

Esterilização Feminina: Indicação

*Autoria: Sociedade Brasileira de Medicina de
Família e Comunidade
Sociedade Brasileira de Genética Médica
Federação Brasileira das Associações de
Ginecologia e Obstetrícia*

Elaboração Final: 30 de maio de 2009

Participantes: Bareiro AOG, Wagner HL, Stein AT, Castro Filho ED,
Alonso LG, Melo NR

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Foram consultadas as bases de dados MEDLINE, por meio do PubMed, a base de dados Cochrane de Revisões Sistemáticas, por meio da BVS, as bases de dados secundárias Uptodate e Dynamic Medical. A estratégia de busca para a consulta na base de dados MEDLINE foi estruturada na forma de PICO (Paciente, Intervenção, Controle e *Outcome* ou Desfecho), resultando na seguinte sintaxe: *Tubal Ligation AND (Sterilization Reversal OR Patient Satisfaction OR Consumer Satisfaction OR Adverse Effects OR Patient Care Team)*. Foram acrescentados os seguintes filtros: *English, Spanish, Portuguese, Male, Female, Humans, Bioethics*, que resultaram em 156 artigos. Pelo título, foram selecionados os 61 artigos de maior relevância. Estes foram classificados pela sua força de evidência, segundo as normas do *Oxford Centre for Evidence Based Medicine*. Finalmente, foram escolhidas 15 referências. Com a estratégia de *vasectomy* ou vasectomia, buscou-se na base secundária do Cochrane, Dynamicmedical (Dynamed) e no UpToDate, foram escolhidas duas referências. O estudo original de coorte, multicêntrico, realizado pela força tarefa americana sobre esterilização (vasectomia e laqueadura) não foi obtido, somente aqueles que se valeram dos seus dados. Este fato resultou no rebaixamento do grau de recomendação para “D” na maioria dos casos. Critérios de Inclusão: Foram incluídos artigos que tratam do arrependimento após laqueadura e dos riscos inerentes ao procedimento, do aconselhamento interdisciplinar dos casais quanto ao procedimento, aqueles que avaliam a chance de gravidez após o procedimento, publicados na língua inglesa, portuguesa ou espanhola e metodologicamente adequados. Critérios de Exclusão: Artigos que abordassem técnicas específicas de cada um dos procedimentos, técnicas de reanastomoses ou populações étnicas específicas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Não existem diretrizes clínicas no país, baseadas em evidência, adequadas para orientar mais amplamente o médico de família e comunidade na indicação desse procedimento, seus riscos e probabilidade de arrependimento envolvida. Essa diretriz visa suprir esta lacuna.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

MAGNITUDE

No Brasil, em 1966, 77% das mulheres casadas ou que conviviam em união estável usavam algum método contraceptivo, sendo que 40% delas eram laqueadas e 21% utilizavam anticoncepcional oral¹(B).

Dados demográficos nacionais mostram que a prevalência da laqueadura em 1996 era de 21,1%, na faixa etária de 25 a 29 anos, e de 37,6%, em mulheres entre 30 e 34 anos de idade. Essas taxas eram maiores entre as mulheres em união estável, 26,9% e 42,7% para as mesmas faixas de idade²(C).

Em 2004, 38.276 laqueaduras foram realizadas na rede pública de saúde brasileira³(D).

TRANSCENDÊNCIA

Nos últimos 20 anos, a prevalência de esterilização feminina cresceu. Atualmente é o método anticoncepcional mais prevalente entre as mulheres em idade fértil, como mostrou a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS). Os motivos principais para a realização da laqueadura foram o desejo de não ter mais filhos, falta de condições de criá-los ou já ter o número ideal de filhos⁴(B). Com o objetivo de melhorar a assistência à saúde reprodutiva da mulher surgiu, no Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1983, e a regulamentação da laqueadura, em 1997. Sendo um método definitivo, há possibilidade de impacto na autoconsciência da mulher e de frustração em caso de mudança de expectativas diante de uma nova relação afetiva estável.

