

FLÁVIA REGINA PACHECO

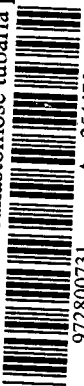
**ESTUDO DA REANASTOMOSE TUBÁRIA PÓS-
LAQUEADURA ATRAVÉS DE RELATO DE CASOS E
ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina**

N.Cham. TCC UFSC TO 0345

Autor: Pacheco, Flávia Re

Título: Estudo da reanastomose tubária p



972800731

Ac. 254475

Ex.1 UFSC BSCCSM

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

**TCC
UFSC
TO
0345**

Ex.1

FLÁVIA REGINA PACHECO

**ESTUDO DA REANASTOMOSE TUBÁRIA PÓS-
LAQUEADURA ATRAVÉS DE RELATO DE CASOS E
ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Professor: Dr. Ricardo Nascimento

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ricardo Nascimento, pela atenção que me prestou no decorrer deste estudo, estando presente sempre que lhe foi solicitado, e cujas críticas e incentivos tornaram possível a sua execução.

A Anderson Tavares de Melo, pelo carinho recebido, além do auxílio na digitação e organização deste texto.

Aos meus pais, pelo apoio durante a elaboração deste estudo.

À minha colega Flávia Henrique, pela leitura e constantes sugestões durante o desenvolvimento deste texto.

Às seis pacientes que participaram do presente estudo, pela presteza durante a aplicação do protocolo de coleta de dados.

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
SUMMARY.....	vi
1.INTRODUÇÃO.....	7
2.REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.OBJETIVO.....	21
4.MÉTODO.....	22
5.RELATO DE CASOS E RESULTADOS.....	24
6.DISSCUSSÃO.....	28
6.1. Causas de arrependimento.....	28
6.2. Fatores que influenciam no arrependimento.....	29
6.3. Fatores prognósticos em relação ao sucesso da reanastomose.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
APÊNDICE.....	40

RESUMO

O objetivo do presente estudo é relatar as causas de arrependimento pós-laqueadura, os fatores que influenciam neste arrependimento e os fatores prognósticos relacionados ao sucesso da reanastomose num grupo de seis pacientes, comparando-os com os dados obtidos na literatura.

Os dados relativos às pacientes foram encontrados em serviços de arquivo médico. O protocolo de coleta de dados aplicado a estas pacientes continha dados relacionados aos antecedentes gineco-obstétricos no momento da laqueadura e dados relacionados ao momento do arrependimento e reversão. Foram discutidas as principais causas de arrependimento, os fatores que influenciaram no arrependimento, como paridade, orientação pré-operatória, idade em que foi esterilizada, estado civil no momento da laqueadura, qualidade da vida conjugal no momento da laqueadura, se a paciente se sentiu coagida a realizar a laqueadura e mudança no estado civil após a laqueadura, assim como foram discutidos também os fatores prognósticos relacionados ao sucesso da reversão da laqueadura, tais como técnica cirúrgica utilizada para a laqueadura tubária, idade da paciente no momento da reanastomose e comprimento tubário final.

A principal causa de arrependimento foi o desejo de ter novos filhos que pôde estar isolado ou acompanhado de cofatores como nova união ou óbito de um filho.

A literatura permitiu concluir que o conhecimento das causas de arrependimento e dos fatores associados ao mesmo auxilia na sua prevenção, permitindo que a escolha deste método se faça de forma consciente.

SUMMARY

The present article aims to report repentance causes after tubal ligation, factors affecting this repentance and prognostic factors related to reanastomosis' success in a group of six patients, compared with data obtained from literature.

Data related to patients were found in medical files services. Collect protocol used in this case had data related to gynecological-obstetric antecedents at tubal ligation time and data related to repentance and tubal reversal time. We discussed main repentance causes and factors affecting that repentance, as parity, pre- surgery orientation, age at sterilization time, marital status at tubal ligation time, conjugal life quality at tubal ligation time, whether the patient felt coerced to do tubal ligation and change in marital status before tubal ligation. We also considered prognostic factors related to tubal reversal success, such as surgical procedure used for tubal ligation, patient's age at reanastomosis time, and final tubal length.

