

## CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA - LAQUEADURA

Inês Ferreira Braga\*

BRAGA, I. F. Contracepção Cirúrgica – Laqueadura. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 2(2): 163-168, 1998.

**RESUMO:** Este trabalho apresenta uma coletânea de informações da literatura sobre a laqueadura destacando os trabalhos dos autores que discutem seus aspectos médicos-cirúrgicos, sociais, culturais e políticos.

**PALAVRAS-CHAVE:** contracepção cirúrgica; esterilização; laqueadura.

### SURGICAL CONTRACEPTION – LIGATURE

BRAGA, I. F. Surgical Contraception - Ligature. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 2(2): 163-168, 1998.

**ABSTRACT:** This paper presents a collection of literature information about ligature of uterine tubes, highlighting the paper of authors who discuss its medical-surgical, social, cultural and political aspects.

**KEY WORDS:** sterilization; ligature; surgical contraception.

#### Introdução

HALBE (1987) descreve que talvez não haja problema mais angustiante e, por isso, mais polêmico, na moderna medicina, do que o controle da fertilidade, haja visto o vertiginoso crescimento das populações, fato praticamente observado em todas as regiões do mundo. Caso de um lado os chamados métodos modernos de anticoncepção continuam a merecer preferência generalizada e, em consequência, a sofrerem contínuas alterações na busca de melhores resultados, a “anticoncepção permanente” tem também conseguido obter crescente aceitabilidade, tanto nas discussões acadêmicas como na consciência do público e, especialmente da mulher.

A ligadura das tubas, ocasionando interrupção da função reprodutiva, constitui, por assim dizer, a mais conhecida, discutida e desejada das intervenções. Gera, por consequência, uma exigência social extrapolando, em algumas nações, uma maior motivação oficial para o planejamento familiar, na busca de uma política ligada à paternidade responsável.

A polêmica do assunto significa que ainda estamos longe de um consenso em torno de seus aspectos positivos ou negativos, ficando tudo ao alcance, simples e puro de seu maior objetivo: impedir definitivamente futuras gestações.

MONZU (1992) afirma que a laqueadura das tubas uterinas leva à esterilidade feminina definitiva, apresentando uma eficácia de 99,9%. A laqueadura é realizada por meio de uma intervenção cirúrgica, e consiste em bloquear o caminho que os espermatozoides percorrem até o óvulo. O local mais adequado, para a realização desse bloqueio segundo a anatomia feminina, são as tubas uterinas que são canais nos quais o óvulo é fecundado para depois chegar ao útero. Essa intervenção cirúrgica dura aproximadamente 40 minutos e pode ser realizada imediatamente após o parto.

Para PASSOS (1994), embora possa haver reversibilidade cirúrgica, a esterilização da mulher é considerada um método permanente para evitar a gravidez. Em casos extremamente raros pode ocorrer a recanalização espontânea das tubas uterinas.

HALBE (1987) destaca que o fundamental para a escolha desse método será sempre a opção, totalmente voluntária do casal, mas sobretudo da mulher, a fim de evitar problemas emocionais profundamente sérios e por fim irreversíveis.

#### Desenvolvimento

##### Histórico da Laqueadura

As primeiras tentativas realizadas para se

\* Aluna do curso de Especialização em Biologia da Universidade Paranaense.

**Endereço para correspondência:** Inês Ferreira Braga. Pça. Mascarenhas de Moraes, s/n. Universidade Paranaense. Umuarama – PR. Cep. 87.502-210.

conseguir uma técnica de ligadura tubária, datam de 153 anos, por intermédio de Blundell, como informa SALVATORE (1974). Daí em diante a preocupação estava ligada na procura de uma conduta ideal para a esterilização, onde estivessem conciliados: segurança, eficiência, receptividade, simplicidade e baixo custo e, se possível, reversibilidade. Foram surgindo técnicas, todas elas consideradas como cirurgias de grande porte, mas sempre baseadas na simples ligadura, durante ou após a cesárea ou no pós-parto imediato. Mesmo assim, continuaria havendo gestações na proporção de 10%, devido à ligadura simples da tuba.

De acordo com FREITAS & CORRÊA (1991), a partir de 1897, a ligadura começou a ser praticada de forma isolada do parto. Os recursos médico - hospitalares disponíveis até os anos 40 a 50 tornaram a laqueadura um procedimento relativamente arriscado.

Entretanto, nos últimos 20 anos, a laqueadura passou a ser propagandeada e praticada como método seguro, eficaz e sem efeitos colaterais.

