

# Método de Ovulação Billings: entre eficácia e desconhecimento

Tarcisio Padilha<sup>1</sup>, Edson Adolfo Deretti<sup>2</sup>

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 2. Centro Universitário Católica de Santa Catarina, Joinville/SC, Brasil.

## Resumo

Apesar dos grandes investimentos, os métodos artificiais de planejamento familiar ainda apresentam limitações. Desde a década de 1950, cientistas trabalham para desenvolver um método natural confiável. Este artigo revisa a literatura sobre o Método de Ovulação Billings, apontando sua lógica, sua eficácia, seus benefícios, seus desafios e suas regras. Trata-se de método natural, embasado em mais de cinquenta anos de pesquisas. Sua chave de leitura é o muco cervical, confiável indicador da fertilidade, e sua eficácia está entre 97% e 99%, comparável aos métodos mais eficazes. O método também é indicado para todo tipo de ciclo, pois não se baseia em cálculos, e sim na observação do muco. Conclui-se que no Brasil é preciso fortalecer programas que ofereçam educação sexual mais global à população, capacitando ainda profissionais da saúde a respeito dos métodos naturais de planejamento familiar.

**Palavras-chave:** Planejamento familiar. Métodos naturais de planejamento familiar. Detecção da ovulação.

## Resumen

### Método de Ovulación Billings: entre la eficacia y el desconocimiento

A pesar de las grandes inversiones, los métodos artificiales de planificación familiar todavía tienen limitaciones. Desde la década de 1950, los científicos vienen trabajando para desarrollar un método natural confiable. Este artículo revisa la literatura sobre el Método de Ovulación Billings, presentando su lógica, efectividad, beneficios, desafíos y reglas. Se trata de un método natural, basado en más de cincuenta años de investigación. Su clave es el moco cervical, un indicador confiable de fertilidad, y su efectividad está entre el 97% y el 99%, comparable a los métodos más efectivos. El Método de Ovulación Billings también es adecuado para todo tipo de ciclos, ya que no se fundamenta en cálculos, sino en la observación de mocos. Se concluye que en Brasil es necesario fortalecer programas que ofrezcan una educación sexual más global a la población, además de capacitar a los profesionales de la salud sobre métodos naturales de planificación familiar.

**Palabras clave:** Planificación familiar. Métodos naturales de planificación familiar. Detección de la ovulación.

## Abstract

### Billings Ovulation Method: between efficacy and lack of knowledge

Despite large investments, artificial family planning methods still have limitations. Since the 1950s, scientists have worked to develop a reliable natural method. This article reviews the literature on the Billings Ovulation Method, pointing out its logic, efficacy, benefits, challenges, and rules. It is a natural method, based on more than fifty years of research. Its reading key is the cervical mucus, a reliable indicator of fertility, and its efficacy is between 97% and 99%, comparable to most effective methods. Billings is also suitable for all types of cycles, as it is not based on calculations, but on the observation of the mucus. In conclusion, Brazil needs to strengthen programs that offer more global sexual education to the population, also training health professionals on natural family planning methods.

**Keywords:** Family planning (public health). Natural family planning methods. Ovulation detection.

Declararam não haver conflito de interesse.

Métodos de planejamento familiar estão presentes na história humana desde antes dos grandes avanços científicos dos últimos séculos e, apesar dos grandes investimentos nas últimas décadas, continuam a ter limitações. É o caso, por exemplo, dos efeitos colaterais causados por métodos sintéticos como pílulas anticoncepcionais, mas também de métodos naturais, como o do ritmo e da temperatura basal, que não têm suprido necessidades devido às incertezas e restrições excessivas à relação sexual<sup>1,2</sup>.

No caso de alguns casais, soma-se ao problema o ensino moral de suas tradições religiosas, particularmente aquelas para as quais a sacralidade na união sexual seria indissociável da abertura aos filhos. Assim, os fiéis, desejosos de seguir tal ensinamento, buscam métodos que não separem essas duas dimensões da sexualidade humana e, ao mesmo tempo, sejam efetivos no planejamento familiar. Esse é o posicionamento oficial da Igreja Católica, que desde o papa Pio XII (1876-1958), passando por Paulo VI (1897-1978), com a encíclica *Humanae Vitae*<sup>3</sup>, João Paulo II (1920-2005) e, recentemente, o papa Francisco (1936), com *Amoris Laetitia*<sup>4</sup>, incentiva a observação dos ritmos de fertilidade no exercício da sexualidade responsável.

No contexto da bioética, a questão da superpopulação preocupou um dos pioneiros do campo, Van Rensselaer Potter<sup>5</sup>, na década de 1970. O bioquímico, considerado há até pouco tempo o primeiro a usar o neologismo “bioética”, defendeu o controle demográfico como medida de sobrevivência da humanidade. Assim, segundo Pessini, desagradava ao bioeticista o discurso religioso que se opunha a qualquer tentativa de limitar a fertilidade<sup>6</sup>. Somado a isso, nas décadas anteriores, o avanço dos métodos contraceptivos artificiais e a possibilidade de dissociar quase por completo as questões reprodutivas das sexuais já aumentavam a desconfiança quanto aos métodos naturais disponíveis à época.

A partir desse problema e atendendo ao pedido de Maurice Catarinich, um sacerdote católico, na década de 1950 John Billings e, posteriormente, sua esposa Evelyn Billings, de Melbourne, Austrália, trabalharam em descoberta simples: a presença e as características do muco no orifício vaginal indicariam os períodos de fertilidade. James Brown, na década de 1960, e Erik Odeblad, no final da década de 1970, da Universidade de Umea, Suécia, validaram cientificamente esse achado. Desde o

início, John Billings ajudou a elaborar o “método de ovulação para planejamento familiar”, que desde a década de 1970 recebe o nome de “Método de Ovulação Billings” (MOB) em reconhecimento à sua descoberta científica. Portanto, esse é método natural de planejamento familiar, com orientação científica e eficácia comprovada<sup>2,7</sup>.