Main repentance cause was the desire of having more babies, which may be an isolated factor or it may have co-factors such as a new marriage or child decease.

Literature allowed concluding that comprehension of repentance causes and associated factors helps in prevention, allowing the patient to choose consciously this method.

1. INTRODUÇÃO

A laqueadura tubária é um método de esterilização que vem sendo amplamente usado nos dias atuais como método contraceptivo. Apesar de sua popularidade, algumas das mulheres que realizam este tipo de operação arrependem-se e solicitam sua reversão através da operação de reanastomose tubária.

Entre as principais causas de arrependimento estão: desejo de ter novos filhos^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}, alterações menstruais^{1, 3}, sexuais^{1, 3, 5}, anormalidades sistêmicas^{1, 3, 5, 6, 11} e fatores sociais^{4, 5, 6, 11}. Destas, a mais comum é o desejo de ter novos filhos, motivado por outras razões como novo casamento, óbito de um filho, ou apenas o desejo de ter mais filhos, sem outros motivos associados.^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11} O arrependimento pode ser definido como: “Pesar do que se fez ou pensou; sentimento; dor; constrição; mudança de opinião.”¹²

O uso indiscriminado da laqueadura tubária ocorre principalmente em países de baixo nível sócio-econômico⁷, onde programas de planejamento familiar nem sempre estão presentes ou, quando presentes, são insuficientes em relação à demanda. Isto acarreta uma escassez de informações sobre métodos contraceptivos por parte da população⁷, dificultando o acesso da mesma a estes métodos. Deste modo, há um aumento do número de solicitações de laqueadura tubária, muitas vezes desnecessárias, gerando um maior número de mulheres insatisfeitas no futuro⁷. Conseqüentemente ocorre um aumento na demanda em serviços que realizem a operação de recanalização tubária⁷. Deve-se, entretanto, considerar que esta operação não é isenta de riscos, tem custos elevados e, por mais que sua técnica tenha sido aperfeiçoada, seus resultados não alcançam 100% de sucesso – na literatura pesquisada o índice de gestação após reversão de laqueadura tubária variou de 54,6⁸ a 91,6%¹³.

Existem, ainda, os fatores que influenciam no arrependimento. Dentre estes, destacam-se: mulheres que foram esterilizadas muito jovens^{14, 1, 15, 2, 3, 4, 16, 11, 17, 18, 19} (principalmente se abaixo de 25 anos de idade^{14, 2}), informações prévias inadequadas em relação aos métodos contraceptivos, assim como desconhecimento a respeito da situação de irreversibilidade da laqueadura tubária^{1, 15, 3, 4, 16, 7}, relacionamentos instáveis e mulheres que se sentiram, de alguma forma, pressionadas a realizarem a laqueadura tubária^{2, 4, 11, 17, 19}.

Em relação ao sucesso da cirurgia de recanalização tubária existem os fatores prognósticos, sendo os principais: idade da mulher no momento da reanastomose (com melhor prognóstico nas mulheres mais jovens^{15, 5, 9, 13, 11, 18}); tempo decorrido desde a realização da esterilização, no momento da reanastomose^{6, 20, 11}; tamanho dos cotos tubários restantes^{5, 6, 7, 21, 13, 11, 18}, este relacionado ao tipo da técnica que foi utilizada para a realização da laqueadura^{5, 13, 11, 18} (as técnicas de laqueadura que preservam mais a tuba têm prognóstico melhor de reversibilidade^{5, 17}); experiência do cirurgião neste tipo de operação^{5, 6}.

