderá fazer parte da erotização do contraceptivo e do momento.

**Mito:** O diafragma é um método de difícil acesso, com distribuição irregular.

**Realidade:** O diafragma é produzido no Brasil desde 1988 e o acesso é fácil. É encontrado na Rede Pública de Saúde, em algumas Clínicas e Consultórios que mantêm uma quantidade mínima para repassar às clientes e em algumas lojas cirúrgicas.

**Mito:** O diafragma é um contraceptivo caro.

**Realidade:** É distribuído gratuitamente na Rede Pública de Saúde e no comércio, tem preço acessível, seu custo é infinitamente menor quando comparado a outros métodos. É de longa durabilidade.

**Mito:** O diafragma tem apenas 65 % de eficácia. "Ele é sabidamente de menor eficácia".

**Realidade :** Estudos recentes comprovam que sua eficácia pode ultrapassar 98 %.quando bem orientado, medido e utilizado adequadamente.

**Mito:** O diafragma não pode ser indicado no Serviço Público, porque o treinamento leva tempo.

**Realidade :** Quando o Ginecologista acredita no método, envolve outros profissionais de Saúde na otimização do treinamento e o método torna-se viável.

O atendimento conjunto,com oficinas torna o resultado muito mais positivo.

**Mito:** A utilização do diafragma tem que prever a relação.

**Realidade:** O diafragma pode ser utilizado como anticoncepcional de uso contínuo independentemente da previsão da relação sexual.

**Mito:** O diafragma é um método obsoleto.

**Realidade:** Cada vez mais aumenta a demanda do seu uso entre as mulheres, nos países onde ele é conhecido (Europa e E.U.A.),e é considerado um método moderno por ser inócuo.

**Mito:** O diafragma "deve" ser retirado 08 horas após a relação, isto poderá "atrapalhar" se a mulher estiver ocupada.

**Realidade:** O diafragma de silicone poderá permanecer de 08 horas até 24 horas dentro do corpo da mulher por ser inerte e antialérgico.

## O DIAFRAGMA DE SILICONE SEMINA

O Diafragma Semina é um capuz de silicone com aro de metal flexível na borda que introduzido pela mulher em direção ao fundo da vagina, cobre o colo do útero, formando uma barreira mecânica para evitar a gravidez impedindo a passagem dos espermatozoides para o interior do útero.

É encontrado em seis números diferentes, de 60 a 85mm. Deve ser medido por um profissional de saúde treinado ou médico ginecologista.

Nos Serviços Públicos de Saúde é encontrado à disposição da usuária.

Usado na medida certa e colocado corretamente sua eficácia é de 98% .

O Laboratório SEMINA é a única empresa que fabrica o diafragma de silicone, no Brasil.

## VANTAGENS DO DIAFRAGMA DE SILICONE

- O diafragma é um anticoncepcional seguro, natural e inócuo.
- Fabricado em silicone possui uma película mais fina e mais resistente que o látex.
- É liso, sem porosidade, muito superior à borracha .
- É prático, rápido na colocação e retirada, reversível e durável (2 a 3 anos).
- Dá à mulher maior grau de autonomia sobre sua vida reprodutiva e na prática sexual.
- Favorece ao autoconhecimento oferecendo a oportunidade da mulher conhecer melhor o seu corpo.
- Indicado no período de amamentação porque não interfere na lactação.
- Não resseca , portanto não necessita polvilhar com amido ou talco.
- Inodoro mesmo após o uso.
- O silicone é totalmente antialérgico, não causando portanto, nenhum tipo de irritação.

- O diafragma da Semina é totalmente inerte, não entrando em reação química com a geléia espermicida ou qualquer outro elemento químico.
- “Por se tratar de um método de barreira, existe a possibilidade do diafragma proteger o colo do útero do câncer” (op.cit. Araújo & Diniz).
- Suporta maior intensidade de calor e pode ser fervido, sem prejuízo de sua qualidade e eficiência.