Em 27 de janeiro de 1977 foi fundada a Organização Mundial do Método de Ovulação Billings (Woomb, na sigla em inglês) a fim de propagar as informações já conhecidas<sup>1</sup>. No Brasil, o MOB começou a ser divulgado pela religiosa irmã Martha Sílvia Bhering, enfermeira obstétrica, em 1975. Um ano depois, uniu-se ao trabalho de Bhering outra freira, irmã Maria José Torres, médica que estudou o MOB em Roma, com Anna Capella. As irmãs, em parceria com a Arquidiocese de São Paulo e a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, deram início ao que atualmente é a Confederação Nacional de Planejamento Natural da Família (Cenplafam Woomb)<sup>8,9</sup>.

Apesar da conexão inicial com o catolicismo, a atuação da Cenplafam Woomb não se restringe aos fiéis católicos. No entanto, após mais de quatro décadas de divulgação no Brasil, pesquisas indicam que a maioria da população<sup>10</sup> e até mesmo profissionais da saúde<sup>11</sup> desconhecem o método. Mesmo os fiéis católicos parecem desconhecer-lo, como demonstrou recente pesquisa em uma paróquia brasileira<sup>12</sup>. De 47 entrevistados, 17 (36,2%) autoatribuíram nota zero quanto ao conhecimento sobre o MOB. Ao todo, 31 (67,4%) fiéis se atribuíram nota de 0 a 5, contra 15 (32,6%) que se qualificaram com notas entre 6 e 10<sup>12</sup>.

Dentro e fora da Igreja, observa-se certo preconceito devido ao desconhecimento do MOB, por vezes associado erroneamente ao método da “tabelinha” (método rítmico). Ainda são escassas as produções científicas brasileiras sobre o tema – busca simples no Portal de Periódicos Capes e nos indexadores Pubmed e Lilacs, pelos termos “método Billings” e “Método de Ovulação Billings” no título das produções, recupera apenas quatro artigos em português.

No entanto, oferecer métodos naturais eficazes, seja qual for o motivo que leva a paciente (ou o casal) a procurá-los, está em sintonia com o consenso internacional estabelecido, por exemplo, pela Conferência do Cairo (1994), que reconhece o direito humano ao planejamento familiar<sup>13</sup>. Nacionalmente, pode-se

citar ainda a Lei 9.263/1996<sup>14</sup>, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil e o declara direito de todo cidadão<sup>15</sup>.

Tal direito encontra respaldo nos princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, postulados por Beauchamp e Childress<sup>16</sup>. Destaca-se sobretudo o respeito à autonomia, cujo princípio estabelece o dever do profissional da saúde de informar o paciente para que suas decisões não sejam controladas nem limitadas. Ou seja, no contexto que aqui interessa, a escolha do método de planejamento familiar a ser empregado diz respeito somente à paciente (ou ao casal).

Considerando tal panorama, objetiva-se, por meio de revisão de literatura, descrever a lógica do MOB e distinguir as fases do ciclo menstrual em relação com o planejamento familiar, apontando a eficácia, os benefícios e desafios do método, para por fim elencar as regras para seu funcionamento adequado.

### Muco, chave de leitura do método

Os métodos naturais de planejamento familiar (também chamados de “comportamentais”, “diagnóstico da fertilidade” ou “regulação natural da fertilidade”)<sup>17</sup> consideram as alterações fisiológicas da mulher no decurso do ciclo menstrual e a vida útil do espermatozoide. Assim, fundamentam-se na periodicidade da fertilidade e infertilidade humana, no fato de a mulher ovular apenas uma vez em cada ciclo, na capacidade limitada do óvulo de ser fertilizado (apenas de 12 a 24 horas após a ovulação), na vida útil reduzida do espermatozoide (de três a cinco dias após a ejaculação) e na possibilidade de a mulher monitorar seu ciclo<sup>18</sup>.

Diante disso, as chances de a relação sexual resultar em gravidez variam conforme a ovulação da mulher: 4% de chance se a relação sexual ocorrer cinco dias antes da ovulação; de 25% a 28% se ocorrer nos dois dias antes da ovulação; de 8% a 10% nas 24 horas após a ovulação; e virtualmente nula nos demais dias do ciclo menstrual<sup>18</sup>.

O MOB apoia-se no significado do muco cervical – *secreção contendo água, sais minerais inorgânicos, células epiteliais, leucócitos e uma mistura de glicoproteínas (mucina) (...) produzida pelas células que revestem a cérvix (colo do útero)*<sup>19</sup>. Esse muco só foi compreendido pelo universo científico

no século XX (embora tribos africanas já o interpretassem há gerações)<sup>2</sup>. Ele torna a vagina menos ácida e cria espécie de duto de passagem dos espermatozoides para o útero. Estudos como o de Odeblad<sup>20</sup> comprovaram que a presença do muco é indispensável para a concepção.

De fato, no decorrer dos dias férteis, a mulher produz secreção mucosa proveniente das glândulas do colo uterino. Nesse caso, o muco anuncia a proximidade da ovulação. Portanto, se orientada, a mulher pode reconhecer esse sinal de fertilidade e, em acordo com o parceiro, decidir ter relações ou abster-se delas, conforme o desejo de gestar ou não<sup>1</sup>.

Estudo realizado com 22 mulheres para determinar se eram capazes de prever e identificar sintomaticamente sua ovulação demonstrou, a partir de análise laboratorial de hormônio luteinizante do plasma, estrógenos e pregnanodiol urinários, que a ovulação aconteceu em média 0,9 dia depois da ocorrência do sintoma-pico (dia-ápice) do muco anotado pelas usuárias. Os primeiros sintomas mucosos começaram a aparecer em média de seis a dois dias antes da ovulação. Assim, a pesquisa comprovou que as observações do muco fornecem base segura para método de planejamento familiar<sup>21</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>7</sup> conduziu avaliação clínica multicêntrica prospectiva do MOB na Índia, nas Filipinas, na Nova Zelândia, na Irlanda e em El Salvador. Entre os achados, observou-se que 93% das mulheres constataram padrão reconhecível do muco já no primeiro ciclo observado.

Desse conhecimento depreende-se, em linhas gerais, o princípio para evitar uma gestação: presença do muco é sinal de possível fertilidade, logo deve-se evitar a relação sexual, completa ou incompleta<sup>22</sup>. Mesmo com a variação pessoal do ciclo, o período de fertilidade não é extenso a ponto de exigir níveis inalcançáveis de abstinência sexual. Por outro lado, o princípio inverso é amplamente benéfico para quem deseja uma gestação, pois a relação sexual nos dias com presença do muco potencializa a probabilidade de fecundação.