Koh e Janik²² comentaram que o uso da magnificação óptica e de instrumentos delicados para as operações de infertilidade foi inicialmente proposto por Swolin. Na década de 70, alguns autores passaram a adotar as técnicas de microcirurgia para a reversão de laqueadura tubária. Os primeiros trabalhos utilizando estas técnicas foram de Gomel (1977) e Diamond (1977).^{7, 22}

A anastomose tubária laparoscópica foi realizada inicialmente por Sedban e cols em 1989. Eles relataram um caso utilizando cola biológica (de fibrina) com guia intra-luminal e a patência tubária foi observada após 3 meses.^{23, 10}

No presente estudo, foram abordados e discutidos fatores relacionados à ligadura em seis pacientes, ou seja, os antecedentes da esterilização – como paridade, métodos contraceptivos conhecidos e usados, idade, estado civil e estado psicológico no momento da ligadura e situação temporal em relação à gestação em que foi realizada a laqueadura – e fatores relacionados à reanastomose – como motivo de arrependimento, tempo decorrido entre a laqueadura e o arrependimento e o resultado da reanastomose tubária.

Todos os dados coletados foram organizados na forma de relato de casos no capítulo de resultados e a seguir comentados e comparados com a literatura no capítulo de discussão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Barbosa e cols¹, em 1994, em um estudo a respeito do grau de insatisfação pós laqueadura tubária, observaram que a principal causa de arrependimento foi o desejo de ter mais filhos (63%) - sendo 38% devido troca de parceiro, 3,5% devido morte de um filho e 21,5% apenas o desejo de ter mais filhos, sem haver outras razões associadas. Outras causas foram: alterações sistêmicas (obesidade e algia pélvica), menstruais (hipermenorréia e irregularidade menstruais) e sexuais (piora do desempenho sexual).

Segundo os autores, distúrbios menstruais e alterações sexuais foram queixas frequentes tanto nas mulheres arrependidas, quanto nas mulheres satisfeitas em relação à laqueadura tubária. Denominaram Síndrome Pós-Laqueadura Tubária ao conjunto de distúrbios menstruais. Os autores comentaram que a lesão do mesovário no momento da esterilização - comprometendo a irrigação sanguínea, a inervação e a drenagem linfática dos ovários, levando a alterações hormonais e diminuição da síntese de progesterona - pode ser a causa desta síndrome.

Dias e cols²⁴, em 1998, acompanharam 300 pacientes submetidas a laqueadura tubária, investigando esta síndrome. “A síndrome pós-laqueadura tubária seria então caracterizada por: desarmonia do ciclo menstrual (metrorragia, sangramento intermenstrual, “spotting” e amenorréia), algia pélvica, dismenorréia, dispareunia, tensão pré-menstrual e manifestações psicológicas.”²⁴

Algumas hipóteses da etiologia desta síndrome também foram abordadas pelos autores: (1) alterações da irrigação ovariana, torção do ovário e aderências pélvicas; (2) deficiência da fase lútea devido a supressão da irrigação útero-ovariana; (3) interrupção do uso de DIU ou anticoncepcional hormonal. Os autores não encontraram em seus resultados diferenças significativas pré e pós laqueadura tubária quanto aos padrões menstruais, algia pélvica, dismenorréia, tensão pré-menstrual e sintomas climatéricos, não comprovando, portanto, a existência desta síndrome.

Izzo e cols⁵, em 1984, mostraram em seu trabalho que as principais causas de arrependimento foram novo casamento e óbito de um filho. Cedenho e cols.⁷, em 1996, encontraram que as principais razões, pelas quais as pacientes solicitaram a reanastomose

tubária, foram: novo companheiro (74%), falecimento de filho (14%) e desejo de ter mais filhos sem outros motivos associados (12%). Ades², em 1997 e Cunha e cols¹⁰, em 1998, também encontraram que a maioria das pacientes foi motivada a procurar a reversão da laqueadura por um novo casamento.