Entre 1960 e 1990, a maior segurança dos cirurgões e o favorecimento da cesariana para os partos facilitaram sua prática.

Por volta de 1980, como afirma KLOETZEL (1987), 36% dos casais do mundo haviam escolhido a esterilização como método contraceptivo, e tudo leva a crer que este movimento prosseguirá.

PASSOS (1994) afirma que não se conhece ao certo quantas mulheres no Brasil foram submetidas à esterilização cirúrgica; contudo há relatos de que, em determinadas regiões, este número atinge cifras consideráveis.

De acordo com dados levantados pela Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD/IBGE) em 1986, quando foram entrevistadas 37 milhões de mulheres (entre 15 e 54 anos) de todas as regiões do país, pôde-se detectar que 5,9 milhões de mulheres tinham recorrido à laqueadura tubária como opção para não engravidar.

Em nosso país muitas mulheres preferem fazer a laqueadura junto com o parto cirúrgico, sendo, inclusive, comum mulheres que tiveram os primeiros filhos através de partos normais programarem a cesárea para a última gestação, para que nessa oportunidade possam realizar a

laqueadura. Este fato com certeza contribui para a elevação do número de partos cirúrgicos no Brasil. Conforme alerta do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (1997), no Brasil, o índice de partos cirúrgicos é 36,4%, contrastando com países como a Áustria (7,5%), Japão (8%), Reino Unido (10%) e França (10,9%).

#### **Aconselhamentos**

FREITAS & CORRÊA (1991) dizem que a esterilização feminina exige muitas precauções. As primeiras se referem à própria decisão.

- Ela deve ser pesada cuidadosa e serenamente, nunca num contexto de pressão econômica, afetiva ou sexual. A vontade de esterilizar-se deve ser discutida com o parceiro, a família, outras mulheres e o médico.
- Quando a escolha pela esterilização é provocada por experiências negativas com os métodos reversíveis, é interessante pensar: foram realmente experimentados todos os métodos disponíveis e indicados?
- A dificuldade está nos métodos, ou na forma como foram utilizados?
- A falta de adaptação tem uma causa técnica ou resulta de dificuldades mais profundas em lidar com a contracepção?

PASSOS (1994) esclarece que a laqueadura em muitos casos é realizada durante a cesariana aproveitando-se a abertura já feita. Um dos inconvenientes deste ato é que, caso o bebê apresente qualquer problema 10 a 15 minutos após sua retirada, a laqueadura já terá sido efetuada.

Porém, isto é uma eventualidade.

É bom que fique claro que a laqueadura tubária só obstrui o caminho do espermatozoide, não afetando o útero, os ovários ou qualquer outro órgão, e isto não interfere na sexualidade, exceto de forma psíquica.

MONZU (1992) relata que após a laqueadura, a mulher continua menstruando normalmente, pois não há interferência na produção dos hormônios sexuais femininos, os quais circulam pela corrente sanguínea.

#### **Indicações de Laqueadura**

SALVATORE (1974) diz que a ligadura das tubas depende do estado minucioso de cada caso. É indicada após a terceira cesárea e em casos de nefropatias malignas, cardiopatias, diabete grave e moléstias psíquicas que exigem constante intervenção. Atualmente, com base no estudo

clínico psíquico-ético-moral de cada caso a esterilização tem fundamento científico para ser indicada.

FREITAS & CORRÊA (1991) listam uma série de situações específicas em que a laqueadura é recomendada por razões de ordem médica:

- problemas cardíacos graves;
- problemas respiratórios graves;
- hipertensão ou problemas renais graves;
- mulheres que tiveram muitos filhos e que se encontram com problemas dos órgãos reprodutores;
- doenças circulatórias graves;
- mulheres com fator RH negativo que tiveram gestações sem preocupações e estão "sensibilizadas";
- mulheres que apresentam riscos de parto;
- diabéticas que tiveram muitos filhos;
- má condições da parede uterina.

Já, NEME (1994) afirma que nos serviços que dirige, a esterilização tubária jamais é sugerida. Entretanto, após duas cesáreas anteriores e antes de ser praticada a terceira, de regra, no pré-natal ou excepcionalmente no parto, as pacientes são consultadas a respeito dessa medida anticoncepcional definitiva, e se solicitada são atendidas quando existem dois filhos vivos e saudáveis e a idade excede os 30 anos.

### Técnicas Cirúrgicas

Afirma MONZU (1992) que atualmente existem dois métodos básicos para a realização da laqueadura das tubas: a laparotomia e a laparoscopia.