### Características do muco

Inicialmente, o muco se caracteriza por ser pegajoso e filamentosos. Outro sinal é a presença de coágulo de muco escuro (espécie de tampão do colo uterino que se desprende no início do período

fértil e abre a passagem para o útero). Além da observação ocular, esse fluido pode ser percebido pela sensação de umidade no canal vaginal<sup>2</sup>.

No decorrer dos dias férteis, o muco se torna *menos espesso e mais claro, filamentosos e abundante (...) como fios de clara de ovo cru, liso ou escorregadio*<sup>23</sup>. Pode aparecer pouco rosado, cor de café, vermelho ou amarelo, com cheiro característico, acompanhado por inchaço e aumento de volume dos tecidos da vulva e do desejo sexual<sup>1</sup>.

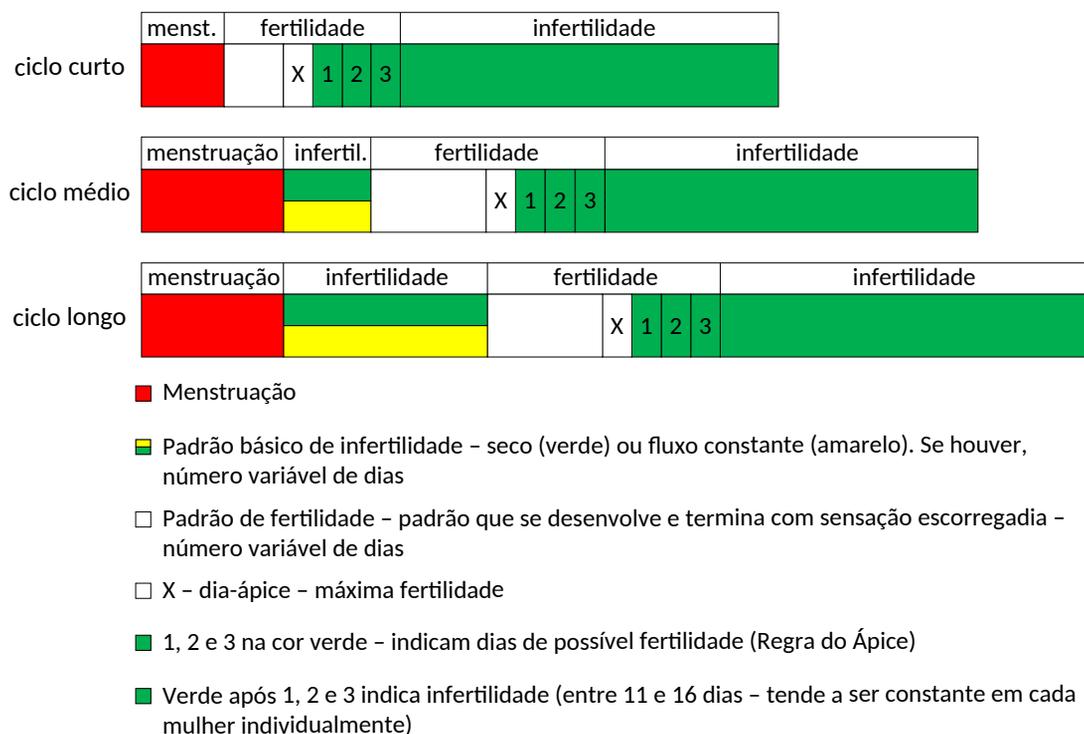
Essa evolução do muco fértil se dá à medida que se aproxima a ovulação. Começa em pequena quantidade, espesso, de cor mais esbranquiçada, viscoso e com a qualidade de manter sua forma (sem elasticidade); ao progredir, apresenta-se muco de transição, em maior quantidade, que começa a se afinar e se torna mais translúcido, levemente elástico; no ápice da fertilidade, o muco é profuso, fino, transparente e elástico<sup>2</sup>. Apesar dessa descrição, a mulher não precisa manusear o muco, pois, para as observações diárias, basta se atentar à sensação de lubrificação no canal vaginal e/ou identificar a presença do muco na roupa íntima ou no

momento da higiene pessoal. É importante ressaltar que nem todas as mulheres podem ter muco visível, e por isso são treinadas a perceber sua evolução por meio da sensação vulvar<sup>1,2</sup>.

### Ciclo menstrual

Para compreender o MOB, é preciso conhecer bem o ciclo menstrual feminino, que pode ser dividido, basicamente, em quatro períodos<sup>24</sup>: menstrual, infértil, fértil e infértil (Figura 1). O período menstrual dura em média cinco dias, com fluxo variável. O infértil é marcado por padrão básico de infertilidade (PBI), se houver, pois nem toda mulher conta com esse período. Além disso, sua duração pode oscilar, inclusive para a mesma mulher, devido a fatores externos, como estresse. Já o período fértil apresenta padrão marcado pela presença de muco fértil. Nesse período, a ovulação é identificada pelo dia-ápice, ao qual se seguem três dias de possível fertilidade. Por fim, o período infértil se refere à fase pós-ovulatória, que costuma durar de 11 a 16 dias (invariável para uma mesma mulher).

**Figura 1.** Desenvolvimento da fertilidade feminina durante o ciclo menstrual e o Método de Ovulação Billings



Fonte: adaptada de Billings<sup>25</sup>.

### Período menstrual

Na adolescência ou na pré-menopausa, em desmame ou ao deixar a pílula, mulheres podem apresentar ciclos irregulares e serem normalmente férteis. Todavia, mesmo nesses casos o MOB pode ser utilizado como nos ciclos tidos por “regulares”<sup>1</sup>.

O sangramento vaginal marca o começo do ciclo menstrual, que persiste por cerca de quatro a cinco dias (com possíveis variações). Nessa fase, os ovários estão pouco ativos e, conseqüentemente, há baixa quantidade de hormônios femininos (estrógeno e progesterona) circulando no sangue<sup>2</sup>. Apesar disso, em ciclos menstruais muito curtos, pode sobrevir simultaneamente a menstruação e o período fértil. Por isso, recomenda-se abstinência nos dias de maior fluxo sanguíneo, que pode camuflar os sinais de fertilidade (surgimento e progressão das características do muco)<sup>1,2</sup>.