### Dicas:

- O diafragma de silicone pode ser colocado a partir da sexta-feira e retirado na próxima segunda-feira, seguindo-se a assepsia necessária, isto é , lavando-o durante o banho.
- Estudo realizado no Cemicamp/98 mostra a possibilidade do “uso contínuo do diafragma”. Colocado sem espermicida, retirado (observando-se o período mínimo de 8 horas após a última relação sexual), lavado e recolado durante o banho, garantindo a proteção contraceptiva e apresentando a mesma eficácia;
- A prática em serviços públicos e clínicas privadas na medição e orientação para a colocação do diafragma, comprova o importante papel da enfermagem na otimização, colaboração e participação neste serviço.

## EFICÁCIA

A eficácia desse método pode ultrapassar os 98% dependendo do seu uso apropriado. É seguro mesmo em longo prazo, pois não exerce alterações fisiológicas ou sistêmicas.

Requer motivação e acompanhamento da usuária para a garantia da continuidade do uso. Aderência ao método.

## EFEITOS COLATERAIS

Os efeitos colaterais relatados durante o uso do diafragma são raros e de fácil resolução, são eles.:

- Irritação na vagina;
- Reações alérgicas relacionadas ao uso do espermicida, podem ocorrer, desaparecendo com a interrupção do uso do medicamento ou mudança de marca do produto;
- Cistite - alguns estudos apontam para a diminuição da incidência de infecções entre usuárias de espermicidas.
- Estudos indicaram uma baixa incidência de vaginites e cervicite.

## CONTRA-INDICAÇÕES

As contra-indicações sobre o diafragma são raras, podemos ressaltar algumas como: características anatômicas, atitudes psicológicas ou condições ambientais. (Souza, J.W.S.):

- Prolapso, Rotura, Retroversão ou Anteflexão severas do útero;
- Tônus muscular vaginal deficiente;

- Fístula retrovaginal ou vesicovaginal;
- Cistocele ou retocele severas;
- Pós-parto imediato;
- Parede vaginal anterior rasa;
- Dificuldades em tocar os genitais (aversão psicológica);
- Dificuldades em aprender o uso adequado do método;
- Ausência de ambiente propício para a inserção e remoção do diafragma.

## MEDIDORES PARA DIAFRAGMA

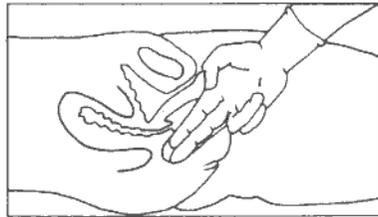
Os medidores para diafragmas são apresentados em 06 (seis) tamanhos diferentes (de 60 a 85 ), e a escolha do tamanho apropriado dependerá da distância entre o fundo de saco posterior e o sub-púbis.

O emprego dos diafragmas medidores da Semina devem ser realizados por profissionais experientes e treinados na área de Saúde da Mulher.

A mulher deverá estar deitada em posição ginecológica em uma cama, não necessariamente em uma mesa ginecológica ou em pé.

## INSTRUÇÕES PARA MEDIÇÃO

1 - Introduza os dedos indicador e médio na vagina até que se toque o fundo de saco posterior, marcando-se a distância entre este e o sub-púbis com o polegar da mesma mão.



Esta distância (ponta do dedo médio ou indicador até o polegar) deve ser aproximadamente o tamanho do diafragma medidor.

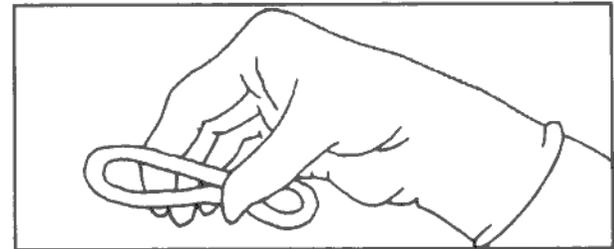
2 - Coloque o diafragma medidor na ponta do dedo, sem forçá-lo. Se a medida estiver correta, a outra extremidade do diafragma medidor corresponderá ao ponto marcado do polegar.