Chowdhury e cols⁸, em 1997, tiveram como principais motivos que levaram à reversão óbito de filho (52,7% dos casos) e novo casamento (34%). Resultados semelhantes foram obtidos por Kim e cols¹⁸, em 1997, onde os principais motivos foram óbito de filho (50,8%), seguido por novo casamento (27,3%).

Pereira e cols⁶, em 1986, citaram, além destas causas, fatores psicológicos e mudança de condição sócio-econômica.

Chames e cols.¹¹, em 1999, realizaram uma revisão e citaram como motivos mais freqüentes para a solicitação de reversão: novo casamento, óbito de um filho, desejo de ter mais um filho, desejo por filhos de determinado sexo, idade jovem durante a laqueadura, fatores psicológicos e melhora da situação econômica.

“A esterilização tubária pode ser realizada no momento da cesariana, logo após o parto ou abortamento induzido, ou em um momento não relacionado à gravidez.”²⁵

Menegocci e cols²⁰, em 1989, defenderam que a laqueadura não deve ser realizada no momento do parto: “Em virtude da possível ocorrência de óbito do recém-nascido, a esterilização deveria ser protelada para alguns meses após o parto.”²⁰

Leal²⁶ aponta que é dever do médico explicar à gestante que a hora do parto não é adequada para solicitação de laqueadura tubária, “pois que ninguém pode se responsabilizar pelo futuro da criança, ainda que em diagnóstico definitivo sobre sua condição física.”²⁶

Em relação à taxa de arrependimento pós laqueadura, Barbosa e cols¹ encontraram 19,4% de pacientes laqueadas insatisfeitas com esta situação. Os autores ainda comentaram que em trabalhos contemporâneos realizados em outros países, a taxa de arrependimento variou de 0,1% a 10,15% .

Vieira⁴, em 1998, realizou um estudo sobre arrependimento pós ligadura tubária que consistia de duas etapas. Na primeira etapa foram entrevistadas todas mulheres, entre 15 e 49 anos de idade, de uma comunidade quanto ao uso de métodos contraceptivos. Destas pacientes, foram selecionadas para a segunda etapa apenas aquelas que haviam realizado laqueadura tubária. A autora encontrou um índice de arrependimento de 12% em mulheres de

uma determinada comunidade que haviam se submetido a esta operação, sendo que, somado a isto, mais 8% já haviam experimentado este sentimento em algum outro momento.

Existem diferentes taxas de arrependimento entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, sendo que estas diferenças estão relacionadas às causas de arrependimento, sendo naqueles, mais freqüentemente, novo casamento e nestes, falecimento de um filho.

Apesar disto, Bahamondes e cols¹⁴, em 1992, num estudo sobre arrependimento pós esterilização, mostraram que após 1980 houve aumento do número de mulheres laqueadas em relação à década anterior e que, concomitantemente, houve redução na idade da paciente no momento da realização da laqueadura tubária, com aumento da proporção de mulheres laqueadas antes dos 25 anos de idade.

Para os autores existe uma correlação entre a idade no momento da laqueadura tubária e a porcentagem de arrependimento, ou seja, quanto menor a idade da mulher, maior a possibilidade de arrependimento. Isto pode ser explicado pelo fato de que mulheres mais jovens têm maior probabilidade de mudanças em suas vidas influenciando no desejo de ter mais filhos.¹⁴

As taxas de arrependimento variaram de 11 a 50% no Brasil, dependendo da região⁴, podendo chegar a 50% em mulheres que haviam sido esterilizadas antes dos 25 anos^{4,14}.