### Possível primeiro período infértil: padrão básico de infertilidade

Após o período menstrual, pode advir o primeiro sinal de infertilidade, seguramente identificável já no primeiro mês de observação. Trata-se da sensação de secura no canal vaginal, que caracteriza o PBI tipo seco. Porém, se ao invés de secura se constata muco espesso e em quantidade pequena, por vezes pegajoso e contínuo, sem alteração, trata-se de PBI de fluxo. Nesse último, pode ser preciso mais de um ciclo para distinguir a mudança do muco infértil para o muco fértil<sup>2</sup>.

Em ciclos típicos de 28 dias, ambos os padrões, PBI seco ou de fluxo, persistem, em média, de dois a três dias após a menstruação. Por outro lado, em alguns ciclos longos (...) pode haver muco diariamente ou sucessão de 3 ou 4 ou mesmo mais dias em que o muco está presente, separados por dias em que não há muco. Quando houver muco a cada dia, aquele muco que permanecer o mesmo, dia após dia, é um padrão básico de infertilidade (...). Quando os dias secos e os dias com muco ocorrem intermitentemente, e o muco é igual sempre que está presente, durante 2 semanas de observações, (...) tem[-se] um padrão básico de infertilidade combinado de dias secos e dias com muco<sup>26</sup>.

### Período fértil

O término do PBI seco ou de fluxo e a entrada no período fértil são identificáveis pelo

aparecimento do muco fértil na região da vulva. No tempo certo, ainda na fase pré-ovulatória, o hipotálamo comunica-se com a glândula hipofisária, responsável por produzir hormônios que agem sobre os ovários. Os folículos, presentes nos ovários e portadores de um óvulo primitivo, desenvolvem-se e produzem outro hormônio do tipo estrógeno, o estradiol, que ativará a cérvix (colo uterino) para produzir muco<sup>2</sup>.

É nesse período que o aumento de hormônios leva à produção do muco mais fértil, indispensável à concepção porque auxilia os espermatozoides, mantendo-os capazes de fertilizar, facilitando seu movimento e formando canais protetores e nutritivos para que eles subam até as tubas uterinas. Além disso, o muco obstrui espermatozoides com defeitos.

Os demais processos da ovulação alteram significativamente as características do muco e elevam a temperatura do corpo. Ambas as alterações podem ser observadas<sup>24</sup>. Segundo McKay, *as características do muco cervical mudam visivelmente, com modificações nos níveis de estrógeno e progesterona no ciclo, e isto ajuda a mulher a perceber quando ela pode estar fértil e quando pode não estar*<sup>27</sup>.

Essa progressão do muco é observável até que haja mudança abrupta das características que o definem como fértil. Essa mudança traz significado importante, pois sinaliza que a ovulação aconteceu no dia anterior, chamado de “dia-ápice” ou “pico de fertilidade”<sup>28</sup>. Odeblad acrescenta que em 80% dos ciclos esse é o dia da ovulação<sup>29</sup>.

Bhering e Kajiyama comentam outras pesquisas que debatem a ovulação: *partindo do princípio de que a mulher somente é fértil um ou dois dias no ciclo, dia da ovulação, o método da ovulação aplicado adequadamente torna possível o planejamento familiar consciente, livre e responsável. Isto porque o óvulo é viável de um a dois dias e o espermatozoide tem poder fecundante dois a três dias (...), enquanto para Langman, o óvulo é viável apenas 24 horas (...). Para Hume o ápice do sintoma mucoso ou coincide com a ovulação ou a precede um dia*<sup>30</sup>. Contudo, o doutor James Brown confirmou por meio de dosagens hormonais que a fase fértil do ciclo (“a janela da fertilidade”) começa quando se pode reconhecer a primeira mudança nas características do fluxo a partir de um PBI<sup>31</sup>. Isso demonstra que a fertilidade não pode considerar apenas a vida do óvulo ou do espermatozoide, precisa antes de tudo considerar o ambiente, o muco cervical.

Vale advertir que a mulher não ovula necessariamente no dia de maior quantidade de muco, e por isso é importante observar as características desse muco, em especial a sensação de lubrificação. Em ciclos de duração entre 23 e 35 dias, a fase fértil persiste por aproximadamente cinco dias. Mesmo em casos de ciclos mais longos ou mais curtos, mantém-se essa mesma média<sup>2</sup>.

Num ciclo, normalmente apenas um folículo chega à maturidade para possível concepção. No entanto, em qualquer ciclo a ovulação ocorre apenas em um dia, isto é, quando o óvulo deixa o ovário e está pronto para ser fecundado<sup>1</sup>. Portanto, para a fertilização, é necessário que um espermatozoide perfure a barreira do óvulo em menos de um dia após a ovulação. Caso contrário, o óvulo morre e se desintegra.

### Período infértil: fase pós-ovulatória

Se a fecundação não ocorre no período de viabilidade do óvulo e um intervalo de três dias (“regra do ápice”) de abstinência sexual é respeitado após o pico de fertilidade, a chance de gestação se reduz a zero e o casal pode ter relações sexuais sem restrições por um período de 11 a 16 dias de infertilidade<sup>1</sup>.

Depois desses dias, o endométrio descama e inicia-se um novo ciclo, com nova menstruação. No entanto, nem todo sangramento indica que houve ovulação (ciclo anovulatório), pois quantidade menor de hormônios pode formar o endométrio e não ser suficiente para provocar ovulação (comum enquanto há amamentação exclusiva e em livre demanda)<sup>2</sup>.

### Eficácia

Segundo Hansche<sup>32</sup>, estudos – como a já mencionada pesquisa da OMS<sup>7</sup>, que indicou eficácia do MOB em aproximadamente 98,5% – apontam que, se seguido corretamente, um método natural de planejamento familiar como o MOB pode ser tão eficaz quanto os métodos artificiais mais comuns. A respeito desse estudo da OMS<sup>7</sup>, Malagodi e Braga afirmam que *a importância dessa pesquisa não deve ser minimizada, pois não foi encomendada pela Igreja, nem promovida por empresas interessadas em vender algum produto, nem se*

*restringiu a um estudo pequeno e limitado. Essa foi uma pesquisa multinacional e multicultural, coordenada pela OMS, com duração de quatro anos*<sup>33</sup>.