3 - Após o exame manual deve-se testar o diafragma medidor. Deverão ser testados dois ou três tamanhos para se obter a medida adequada, justa e confortável para a mulher.

Escolha a medida de maior tamanho dentre as que serviram. Isto se deve ao fato de que ao usar o diafragma, a mulher estará mais relaxada garantindo que a medida escolhida continuará bem ajustada.

Para testar o diafragma medidor na mulher, pressione-o entre os dedos indicador e polegar, de maneira que sua forma circular se transforme em quase um oito (8). Introduza-o pelo canal vaginal até que sua borda inferior atinja o fundo de saco vaginal posterior.



Se o diafragma medidor escolhido for correto, a borda superior do mesmo se encaixará perfeitamente atrás do sub-púbis.

O diafragma medidor de tamanho ideal não deverá causar desconforto.

### ATENÇÃO -

Após o uso, os diafragmas medidores da Semina deverão ser mergulhados numa solução de uma colher de água sanitária em um copo d'água no mínimo por 20 minutos, lavados em água corrente com sabão neutro e enxaguá-los muito bem. Podem ser esterilizados em estufa ou autoclave a uma temperatura de no máximo 170°C ou esterilizados com produtos químicos adequados para este fim.

Secar bem e guardá-los na caixa.

### COMO USAR O DIAFRAGMA

- 1- Antes de colocar o diafragma pela primeira vez, é importante compreender como fazê-lo corretamente.

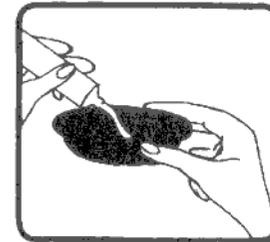
Introduza seu dedo indicador na vagina para cima e para trás, movendo o dedo delicadamente para sentir o colo do útero, como uma saliência de consistência semelhante à ponta do nariz. E à frente do colo do útero, logo após a entrada da vagina sente-se o osso púbico.

O diafragma deverá cobrir o colo do útero e se apoiar nesse osso.

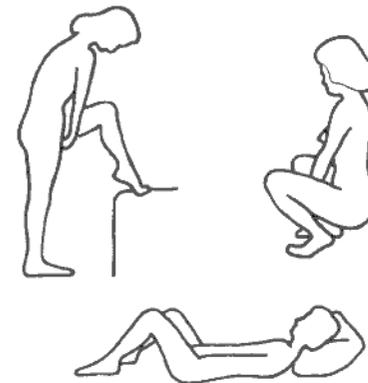
- 2- É necessário urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma.

Coloque um pouco de geléia espermicida dentro do diafragma.

Lubrifique a borda do diafragma com a geléia e ele estará pronto para ser usado.

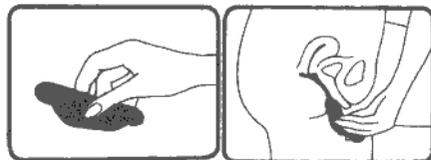


- 3- Introduzir o diafragma em pé, com uma perna levantada, de cócoras ou deitada. Experimente a posição em que se sentir mais confortável.



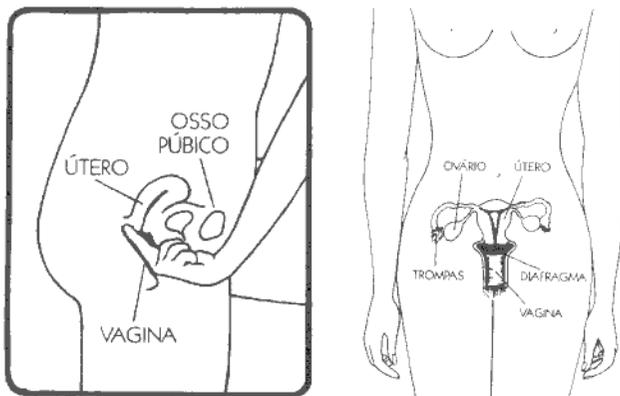
- 4- Aperte as bordas do diafragma entre os dedo polegar e o dedo indicador.