A laparotomia consiste basicamente na abertura do abdômen e pinçamento das tubas. Ela pode ser realizada somente para a ligação tubária, como também pode-se aproveitar da ocasião de uma outra intervenção cirúrgica, como o parto de cesariana.

A laparotomia pode ser realizada de três maneiras:

- laparotomia ampla: grande incisão cirúrgica na região pubiana;
- minilaparotomia periumbilical: pequena incisão, logo abaixo do umbigo a qual é realizada imediatamente após o parto ou ainda 24 horas depois, por aproveitar o útero alto, ficando mais fácil o acesso às tubas;
- laparoscopia: por muitos, não é considerada uma intervenção cirúrgica, pois ela não necessita

de grande incisão. A laparoscopia é realizada com o laparoscópio, que é um instrumento médico, na forma de tubo e que apresenta espessura de um cigarro, e através desse laparoscópio passam os instrumentos cirúrgicos para a realização da laqueadura; este deve ser introduzido próximo ao umbigo, e quando o cirurgião consegue localizar as tubas é realizada a esterilização.

HALBE (1987) afirma que as técnicas cirúrgicas empregadas na laqueadura tubária tiveram destaques a partir de 1919 pelos cirurgiões Madlener, Pomeroy, Irving, Aldridge, Uchida, Kroener, Wood, Pritchard e Cooke, que desenvolveram trabalhos que fizeram com que seus nomes não sejam omitidos ao falar em ligadura tubária. E lista as técnicas cirúrgicas em:

Operação de Madlener; Operação de Pomeroy; Operação de Irving; Operação de Aldridge; Técnica de Kroener; Colpotomia; Heteroscopia; e obstrução tubária.

A Figura 1 ilustra o local de realização da laqueadura.

### Contra Indicação da Laqueadura

Baseando-se nas descrições de FREITAS & CORRÊA (1991) existem certas condições que aumentam o risco da cirurgia e podem exigir cuidados especiais antes da esterilização:

- infecção grave do aparelho reprodutor;
- má - formação do útero ou das tubas uterinas;
- hérnia abdominal (que pode ser agravada na laparoscopia, em função da dilatação com gás).

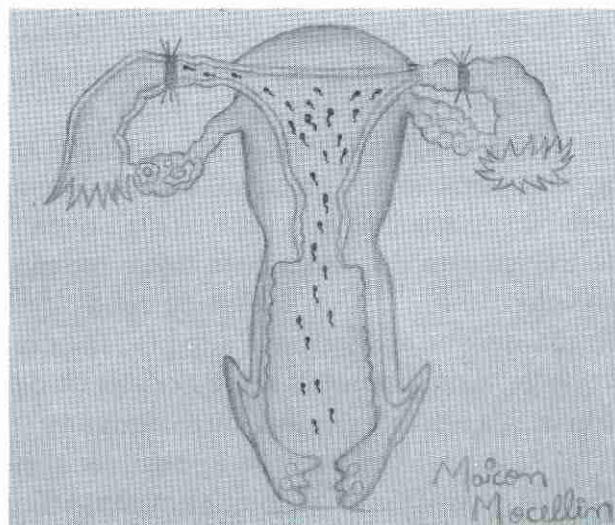


FIGURA 1 - Representação esquemática do local de realização da laqueadura.

Não deve ser realizada em adolescentes, cujo organismo não está inteiramente desenvolvido, em mulheres que estão chegando à menopausa, pois a proximidade do fim da vida reprodutiva não justifica tal medida, na hora do parto, por duas razões: as condições emocionais e psíquicas da mulher não favorecem a clareza de decisão e, além disso, no caso de haver morte do bebê, a laqueadura poderá ocasionar uma situação traumática.

### **Cuidados Especiais**

Para FREITAS & CORRÊA (1991) se tudo correr bem, as atividades normais podem ser retomadas duas semanas após a cirurgia. Esforços físicos maiores (ginástica, trabalho mais pesado) assim como as relações sexuais e os banhos de mar e piscina só devem ser reiniciados após uma revisão médica.

MONZU (1992) informa que as relações sexuais podem ser reassumidas assim que a mulher desejar, pois o período de recuperação da cirurgia é curto, sendo de 4 a 24 horas de internação para a laparoscopia e 3 a 4 dias de intervenção para a laparotomia. A esterilização não interfere no desejo sexual.

Logo após a cirurgia, as mulheres enfrentam alterações do estado emocional, devido à sensação de castração.