Outra pesquisa, dessa vez nos Estados Unidos, indicou que o MOB tem eficácia no primeiro ano de 97%, contra 96% e 95% para os métodos dos dois dias e da tabela, respectivamente<sup>34</sup>. No Brasil, ao visitar centro de planejamento familiar da Cenplafam, Ricci<sup>35</sup> constatou que, entre 200 casais usuários do método, não havia nenhuma gravidez indesejada.

Vale citar o estudo-piloto de Klaus e colaboradores<sup>36</sup>, que seguiu rigorosamente os métodos de Tietze e Lewit<sup>37</sup> para coleta e apresentação de dados. Foram acompanhadas 135 mulheres instruídas no MOB, às quais se perguntava, toda vez que ocorria uma gravidez, se estavam seguindo corretamente as regras. Conforme as respostas, as falhas foram classificadas em “biológicas” (falha do método) ou “pessoais” (falha da usuária). As taxas de falhas biológicas, em 12 e 24 meses, foram de 0,072% e 0,517%, respectivamente. As falhas pessoais atingiram 1,23% e 1,38% em 12 e 24 meses, respectivamente.

Para obter a taxa total de gravidez acidental, costuma-se somar as falhas biológicas e pessoais. Mesmo assim, os valores continuam baixos – 1,30% em 12 meses e 1,896% em 24 meses – em comparação com as mais baixas taxas de outros métodos (lembrando que o uso de métodos convencionais também é suscetível a falhas pessoais). Assim, considera-se que o MOB poderia ser incluído na categoria “mais eficaz” de Tietze<sup>38</sup>.

Ainda a partir dos dados de outras pesquisas, Bhering e Kajiyama<sup>8</sup> afirmam que o índice de falha do MOB é baixo, e sua principal variável é o comportamento sexual. Logo, segundo Uchimura e colaboradores, *quando o método Billings é usado corretamente, a chance de gravidez não intencional varia entre 1 e 3% em 12 meses, e corroborando com estes dados, estudo longitudinal prospectivo revelou que a probabilidade de concepção a partir de intercurso [relação sexual] ocorrido fora do período definido como fértil pelo método foi de 0,4%*<sup>39</sup>.

Do mesmo modo como em outros métodos, este está condicionado ao fator humano, ou seja, sua eficácia dependerá da correta observação do muco e da fidelidade às regras. A partir desses e de outros estudos, conclui-se que o MOB tem a mesma – e por vezes até maior – eficácia que a de

outros métodos de planejamento familiar considerados altamente eficazes.

### Benefícios

Além do fator eficácia, o MOB se destaca por ser facilmente aprendido. A já citada pesquisa da OMS<sup>7</sup> abrangeu inclusive pessoas analfabetas. Ademais, o método não implica custos dispendiosos em curto nem em longo prazo, como acontece com outros<sup>24</sup>.

Em condições fisiológicas normais, o MOB dispensa medicamentos ou dispositivos, bastando observar e interpretar os sinais do muco<sup>2</sup>. E, ao contrário dos outros métodos mais tradicionais deste tipo, o método da ovulação não exige cálculos de calendários nem leituras de temperatura basal. Baseia-se tão somente na maneira pela qual o muco cervical – que a maioria das mulheres reconhece como seu corrimento vaginal normal – varia nas diferentes etapas do ciclo menstrual<sup>27</sup>. Disso infere-se que, para mulheres sem disfunções reprodutivas – e atendo-se à questão contraceptiva, sem considerar aspectos relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo –, o MOB dispensa uso combinado de outros métodos.

Em relação à participação do homem no planejamento familiar, pesquisa demonstrou a importância do parceiro na vivência do MOB: *Observou-se que a união do casal na execução do método é um fator motivador e determinante para utilização. As entrevistadas relataram o apoio do cônjuge nas anotações diárias das sensações percebidas, promovendo diálogo, tornando o homem corresponsável e protagonista no planejamento da família*<sup>40</sup>.

Ademais, há relatos de que o MOB ajuda a estabelecer a harmonia física e mental do casal<sup>41</sup> e apresenta importantes benefícios sociais na promoção da fidelidade e harmonia matrimonial e em encorajar relacionamentos monogâmicos entre os casais sexualmente ativos, que é a educação essencial requerida para reduzir a epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids)<sup>39</sup>.

Somam-se a isso vantagens como: reconhecimento de problemas ginecológicos normais e anormais; adequação à moral e aos valores cristãos; e dispensa de médicos ou outros recursos escassos em países em desenvolvimento<sup>8</sup>. Para seguidores do ensino moral católico (e de outras doutrinas semelhantes), o MOB *assegura as duas dimensões*

*do ato sexual: unitiva e procriativa, compreendido como um verdadeiro “projeto de vida a dois”*<sup>42</sup>.

Outras vantagens do método são: baixo custo; inexistência de efeitos colaterais; adequação a todas as fases da vida reprodutiva da mulher, desde a adolescência até a proximidade da menopausa, ao abandonar a pílula ou ao amamentar, seja em ciclos “regulares” ou irregulares; preservação da sensibilidade (o que não ocorre com preservativos); ausência de complicações como as causadas por diafragmas e dispositivos intrauterinos<sup>8</sup>; e sentimento de satisfação da mulher – pela sintonia com os ritmos do corpo – e, em consequência, de seu cônjuge. Todos esses aspectos fazem do MOB muito adequado para a realidade brasileira<sup>43</sup>.

Segundo Ricci, os monitores da Cenplafam Woomb divulgam, além do planejamento familiar, outros temas altamente benéficos, como *educação e orientação sexual, medicina alternativa, orientação para o parto normal (considerando o parto cesáreo como meio extraordinário), amamentação, exercícios para uma gravidez mais tranquila e saudável, pré-natal etc.*<sup>42</sup> Desse modo, o método corresponde às expectativas de autores que defendem a importância de o planejamento familiar abranger a saúde reprodutiva. Pessini e Barchifontaine apontam que, *segundo as palavras do Plano de Ação do Cairo, isso significa o direito à informação e acesso a métodos seguros, baratos e inofensivos para a regulação da fertilidade*<sup>44</sup>.

Enfim, por ser natural, e portanto favorável à saúde e ao autoconhecimento da mulher, pode-se afirmar que o MOB contribui para o empoderamento feminino, superando uma *política controladora, na qual a mulher exerce um papel muito mais de objeto do que de sujeito da sua história sexual e reprodutiva*<sup>43</sup>. O MOB encontra respaldo e apresenta-se para algumas pacientes (ou melhor, para os casais) como o método de planejamento familiar que mais está de acordo com os princípios bioéticos de não maleficência e beneficência.