Introduza o diafragma em direção ao fundo da vagina.



- 5- Com o dedo indicador ajuste a outra borda do diafragma no osso púbico.

Confira se o diafragma está bem colocado, ou seja, se o colo do útero está coberto pela película de silicone e se a borda anterior do diafragma está apoiada no osso púbico.



### **ATENÇÃO:**

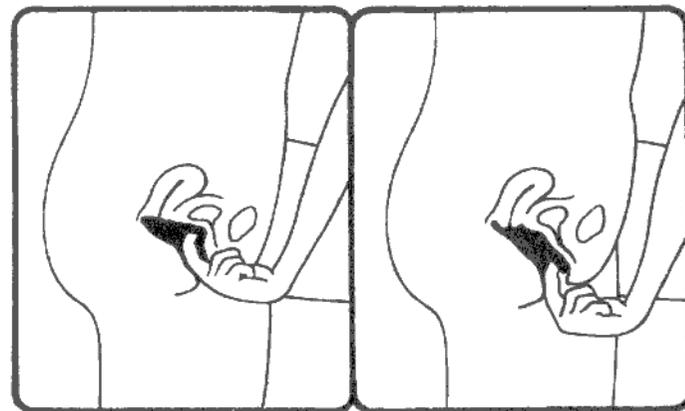
Usar o diafragma em todas as relações sexuais mesmo fora dos dias férteis para garantir a segurança máxima.

Se ocorrer mais de uma relação sexual no mesmo período, após cada relação verificar se o diafragma continua bem colocado, lembrando que ele não deverá ser retirado entre uma e outra relação sexual seguida.

Não usar ducha vaginal enquanto o diafragma permanecer na vagina.

### **COMO E QUANDO RETIRAR O DIAFRAGMA**

Para retirar o diafragma coloque o dedo indicador na vagina, sinta a borda do diafragma e puxe-o para baixo e para fora.



Retirar o diafragma somente 08 horas após a última relação sexual, pois é o tempo máximo de vida dos espermatozoides na vagina.

### ***CUIDADOS COM O DIAFRAGMA***

Antes de usá-lo, observe-o contra a luz para verificar se não há furos ou rachaduras.

Após retirá-lo, lave-o com água e sabão neutro, enxágüe e seque-o muito bem.

### ***CONSULTE O SEU MÉDICO***

- 1- Nos primeiros 7 a 10 dias de uso do diafragma para conferir se o número está adequado e se está sendo colocado corretamente;
- 2- A cada seis meses para reavaliar o número e sempre que não estiver segura na colocação ou tiver dificuldade em retirá-lo.
- 3- Se você ou seu parceiro se sentirem incomodados com o diafragma;
- 4- Se o diafragma sai do lugar quando você anda, corre, tosse ou fica de cócoras.
- 5- Quando após retirá-lo observar sangue no diafragma e não estiver no período menstrual.
- 6- Se perder ou ganhar 10 kg, após um parto, aborto ou cirurgia ginecológica o diafragma deverá ser medido novamente, nestas condições o colo do útero pode modificar seu tamanho.

**ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO  
DIAFRAGMA VAGINAL  
REGISTRO DE ADMISSÃO**

Nº DE REGISTRO NA CLÍNICA \_\_\_\_\_  
 CLAS. SOC/ECON \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
 BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_  
 CEP \_\_\_\_\_  
 TELEFONE PARA CONTATO \_\_\_\_\_  
**ANTECEDENTES**  
 IDADE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
 TEMPO DE UNIÃO (anos) \_\_\_\_\_  
 IDADE DO COMPANHEIRO \_\_\_\_\_  
 Nº DE PARTOS \_\_\_\_\_  
 Nº ABORTOS \_\_\_\_\_  
 FILHOS VIVOS ATUALMENTE \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDADE (anos) \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDADE DO COMPANHEIRO \_\_\_\_\_  
 DESEJA TER MAIS FILHOS ? \_\_\_\_\_  
 DATA DO ÚLTIMO PARTO \_\_\_\_\_  
 DATA DA ÚLTIMA MESTRUAÇÃO \_\_\_\_\_  
 SPOTTING (sangr. Intermenst.) \_\_\_\_\_  
 DISPAREUNIA \_\_\_\_\_  
 LEUCORRÉIA \_\_\_\_\_  
 FREQUÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS \_\_\_\_\_  
 ANTECEDENTES DE INFECCÕES URINÁRIAS \_\_\_\_\_  
 ULT. MÉT. ANTICOCEP. USADO \_\_\_\_\_

**EXAME CLINICO**

ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_  
 PRESSÃO ARTERIAL \_\_\_\_\_  
 MAMAS \_\_\_\_\_  
 PELVIS \_\_\_\_\_  
 MÉT. ESCOLHIDO PARA ASSOCIAR \_\_\_\_\_  
 MEDIDA DO DIAFRAGMA \_\_\_\_\_  
 POR QUE ESCOLHEU O METODO ? \_\_\_\_\_

**FICHA DE RETORNO  
USUÁRIA DE DIAFRAGMA SEMINA**

Nº DO DIAFRAGMA : \_\_\_\_\_  
 Nº DO PROTOCOLO/REGISTRO: \_\_\_\_\_  
 DATA INÍCIO : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RETORNOS**

|           |                |          |
|-----------|----------------|----------|
| 1º SEMANA | ____/____/____ | H: _____ |
| 1º MÊS    | ____/____/____ | H: _____ |
| 3º MÊS    | ____/____/____ | H: _____ |
| 6º MÊS    | ____/____/____ | H: _____ |
| 1 ANO     | ____/____/____ | H: _____ |

## Subsídios para Treinamento em Medição, Colocação e Aferição do Diafragma

**MODÚLO I:** PALESTRA /DEBATE

TEMPO DE DURAÇÃO: 3 horas.

MATERIAS NECESSÁRIOS : Televisão e vídeo

ESTRUTURA:

- 1 - PALESTRA SOBRE:
- Saúde da Mulher
  - Planejamento Familiar no Brasil
  - PAISM
  - Breve Histórico dos Métodos de Barreira
  - Novo Conceito e Metodologia Para o Uso Diafragma na Rede Pública.

2- APRESENTAÇÃO DE UM VÍDEO SOBRE DIAFRAGMA PRODUZIDO PELA SEMINA.

3 - DEBATE

**MÓDULO II:** OFICINA

TEMPO DE DURAÇÃO : 3 horas

INSTALAÇÕES E MATERIAIS NECESSÁRIOS: sala, pequena mesa de apoio, pia, balde , luvas, diafragmas de diversos tamanhos e folhetos.

1-OFFICINA PARA PORFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA EM MEDIÇÃO, COLOCAÇÃO E AFERIÇÃO DO DIAFRAGMA.

Para cada oficina 20 (vinte) participantes. Este módulo poderá ser repetido de acordo com o número de profissionais e as necessidades da instituição.

Os profissionais conhecem na prática os diferentes números dos diafragmas. As mulheres escolhem seu número, colocam em si mesma ou nas usuárias. O profissional experiente faz o toque para avaliação.

## Bibliografia

1 - Araújo, M.J.; Ferreira, A.E.; Regina, C.H.; Diaz, M.; Grillo, C.S. & Faúndes, A. *Avaliação Clínica do Diafragma Vaginal em Três Contextos Brasileiros*, *PEMINA*, 21:463-472, 1993.

2 - Araújo, M.J. & Grillo, C.S.G *O Lugar do Diafragma com Método Anticoncepcional no Brasil*. Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, São Paulo, 1994.