### **Complicações da Laqueadura**

Segundo PASSOS (1994) muitos casais não recebem qualquer preparação para a cirurgia e em muitos casos ocorrem problemas sérios, devido à carência de explicações. Na verdade muitos não estão preparados para o fato concreto de não poderem mais procriar. Uma coisa é não querer ter mais filhos, outra é não poder.

Para HALBE (1987) é importante levar em consideração que as complicações devem variar inversamente com a experiência e o grau de treinamento do especialista. Mas, mesmo estando diante de uma análise de resultados obtida de um profissional adequadamente treinado, há de se prevenir sobre a existência de hemorragia, de lesões na tuba ou na bexiga.

As lesões na tuba uterina e bexiga são sem dúvida de grave relevância, principalmente se não forem constatadas durante a intervenção; deverão ser tratadas com rigor por um cirurgião geral.

Comuns são as histórias clínicas de pacientes que sofrem esterilização tubária e que

reclamam de alterações menstruais, notadamente hipermenorréia, porém, essas alterações menstruais decorrem da destruição parcial da vascularização que nutre útero e ovários.

### **Falha na Laqueadura**

HALBE (1987) afirma que a principal e por certo a maior falha da técnica de ligadura tubária é a ocorrência de gravidez, seja uterina ou ectópica. É a maior decepção do especialista quando se encontra com uma cliente, por ele operada, reclamando de seu insucesso, por encontrar-se grávida.

São vários os motivos. Alguns por erros do próprio método, outros por engano de identificação anatômica, quando o cirurgião laqueia ligamentos.

### **Reversibilidade**

Conforme afirma FREITAS & CORRÊA (1991), e apesar de muitas tentativas terem sido feitas nesse sentido, a laqueadura, por enquanto, continua sendo irreversível. Existem cirurgias super-especializadas para reconstituição das tubas, mas são caras e não podem ser realizadas em qualquer serviço.

MONZU (1992) diz que a laqueadura tubária é possível de ser recanalizada, por meio de uma microcirurgia com fios inabsorvíveis, desde que a técnica seja utilizada de modo conveniente e o tamanho da tuba favoreça a cirurgia.

### **Recomendações Oficiais**

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, segundo HALBE (1987), representada pela Comissão Nacional de Reprodução Humana, conclui sobre o ato da laqueadura:

- a) método eficaz;
- b) de boa aceitação;
- c) livre de complicações excepcionais;
- d) reversível, embora realizada com intenção definitiva;
- e) de execução simples, com relação custo - benefício favorável;
- f) recomendado preparo do casal e adoção de formalidade legal;
- g) a época de realização deve ser a critério médico, predominando idade ou tamanho da família;
- h) síndrome pós-ligadura é de existência

duvidosa;

- i) não há questão de natureza essencialmente ética, aquelas levantadas em nome da ética; devem mais diretamente respeito a outros valores culturais.

### **Regulamentação da Laqueadura**

De acordo com PASSOS (1994), o Código de Ética Médica, no artigo 43 do capítulo III, relata que: “É vedado ao médico: Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.”

Já o Código Penal Brasileiro só considera crime a intervenção que, feita contra a vontade do paciente, cause-lhe prejuízo à integridade anatômica, da função ou mental. Isto é classificado como lesão corporal (artigo 129).

### **Considerações Finais**

De acordo com HATCHER (1983), o planejamento familiar é uma das mais importantes atividades da medicina preventiva. Ele se caracteriza, principalmente, pela profilaxia da morbimortalidade materno infantil, e seu objetivo primordial é o de proporcionar aos casais e as mulheres, em particular, as informações e os meios necessários para que possam decidir, de modo voluntário e consciente, sobre o número de seus filhos e a oportunidade em que os vão ter. Desta maneira, o planejamento familiar é, também, o instrumento para que se realize, na prática, o princípio da paternidade responsável, cujo exercício conduz a que as famílias não tenham senão, os filhos que possam criar e educar condignamente.

O planejamento familiar se alicerça em uma perspectiva humanística do fenômeno da reprodução. Seus princípios básicos são aqueles que dizem respeito aos direitos fundamentais do homem, em particular os que se referem à saúde, considerada como “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidades”.

Os indicadores de saúde materno infantil, demonstram claramente que o problema populacional deixou de interessar apenas à demografia ou à economia. Tendo invadido a área médica de forma abrupta, com graves repercussões para a saúde das populações. O planejamento impõe-se, portanto, como uma

resposta da medicina preventiva ao homem moderno, dentro do seu contexto de saúde.