### Desafios

Nenhum método oferece apenas benefícios. Da mesma forma, o MOB tem seus desafios, entre eles a qualidade do ensino para seu bom entendimento e uso (são necessários instrutores experimentados), a motivação e cooperação do casal

(fator mais importante no MOB do que em outros métodos) e a certeza do que se quer (porque se mantiverem relações sexuais em dias férteis, ou praticarem outros desvios, dificilmente obterão sucesso)<sup>2</sup>. Nesse aspecto, é preciso já ser capaz de exercer plenamente a sexualidade. Essa capacidade consiste na atitude para gozar a mútua troca amorosa, mas também para abster-se dela, quando necessário, sem dramas, tratando-se de escolha livre<sup>45</sup>.

Além disso, possível desvantagem seria a interferência na espontaneidade sexual, exigindo abstinência periódica e modificação de comportamento sexual<sup>46</sup> (por isso casais mais estáveis acolhem e seguem o método mais facilmente). Contudo, pesquisa apontou que 318 de 371 (86%) dos participantes não acharam demasiada ou difícil no casamento a abstinência exigida<sup>47</sup>. Outra pesquisa, mais recente, obteve resultado mais significativo: nenhuma das suas 113 entrevistadas considerou a abstinência empecilho para aceitar o método<sup>11</sup>. Ainda outra pesquisa qualitativa observou que, para as mulheres entrevistadas, a abstinência periódica não foi considerada problema: Ao contrário, esta pode acarretar mais liberdade ao casal, no intuito de mostrar que a união do casal não está apenas fundamentada no sexo; assim, juntos, eles podem decidir o momento mais adequado de terem relações sexuais<sup>48</sup>.

Ademais, não se deve descartar a necessidade de verdadeira educação sexual, especialmente entre jovens<sup>43</sup>. De fato, a educação sexual, no contexto do planejamento familiar, pode propiciar os meios adequados para aqueles que não querem ter filhos, mas desejam manter uma vida sexual ativa<sup>49</sup>.

Por fim, a falta de conhecimento por parte de ginecologistas, formados em cultura que ignora métodos naturais e incentiva a medicalização, constitui verdadeiro obstáculo para a divulgação e o uso do MOB<sup>24</sup>. Apesar de o Ministério da Saúde<sup>50</sup> determinar que profissionais da saúde informem pacientes sobre todas as opções viáveis de concepção e contracepção, a já citada pesquisa de Uchimura e colaboradores<sup>11</sup> revelou que apenas 5,1% das entrevistadas afirmaram que seu médico já lhes havia oferecido métodos naturais de planejamento familiar.

A partir desses dados, os pesquisadores concluem que poucos médicos oferecem a seus pacientes planejamento familiar natural, e a maioria

subestima a eficácia de tais métodos<sup>11</sup>. No entanto, se profissionais de saúde tivessem maior conhecimento sobre a real eficácia do método e o oferecessem para suas pacientes, a discrepância encontrada entre aceitação/interesse pelo método e seu real uso seria atenuada. Apesar das políticas de planejamento familiar mencionadas, negligências ocorrem nos serviços de atenção primária, onde não há definição de papéis dos profissionais que compõem a equipe, percebendo-se uma distância entre o que está proposto pelo MS [Ministério da Saúde] e o que é prática no Programa Saúde da Família<sup>43</sup>. Assim, veem-se ignorados os direitos à informação e à escolha, preconizados pelo princípio bioético do respeito à autonomia do paciente.

## Normas gerais

Visando atenuar o desconhecimento mencionado na seção anterior, cabe apontar que o MOB recomenda normas gerais para evitar ou obter gestações. A primeira regra para impedir a concepção, de fundamental importância, é a de, nos dias de abstinência, evitar não apenas o coito, mas todo contato genital (o que não inclui evitar outras expressões de amor, essenciais para manter o relacionamento sadio)<sup>2</sup>. Isso porque a excitação sexual do homem – mesmo que ele não ejacule – pode produzir secreções que podem conter espermatozoides, os quais podem ser transportados pelo muco fértil de fora da vagina, assim podendo ocorrer a concepção<sup>51</sup>.

Em síntese, são quatro as regras gerais para evitar a gestação. Elas são muito simples e podem ser divididas didaticamente em dois blocos (“regras dos primeiros dias” na fase pré-ovulatória e “regra do ápice” na fase pós-ovulatória):

### As Regras dos Primeiros Dias

**Regra 1:** Evite as relações nos dias de forte sangramento durante a menstruação.

**Regra 2:** Noites alternadas são disponíveis para relações quando estes dias forem reconhecidos como inférteis (padrão básico de infertilidade).

**Regra 3:** Evite as relações em qualquer dia de muco ou sangramento que interrompa o padrão básico de infertilidade. Permita três dias de PBI depois, antes de reiniciar as relações na noite do 4º dia. Regra 2 continua.

### A Regra do Ápice

*Quando o ápice é identificado, seguindo uma mudança do PBI, a Regra do Ápice é aplicada. Desde o início do quarto dia após o ápice, até o final do ciclo, a relação sexual está disponível todos os dias, a qualquer hora*<sup>52</sup>.

Na menstruação, portanto, o coito deve ser evitado. O objetivo é que sinais de fertilidade não sejam ocultados por sangramento, pois em alguns ciclos curtos a ovulação pode acontecer no período menstrual ou imediatamente após. A mesma orientação é válida para qualquer dia de sangramento antes mesmo do início da menstruação (acrescido de mais três dias sem coito)<sup>1,2</sup>.

Após a menstruação, pode manifestar-se o PBI seco ou de fluxo. Nesses poucos dias sem variações, aplica-se a regra dos primeiros dias. Nesse período, as relações sexuais são liberadas somente à noite e, para maior segurança, em noites alternadas, a fim de facilitar a observação do muco durante o dia. Mudanças podem indicar fertilidade, por isso, ao constata-las, deve-se evitar relações por três dias, nos quais será possível observar a entrada no período fértil ou a continuidade do PBI<sup>2</sup>.