3 - BENFAM. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*, BEMFAM. Rio de Janeiro. 1997.

4 - Cavalcanti, A.L. & Bottona, M.H.O *O Uso de Diafragma em Mulheres de Baixa Renda: Fácil Manejo e Eficácia do Método*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, supl.:36, 1995.

5 - Cavalcante, R.C.; *Saúde Sexual & Reprodutiva - ensinando a ensinar*, Artgraf Editora; s.d.

6 - CHEQUER, P. *Preservativo Masculino: Hoje mais necessário do que nunca!* Programa Nacional de DST/aids. Brasília. 1997.

7 - CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. *Para viver o Amor*. Ministério da Saúde, Brasília, 1993.

8 - Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde - *Saúde das Mulheres- Experiência e práticas* . Ano 2000. Ler as paginas 48 à 51. " O Trabalho com métodos contraceptivos" .Anos 80: " O Diafragma "

9 - ELUF, M, Luisa K ; Meloni, Vieira, Elizabeth - Diafragma e Preservativo Feminino no Brasil. cap. 80 - pág. 845. Halbe, Hans Wolfgang - Tratado de Ginecologia - 3ª edição, Editora Roca Ltda - 2000.

10 - GALVÃO, L. & DÍAZ, J. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. Hucitec. São Paulo. 1999.

11 - GRUPO DE SAÚDE DA MULHER (Recife). *Viagem ao Mundo da Contracepção. Um Guia sobre os Métodos Anticoncepcionais*, Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro. 1991.

12 - Giffin, K. Costa; Costa S. H. *Questões da Saúde Reprodutiva*; Editora Fiocruz Rio de Janeiro; 1999.

13 - HIRSCH, S. *Só para Mulheres*. Prensa. Rio de Janeiro. 1994.

14 - HOGA, L. A. K. *Á Mercê do Cotidiano da Anticoncepção - A mulher seguindo o seu caminho*. Universidade de São Paulo. São Paulo. São Paulo. 1995.

15 - Kalckmann, S.; Lago, T.G.; Barbosa, R.M.; Villela, W. & Gohman, S. *O Diafragma como Método Contraceptivo - A Experiência de Usuárias de Serviços Públicos*. Cadernos de Saúde, Publ. 13 (4): 647-657, 1997.

16 - Lopes, C.M.C.; Andrade, J.; Watanabe, C.; Champi, M.G.R.; Dias, S.F.; Caramore, M.C. *Planejamento Familiar na Mulher Cardiopata*. in: Revista do Instituto Dante Pazanezzi de Cardiologia, ano 1 nº 2. São Paulo. 1999.

17 - Lopes, C.M.C.; Nissan, M.D.C.H.; Hsin, T.K.; Andrade, J.; Sousa, J.E. *A Aceitação do Diafragma Vaginal como Método de Aprazamento da Gestação em Mulheres Cardiopatas*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, supl.:40, 1995.

18 - Universidade Gama Filho-R.J.,1998.

19 - Schiavo, M., Canella P.; Araújo, M.L.M; Silva, MCA; Baptista, S.V.F; Cotta, L.G; *Diafragma: O Estigma de Barreira*. Curso de Mestrado em Sexologia 18 - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Proporção e Tendência de Uso de Métodos Anticoncepcionais em Mulheres Atendidas em Unidades da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 1992-1996.

20 - Vieira, E.M.; Barbosa, R.M.; Villela, W.V. *Diafragma: Uma Escolha Positiva*. Revisão bibliográfica. Instituto da Saúde, 1988.

21 - Souza, J. W. S. *Diafragma Vaginal* Revista FEMINA / outubro/1985.

22 - *Adolescência e Saúde*. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo. 1999.

23 - PINOTTI, J. A. *Saúde da Mulher: A mulher conhecendo sua Saúde*. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo. 1996

24 - Silva, D. P.M. org. *Saúde, Sexualidade e Reprodução: Compartilhando Responsabilidades*. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1997.