O programa de planejamento familiar é, pois, um programa inovador, que contribui para a melhoria da qualidade devida das pessoas e das comunidades. Assim, é imprescindível e inadiável que todos os indivíduos, sem qualquer exceção, possam ter acesso às suas ações, ensejando um futuro mais saudável para mães e crianças. Nos últimos quinze anos, grandes progressos foram feitos nesse sentido. Contudo, em muitos países em desenvolvimento, o planejamento familiar ainda é um privilégio das classes mais abastadas. Deste modo, é preciso que se redobrem os esforços para que se consiga a democratização do planejamento familiar, proporcionando aos casais o direito de não ter senão os filhos que efetivamente desejarem.

Pela definição de BEBER & PASCHOAL (1993), planejamento familiar é o conjunto de ações que possibilita ao indivíduo escolher o número de filhos que desejar e no momento que desejar. Evidentemente que planejamento é um procedimento de livre escolha, sem a menor interferência, seja do Estado ou mesmo de algum grupo. É portanto o exercício do direito de cidadania.

Um bom planejamento familiar deve ser exercido por uma equipe multiprofissional. É indispensável que dela façam parte: um médico, um psicólogo, um assistente social e uma enfermeira preparada adequadamente para este trabalho. Mais que isso, todos os profissionais envolvidos devem conhecer profundamente o que estão realizando e conhecer os seus direitos e deveres no planejamento.

Estes profissionais devem ter sempre em mente que não basta serem executores do trabalho, mas, acima de tudo, divulgadores de ensinamentos básicos e científicos, fazendo com que o casal que os procura tenha conhecimentos suficientes para optar pelo método que satisfaça suas expectativas.

PASSOS (1985) diz que é importante que os mecanismos internacionais sejam usados, porém, adaptados às nossas realidades, tendo como ponto fundamental de apoio um vasto alicerce educacional, pois só este é verdadeiro e duradouro. Devemos fazer com que toda a sociedade científica assuma seu verdadeiro lugar;

não deixando espaço vazio para que instituições de **planejamento familiar**, como a maioria das que funcionam no Brasil, continuem a expropriar a saúde e educação da população.

Devemos educar os homens do poder público, a família, promover a educação dentro das escolas, pois estas instituições têm sido negligentes por não encararem as verdades de frente.

Afirma ARRUDA *et al.* (1982) que independentemente de programas ou políticas oficiais, a anticoncepção é amplamente praticada, mas essa prática, carente de orientação oficial, sofre muitas vezes uma série de distorções indesejáveis e prejudiciais à mulher.

É portanto, urgente e impostergável que as autoridades competentes assumam a responsabilidade orientadora e normalizadora de ações que atingem diretamente a saúde, e estabeleçam com clareza a responsabilidade do sistema de saúde oficial também quanto aos métodos de regulação da fertilidade, normatizando seu uso em nível nacional, esclarecendo os trabalhadores da saúde e a população em geral, sobre os riscos e benefícios dos diferentes métodos anticoncepcionais.

Então, os objetivos básicos do planejamento familiar são de prevenir as

gestações não desejadas, evitá-las nas pacientes de risco reprodutivo e diminuir os índices de abortamentos clandestinos.

### Referências Bibliográficas

- ARRUDA, J. M.; THOMÉ, A. M.; MORRIS, L. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1982. 80p.
- BEBER, L.; PASCHOAL, P. S. Planejamento familiar. *JBM*, 64(5): 97-102, 1993.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Cesarianas e modernidade*. Informativo medicina – Conselho Federal. p.3, dez. 1997.
- FREITAS, A. T.; CORRÊA, S. *A viagem ao mundo da contracepção*. Um guia sobre métodos anticoncepcionais. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1991. 223p.
- HALBE, H. W. *Tratado de ginecologia*. São Paulo: Rocca, 1987. 320p.
- HATCHER, R. *Planejamento familiar*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1983. 85p.
- KLOETZEL, K. *O que é contracepção*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. 120p.
- MONZU, M. *Sexualidade e anticoncepção*. São Paulo: STS, 1992. 58p.
- NEME, B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: SARVIER, 1994. 295p.
- PASSOS, M. R. L. Planejamento familiar. O compromisso de todos nós. *JBM*, 49(2): 34-46, 1985.
- \_\_\_\_\_. Esterilização cirúrgica da mulher. Planejamento familiar. *JBM*, 66(1):36-39, 1994.
- SALVATORE, C. A. *Ginecologia operatória*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974. 250p.
- \_\_\_\_\_. *Ginecologia operatória*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977. 272p.