Fernandes e Bahamondes¹⁵, em 1996, observaram que a idade média das mulheres no momento da esterilização foi de 24,4 anos. “A laqueadura em si não é um mau método. Ela está, em realidade, sendo mal utilizada em mulheres muitos jovens, num momento precoce de sua vida reprodutiva. Entre essas mulheres, denota-se o desconhecimento sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis e a pouca confiança que possuem em sua eficácia. Tudo isso é falta de comunicação entre os profissionais da saúde e a população, falta de orientação e de opções para contracepção dos casais. Soma-se a essas dificuldades a contenção de gastos com a saúde pela rede pública, o que impede a capacitação de profissional para atender e esclarecer esse contingente de homens e mulheres.”¹⁵

Bahamondes e cols¹⁴ demonstraram a importância da orientação pré-operatória, incluindo a explicação do caráter irreversível do procedimento e o fornecimento de informações “de um amplo leque de outras opções anticoncepcionais”¹⁴.

Barbosa e cols¹ também observaram que o grau de arrependimento está diretamente relacionado à orientação pré-operatória. A maioria das mulheres arrependidas (64,7%) consideraram inadequada a orientação pré-operatória e o inverso ocorreu no grupo de

pacientes satisfeitas com a laqueadura tubária, ou seja, mulheres não arrependidas, onde 66% consideraram a orientação pré-operatória adequada.

Os autores também observaram que as mulheres arrependidas eram mais jovens no momento da esterilização e que o aumento na taxa de arrependimento é diretamente proporcional ao tempo decorrido desde a laqueadura tubária. Não foi observada relação entre insatisfação e os seguintes fatores: número de filhos no momento da laqueadura tubária, indicação médica da laqueadura, momento de sua realização em relação à gestação ou custo.

Petta e cols¹⁶, em 2000, demonstraram que a taxa de mulheres arrependidas entre o número total de novas pacientes que consultaram num serviço de infertilidade aumentou de 2,4% em 1980 para 12,4% em 1990 e em 2000 manteve-se estável, 13,8%. Para os autores, a baixa idade e a desinformação, assim como o difícil acesso à outros métodos contraceptivos são as principais variáveis associadas ao arrependimento.

Houve desconhecimento por parte das pacientes que procuraram o serviço de infertilidade a respeito das chances de reversão. Cerca de 50% abandonaram o serviço após serem orientadas quanto a estas chances. Das pacientes que chegaram a realizar laparoscopia apenas 50% tinham condições de realizar a operação de reversão. Como resultado final apenas 3,3% das pacientes que procuraram o serviço de infertilidade conseguiram nova gestação.

Cedenho e cols⁷, relacionaram o aumento do número de laqueadura em países de baixo nível sócio-econômico com as precárias informações sobre opções de anticoncepção, o que gera um maior número de arrependimento.

Ades², em 1997, realizou um estudo sobre os fatores associados ao arrependimento pós laqueadura tubária. Sua casuística consistia de dois grupos: um de mulheres satisfeitas com a laqueadura tubária e outro de mulheres arrependidas. Observou que as variáveis responsáveis por maior risco de arrependimento pós laqueadura tubária eram: idade atual, estado civil (maior proporção de mulheres com união consensual no grupo de pacientes arrependidas), idade no momento da laqueadura e novo companheiro. O principal fator de risco para o arrependimento foi a baixa idade no momento da realização da esterilização. Neste estudo não foram estatisticamente significativas as seguintes variáveis: etnia, grau de escolaridade e número de filhos vivos.

Em relação apenas às mulheres insatisfeitas com a laqueadura tubária, observou que a idade média em que o arrependimento apareceu foi de 30 anos; e que o tempo decorrido entre a laqueadura e o arrependimento variou de 5 a 9 anos. A situação em que a laqueadura foi

realizada também foi abordada: 73,5% em parto cesáreo, 17,2% em parto vaginal e 9,2% fora da gestação. Também foi observado nestas pacientes a falta de acesso a métodos anticoncepcionais reversíveis e sua baixa utilização.