VULNERABILIDADE

Em estudo realizado na cidade de Campinas - SP, 1.012 mulheres laqueadas responderam a um questionário aplicado pelos pesquisadores, revelando que pacientes acima de 35 anos com escolaridade até o ensino fundamental estavam mais sujeitas a escolher a laqueadura como método anticoncepcional⁴(B). Já em

outro estudo, envolvendo 145 pacientes que procuravam reversão da laqueadura, 73,4% tinham idade entre 26 e 35 anos²(C). O trabalho interdisciplinar, assim como a participação, esclarecimento e orientação do casal no momento da tomada da decisão são fundamentais para diminuir as chances futuras de arrependimento¹(B). A eficácia da equipe interdisciplinar trabalhando com grupos específicos de pacientes é muito importante quando o objetivo é a diminuição de chance de arrependimento em se tratando de uma decisão tão importante como a da esterilização⁵(D).

O Ministério de Saúde, por meio da lei n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e da resolução n° 928, de 19 de agosto de 1997, dispõe que a esterilização voluntária será permitida nas seguintes situações: homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores que 25 anos de idade ou, pelo menos, dois filhos vivos, e em mulheres com risco a sua vida ou saúde ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito por dois médicos. Será observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico. Além do mais, constitui dever do Sistema Único de Saúde (SUS) promover condições e recursos informativos, educacionais, científicos e técnicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. Para isto, serão oferecidos ao casal todos os métodos anticoncepcionais ética e cientificamente aceitáveis, garantindo a liberdade de opção⁶(D).

LAQUEADURA

ÍNDICE DE FALHA

A taxa de falha depende da técnica cirúrgica, tempo da cirurgia e idade da paciente. O índice

de falha da laqueadura gira em torno de 2%, em 10 anos. O estudo CREST (Revisão Colaborativa sobre Esterilização nos Estados Unidos) mostrou que, em 10 anos, a taxa de falha cumulativa é de 18,5 em 1000 pacientes⁷(B).

COMPLICAÇÕES

- Gravidez ectópica: as mulheres que realizaram a laqueadura têm maior chance de apresentar gravidez ectópica quando comparadas às não-laqueadas. A proporção de gravidez ectópica é três vezes maior entre 4-10 anos após a esterilização do que nos três primeiros anos. Na Dinamarca, 76% das gravidezes em mulheres pós-laqueadas foram ectópicas, com maior chance de ruptura do que em mulheres não laqueadas com gravidez ectópica⁷(B);
- Mudanças menstruais: em um estudo comparativo entre pacientes submetidas à laqueadura e não-laqueadas não foram encontradas diferenças consistentes no que diz respeito aos níveis hormonais. Há aumento no fluxo menstrual naquelas que usavam anticoncepcionais orais antes da laqueadura⁷(B). Outro estudo comparando 9.514 mulheres esterilizadas com outras 573 não-esterilizadas, cujos maridos tinham realizado vasectomia, não demonstrou diferença entre os dois grupos no que diz respeito a anormalidades menstruais⁸(B). Um estudo brasileiro, com 300 mulheres acompanhadas por cinco anos após o procedimento, afirma não haver relação entre laqueadura e alterações menstruais. Outra explicação das alterações menstruais é a interrupção do Dispositivo Intrauterino (DIU), ou anticoncepcional

oral. O DIU predispõe ao aumento da quantidade e duração do fluxo menstrual, e o contraceptivo oral à sua redução. Cessado o uso, estas pacientes retornariam aos padrões menstruais irregulares anteriores⁹(C);

- Câncer ovariano: estudos realizados em alguns países concordam que as mulheres apresentam um risco diminuído de câncer ovariano após a laqueadura^{7,10}(B);
- Densidade mineral óssea: um estudo brasileiro realizado em Campinas - SP faz supor que a laqueadura não produz alteração orgânica capaz de interferir na massa óssea de mulheres climatéricas¹¹(B);
- Risco de histerectomia: o risco depende da idade da paciente no momento da intervenção; sendo assim, as mulheres que foram submetidas à laqueadura entre 20 e 29 anos têm maior chance de uma futura histerectomia; porém, não há explicação biológica para tal afirmação¹²(B);
- Morbi-mortalidade: a morbidade é indicada pelas taxas de readmissão hospitalar após o procedimento, aumento nos dias de internação e realização de laparotomia secundária à laparoscopia prévia. As complicações associadas ao procedimento são sepse, hemorragia, infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar e complicações anestésicas (hipoventilação principalmente), sendo esta última a principal causa de morte. Paciente com comorbidade associada no momento do procedimento tem maior chance de complicações⁷(B).