A entrada nos dias férteis é marcada por mudanças de *quantidade, cor, viscosidade, filamentosidade ou umidade do muco*<sup>53</sup>. Nesses dias, até o terceiro dia após o ápice, não se deve ter relações sexuais: *O MOB acrescenta três dias depois do dia ápice para ter 100% de segurança de que os dias inférteis pós-ovulatórios foram alcançados*<sup>31</sup>.

Após o quarto dia do ápice começa novo período de infertilidade, que persistirá até a próxima menstruação. Como o óvulo já está morto, a possibilidade de gestação é zero, e portanto as relações sexuais estão liberadas todos os dias e em qualquer momento<sup>2</sup>.

A partir do conhecimento dos dias de maior fertilidade, o MOB é utilizado também como meio para conseguir engravidar, especialmente quando o casal tem problemas de infertilidade. A regra é simples: vigiar os sinais de fertilidade e ter relações sexuais nos dias de muco fértil<sup>1,2</sup>.

### Considerações finais

O artigo remontou às origens do MOB e evidenciou seu desenvolvimento após mais de cinquenta

anos de pesquisas. A chave de leitura do método é o muco cervical, que funciona como indicador confiável de fertilidade, auxiliando na identificação fácil, gratuita e segura da ovulação. O método usa esse significado do muco para auxiliar casais a reconhecer seus ciclos de fertilidade e, assim, exercer a sexualidade com responsabilidade, planejando a paternidade e a maternidade.

O principal benefício do MOB – e o mais esperado de qualquer método – é a alta eficácia (entre 97% e 99%, comparável à maioria dos métodos convencionais<sup>36,54</sup>). Tal resultado se contrapõe a qualquer senso comum que identifique o método erroneamente com a “tabelinha” (método rítmico), julgando-o suspeito.

Ademais, com orientação adequada, é fácil aprender o método e identificar rapidamente o padrão de muco. Para tanto, não é necessário repouso (como nos métodos da temperatura basal e sintotérmico) nem manuseio do muco cervical; basta sentir o progresso da lubrificação. O MOB é indicado para todas as mulheres, pois não depende da quantidade de dias de um ciclo menstrual (longos ou curtos) ou de sua regularidade de um mês para outro. Isso ocorre porque o método não se baseia em cálculos e previsões, mas sim na observação diária do muco.

O método também não requer auxílio de medicamentos e outros dispositivos, favorecendo o autoconhecimento feminino e, conseqüentemente, a saúde reprodutiva. Em última instância, o MOB fornece meios de empoderar a mulher e beneficia o diálogo entre o casal, com participação mais efetiva do homem no planejamento familiar. Por fim, trata-se de método admitido por diversas tradições religiosas, entre elas o catolicismo.

Convém explicitar que o MOB não está isento de desafios, que podem ser mais ou menos relevantes a depender do casal. Entre esses desafios estão a qualidade do ensino sobre o método, a educação sexual precária (em muitas famílias, a educação sexual, quando ocorre, resume-se apenas à recomendação de usar preservativo), a motivação do casal para o exercício periódico da abstinência sexual, o desconhecimento do método por parte dos profissionais da saúde e, enfim, a mentalidade imperante da medicalização (afinal, não é mais fácil tomar um comprimido?).

Para concluir, embora os benefícios do MOB pareçam se sobressair aos desafios, constata-se que, para que esse e outros métodos de planejamento familiar natural sejam mais conhecidos e adotados, é urgente no Brasil criar e promover programas, na área da saúde e em outras áreas, que ofereçam educação sexual mais global à população. Além disso, urge capacitar profissionais da saúde para que forneçam informações seguras e precisas sobre todos os métodos de contracepção disponíveis (dentre eles os métodos modernos de planejamento familiar natural), de modo imparcial e sem preconceitos, como requer o princípio bioético da justiça. Feita a opção da paciente (ou do casal), o profissional deve respeitá-la, como versa o princípio da autonomia.

*Agradecemos à dra. Maristela Zoboli Pezzucchi e à dra. Heloisa Pereira, presidente e vice-presidente da Confederação Nacional de Planejamento Natural da Família, pela generosa colaboração na revisão final do artigo.*

## Referências

1. Wilson MA. Controle da natalidade pelo método da ovulação. São Paulo: Paulinas; 1982.
2. Billings EL, Westmore A. O método Billings: controle da fertilidade sem drogas e sem dispositivos artificiais. São Paulo: Paulus; 2013.
3. Paulo VI. Carta encíclica Humanae Vitae de Sua Santidade o papa Paulo VI sobre a regulação da natalidade. 8ª ed. São Paulo: Paulinas; 1968.
4. Francisco. Amoris Laetitia: sobre o amor na família: exortação apostólica pós-sinodal do papa Francisco. São Paulo: Paulinas; 2016.
5. Potter VR. Bioética: ponte para o futuro. São Paulo: Loyola; 2016.
6. Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2013 [acesso 4 fev 2021];21(1):9-19. p. 13. DOI: 10.1590/S1983-80422013000100002
7. World Health Organization. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning: II: the effectiveness phase. Fertil Steril [Internet]. 1981 [acesso 11 mar 2021];36(5):591-8. DOI: 10.1016/s0015-0282(16)45856-5
8. Bhering MS, Kajiyama H. Planejamento familiar: método da ovulação "Billings". Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1980 [acesso 23 ago 2018];14(3):257-63. DOI: 10.1590/0080-6234198001400300257
9. Confederação Nacional de Planejamento Natural da Família. Nossa história. Cenplafam Woomb Brasil [Internet]. 2017 [acesso 15 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3rQnfha>
10. Duarte GA. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. Cad Saúde Pública [Internet]. 1998 [acesso 21 ago 2018];14(supl 1):S125-30. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000500022
11. Uchimura NS, Uchimura TT, Almeida LMM, Perego DM, Uchimura LYT. Conhecimento, aceitabilidade e uso do método Billings de planejamento familiar natural. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 [acesso 21 ago 2018];32(3):516-23. DOI: 10.1590/S1983-14472011000300012
12. Padilha T. Conhecimento, aceitabilidade e uso do Método de Ovulação Billings por fiéis católicos [Internet]. In: Anais do I Congresso Humanitas: I Congresso Internacional do PPGT e XIII Congresso de Teologia PUCPR; 29 out-1º nov 2018; Curitiba. Curitiba: PUCPR; 2019 [acesso 10 fev 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3rVuioV>
13. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 10ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.
14. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 561, 15 jan 1996 [acesso 20 fev 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3damifM>
15. Sanches MA. Planejamento familiar no contexto da bioética. In: Sanches MA, organizador. Bioética e planejamento familiar: perspectivas e escolhas. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 7-24.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2011.

17. Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2009.
18. Andrade RP. A escolha de um método anticoncepcional: o papel dos profissionais de saúde. In: Sanches MA, organizador. Bioética e planejamento familiar: perspectivas e escolhas. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 130-50.
19. Billings EL, Billings JJ, Catarinich M. Atlas Billings do Método de Ovulação: padrões de muco de fertilidade e infertilidade. São Paulo: Santuário; 1993. p. 105.
20. Odeblad E. A descoberta de diferentes tipos de muco cervical e o Método de Ovulação Billings. São Paulo: Paulus; 1996.
21. Billings EL, Billings JJ, Brown JB, Burger HG. Os sintomas e as variações hormonais que acompanham a ovulação. In: Wilson MA. Controle da natalidade pelo método da ovulação. São Paulo: Paulinas; 1982. p. 206-13.
22. Billings EL, Billings JJ, Catarinich M. Op. cit.
23. Billings EL, Westmore A. Op. cit. p. 28.
24. Malagodi EA, Braga KSM. Mulher: o último elo: uma nova e surpreendente visão da sexualidade humana. São Paulo: Paulinas; 2006.
25. Billings J. Planejamento natural da família: o método da ovulação. 13ª ed. São Paulo: Paulus; 2004. p. 26.
26. Billings EL, Billings JJ, Catarinich M. Op. cit. p. 108.
27. McKay M. O método da ovulação e a paternidade planejada. In: Wilson MA. Controle da natalidade pelo método da ovulação. São Paulo: Paulinas; 1982. p. 261-6. p. 262.
28. Billings EL, Billings JJ. Prefácio. In: Brown JB. Estudos sobre a reprodução humana: atividade ovariana, fertilidade e o Método de Ovulação Billings. São Paulo: Canção Nova; 2009. p. 7-14.
29. Odeblad E. Op. cit. p. 5.
30. Bhering MS, Kajiyama H. Op. cit. p. 259.
31. Brown JB. Estudos sobre a reprodução humana: atividade ovariana, fertilidade e o Método de Ovulação Billings. São Paulo: Canção Nova; 2009. p. 22.
32. Hansche WJ. Avaliação estatística das técnicas contraceptivas. In: Wilson MA. Controle da natalidade pelo método da ovulação. São Paulo: Paulinas; 1982. p. 168-82.
33. Malagodi EA, Braga KSM. Op. cit. p. 187.
34. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. Contraceptive technology. 20ª ed. rev. New York: Ardent Media; 2011. p. 779-863.
35. Ricci LAL. Planejamento familiar à luz da ética teológica. In: Sanches MA, organizador. Bioética e planejamento familiar: perspectivas e escolhas. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 88-110.
36. Klaus H, Goebel J, Woods RE, Castles M, Zimny G. Use-effectiveness and analysis of satisfaction levels with the Billings Ovulation Method: two-year pilot study. *Fertil Steril* [Internet]. 1977 [acesso 11 mar 2021];28(10):1038-43. DOI: 10.1016/S0015-0282(16)42851-7
37. Tietze C, Lewit S. Use-effectiveness of oral and intrauterine contraception. *Fertil Steril* [Internet]. 1971 [acesso 11 mar 2021];22(8):508-13. DOI: 10.1016/S0015-0282(16)38405-9
38. Tietze C. Ranking of contraceptive methods by levels of effectiveness. *Adv Plan Parent*. 1971;6(1):117-23.
39. Uchimura NS, Uchimura TT, Almeida LMM, Perego DM, Uchimura LYT. Op. cit. p. 517.
40. Santos EV, Frazão RCMS, Oliveira SC. Sentimento de mulheres em relação ao uso do Método de Ovulação Billings. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [acesso 20 ago 2018];18(1):11-8. p. 14. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000100003
41. Bhering MS, Kajiyama H. Op. cit. p. 258.
42. Ricci LAL. Op. cit. p. 102.
43. Uchimura NS, Uchimura TT, Almeida LMM, Perego DM, Uchimura LYT. Op. cit. p. 521.
44. Pessini L, Barchifontaine CP. Op. cit. p. 279.
45. Galli N. Educação sexual. In: Goffi T. Dicionário de teologia moral. São Paulo: Paulus; 1997. p. 336-45. p. 343.

46. Bhering MS, Kajiyama H. Op. cit. p. 261.
47. Dolack L. Estudo confirma os valores do método da ovulação. In: Wilson MA. Controle da natalidade pelo método da ovulação. São Paulo: Paulinas; 1982. p. 252-60. p. 258.
48. Santos EV, Frazão RCMS, Oliveira SC. Op. cit. p. 15.
49. Sanches MA, Simão-Silva DP. Planejamento familiar: do que estamos falando? Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 23 ago 2018];24(1):73-82. p. 79. DOI: 10.1590/1983-80422016241108
50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico [Internet]. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 11 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3tF40YO>
51. Wilson MA. Op. cit. p. 64.
52. Billings EL. Ensinando o Método de Ovulação Billings: parte 1: a correlação dos eventos fisiológicos do ciclo reprodutivo feminino com as observações feitas na vulva. São Paulo: Paulus; 2009. p. 12-3.
53. Billings EL, Westmore A. Op. cit. p. 40.
54. Pessini L. Op. cit.

**Tarcisio Padilha** – Mestre – [tarcisio.padilha@catolicasc.org.br](mailto:tarcisio.padilha@catolicasc.org.br)

 0000-0001-5262-1368

**Edson Adolfo Deretti** – Doutor – [edson.deretti@catolicasc.org.br](mailto:edson.deretti@catolicasc.org.br)

 0000-0003-4542-5718

#### Correspondência

Tarcisio Padilha – Rua Serra Azul, 715 CEP 89224-481. Joinville/SC, Brasil.

#### Participação dos autores

Tarcisio Padilha concebeu o projeto e realizou a pesquisa sob orientação de Edson Adolfo Deretti.

**Recebido:** 6.6.2019

**Revisado:** 29.1.2021

**Aprovado:** 6.2.2021