ARREPENDIMENTO

Após cinco anos de acompanhamento de 3.672 mulheres que realizaram laqueadura, ocorreu arrependimento em 7% das pacientes¹³(B). Mulheres solteiras, esterilizadas no período do pós-parto imediato, com idade menor que 30 anos no momento da laqueadura apresentaram maior frequência de arrependimento num seguimento de 14 anos após a esterilização; os dois principais motivos foram o desejo de nova gravidez (33%) e separação seguida por um novo relacionamento (23,9%)¹⁴(B). Entre as mulheres que iniciaram um novo relacionamento, a chance ainda é maior quando este parceiro novo não possui filhos e deseja gerá-los para formar a nova família⁸(B).

PRAZER SEXUAL

Num total de 4.576 mulheres estudadas, 80% delas manifestaram que não houve mudanças na libido, enquanto que as restantes tiveram um efeito positivo no desempenho sexual após a laqueadura¹⁵(B).

RECOMENDAÇÕES PARA O CASAL

- Atividade educativa: conforme expresso na lei, para o exercício do direito ao planejamento familiar devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção ética e cientificamente aceitos, sendo garantida a liberdade de escolha⁷(B). Este primeiro contato com o casal é extremamente importante, já que o Médico de Família e Comunidade (MFC) deverá fornecer todas as informações relacionadas aos métodos anticoncepcionais (ação, índice

de falha, natureza do método, efeitos benéficos ou colaterais possíveis) e esclarecer as dúvidas que surgirem¹(B);

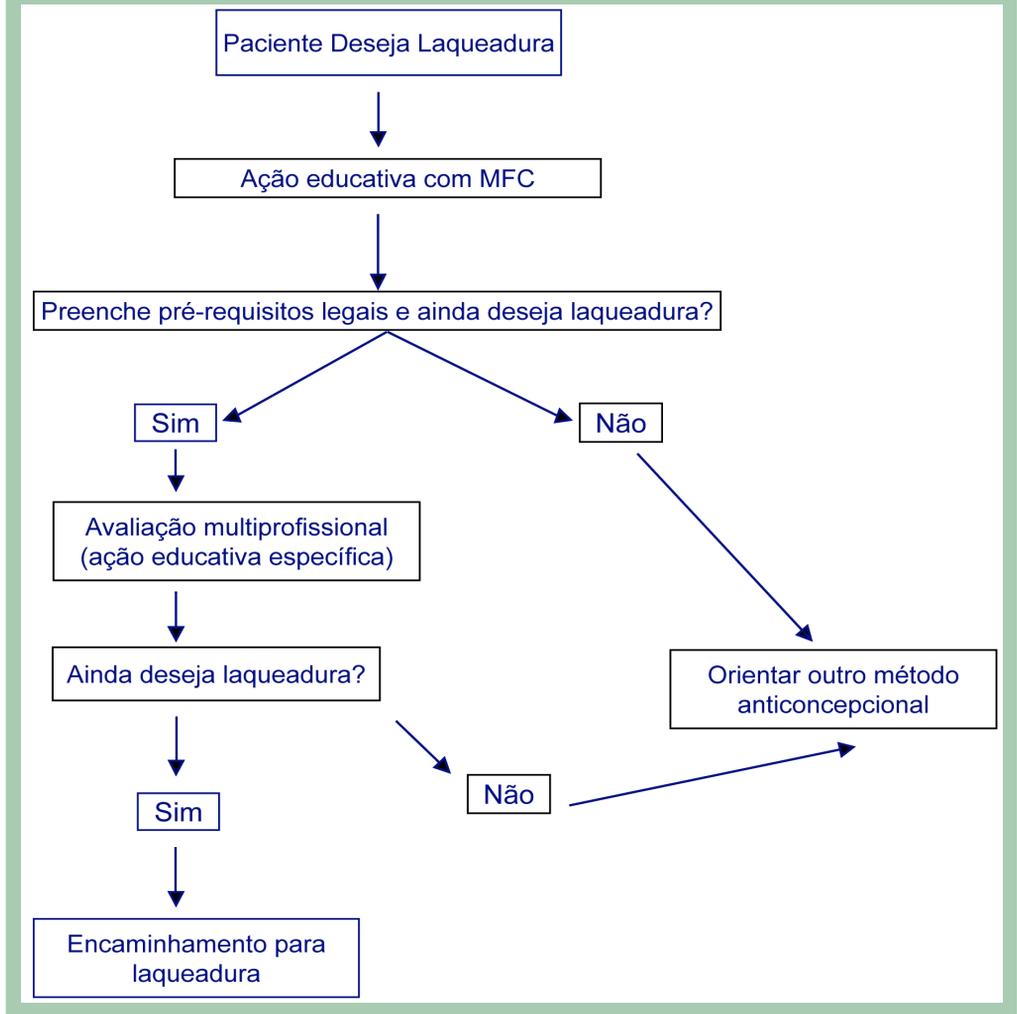
- Atendimento por equipe multidisciplinar: após o primeiro contato, o casal será atendido pela psicóloga, ou enfermeira ou assistente social para nova avaliação das expectativas, temores ou esclarecimento de dúvidas que eventualmente surgirem a respeito do método escolhido¹(B). Nesta ocasião poderá ser realizada uma atividade educativa específica (vasectomia ou laqueadura). No caso da laqueadura, a paciente deve ser informada especificamente quanto ao índice de falha, morbi-mortalidade (sepse, tromboembolia, dor pélvica, sangramento, perfuração visceral, alergia ao

anestésico), probabilidade de arrependimento, risco de gravidez ectópica e a não relação da laqueadura com possíveis mudanças menstruais⁶(D). As mulheres com menos de 30 anos, mais ainda se solteiras, devem ser especialmente convidadas a uma reflexão maior e informadas de pertencerem ao grupo com maior risco de arrependimento. Caso tome a decisão pela laqueadura, o casal assina um termo de consentimento onde expressa sua ciência quanto ao caráter definitivo, existência de outros métodos não definitivos e seu desejo quanto à laqueadura ou à vasectomia¹(B);

- Cirurgia: após o prazo estipulado por lei (60 dias) poderá então ser realizado o procedimento escolhido conscientemente pelo paciente⁷(B).

Algoritmo

Esterilização feminina: indicação



REFERÊNCIAS

1. Penteadó LG, Cabral F, Díaz M, Díaz J, Ghirón L, Simmons R. Organizing a public-sector vasectomy program in Brazil. *Stud Fam Plann* 2001;32:315-28.
2. Fernandes AMS, Arruda MS, Palhares MAR, Benetti Jr ND, Moreira CM. Seguimento de mulheres laqueadas arrependidas em serviço público de esterilidade conjugal. *RBGO* 2001;23:69-73.
3. Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=24468. Acesso em: 22 de Novembro de 2006.
4. Carvalho LEC, Cecatti JG, Osís MJD, Sousa MH. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. *Cad Saúde Pública* 2004;20:1565-74.
5. Lemieux-Charles L, McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006;63:263-300.
6. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n° 144, de 20 de Novembro de 1997. Brasília:Diário Oficial da União;1997.
7. Westhoff C, Davis A. Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. *Fertil Steril* 2000;73:913-22.
8. Peterson HB, Jeng G, Folger SG, Hillis SA, Marchbanks PA, Wilcox LS, et al. The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med* 2000;343:1681-7.
9. Dias R, Nahás EAP, Rogenski OM, De Luca LA, Viscomi FA, Lopes RGC. Síndrome pós-laqueadura: repercussões clínicas e psíquicas da pós-laqueadura. *RBGO* 1998;20:199-205.
10. Hankinson SE, Hunter DJ, Colditz GA, Willett WC, Stampfer MJ, Rosner B, et al. Tubal ligation, hysterectomy and risk of ovarian cancer. A prospective study. *JAMA* 1993;270:2813-8.
11. Zabaglia SFC, Costa-Paiva LHS, Pinto-Neto AM. A ligadura tubária é fator de risco para a redução da densidade mineral óssea em mulheres na pós-menopausa? *RBGO* 2001;23:621-6.
12. Stergachis A, Shy KK, Grothaus LC, Wagner EH, Hecht JA, Anderson G, et al. Tubal sterilization and the long-term risk of hysterectomy. *JAMA* 1990;264:2893-8.
13. Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB, et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstet Gynecol* 2002;99:1073-9.
14. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol* 1999;93:889-95.
15. Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Jamieson DJ, Peterson HB; US Collaborative Review of Sterilization Working Group. The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. *Obstet Gynecol* 2002;100:511-7.