Barbosa e cols³, em 1997, realizaram uma avaliação do grau de insatisfação pós laqueadura tubária, identificando os motivos e fatores associados ao arrependimento. A casuística era composta por um grupo de mulheres que fizeram parte de Programa de Planejamento Familiar (grupo 1) antes de serem submetidas à laqueadura e outro grupo de pacientes que não fizeram parte deste programa pois tiveram a esterilização realizada em outros locais (grupo 2).

No primeiro grupo, 100% das pacientes consideraram a orientação pré-operatória adequada, contrastando com 59% no grupo 2. No grupo 1 a idade média no momento da operação foi de 35,6 anos, enquanto que no grupo 2 foi de 27,3 anos. O número de filhos foi semelhante entre os dois grupos. Ainda, no primeiro grupo, 15% das laqueaduras foram realizadas no ciclo gravídico-puerperal, enquanto que no grupo 2 esta porcentagem foi de 75%. Nas pacientes do primeiro grupo, 100% das cirurgias foram gratuitas contrastando com o grupo 2 onde para cada cirurgia gratuita, 2 eram pagas.

Em relação à taxa de arrependimento, esta foi de 1,04% no grupo que realizou o planejamento familiar (uma paciente que teve a laqueadura realizada por indicação médica) e de 19,5% no outro grupo, sendo que neste, o principal motivo foi desejo por novos filhos. Desta forma, foi demonstrada a importância da orientação pré-operatória, “diminuindo o grau de insatisfação decorrente de desinformação, restando assim, somente alterações orgânicas, menstruais e sexuais e outras variáveis como fatores de arrependimento.”³

Vieira⁴ apontou os seguintes fatores que levam ao arrependimento: idade no momento da esterilização, morte de filho, novo companheiro, falha de outros métodos contraceptivos e escolha feita sob pressão (paciente coagida a realizar a laqueadura), sendo que há relação entre arrependimento e entendimento prévio da irreversibilidade da esterilização. Para a autora, o fato da paciente ter que pagar pela laqueadura tubária acaba sendo um obstáculo para o arrependimento.

A autora citou a laqueadura tubária como método contraceptivo mais usado pelas mulheres brasileiras e refere que houve aumento maior que 10% na prevalência de mulheres esterilizadas. Segundo a autora, esta alta prevalência se deve à falta de alternativas anticoncepcionais e aos perigos do aborto provocado. A esterilização era o único método

confiável para 70% das mulheres que realizaram laqueadura tubária, sendo que 43% experimentaram falha de método antes da esterilização. “Foi encontrada associação entre ter tido problemas durante o uso de um método reversível e ter se submetido à esterilização antes dos 30 anos.”⁴

“Os fatores mais encontrados associados ao arrependimento são: fatores demográficos, tais como idade e paridade; fatores sociais, como mortalidade infantil, índices de divórcio, qualidade nos serviços de planejamento familiar; e fatores pessoais. Estes últimos incluem algumas características individuais que influenciam o processo de decisão, tais como a idade na esterilização, o número e o sexo dos filhos vivos e a qualidade da relação conjugal entre os membros do casal.”⁴

Para Chames e cols²³ as características da mulher ou casal que desejaram reversão foram: idade jovem (menos que 30 anos) no momento da laqueadura, história marital complexa, brancas, baixa escolaridade, a maioria possuía (68%) entre 3 a 5 filhos e tinham como método contraceptivo previamente utilizado o hormonal - mais associado a paraefeitos - e desconhecimento de outros métodos.

Van Voorhis¹⁸, em 2000, referiu como principal fator de risco para o arrependimento idade jovem (menos que 30 anos) no momento da laqueadura. O segundo principal fator de risco foi mudança no estado civil após a esterilização e que “apesar deste fator nem sempre ser previsto no momento da esterilização, estudos demonstram que a desarmonia marital no momento da esterilização é fator de risco para arrependimento.”¹⁸

Schmidt e cols¹⁹, em 2000, publicaram um estudo prospectivo de mulheres que haviam se submetido à laqueadura tubária. As pacientes foram acompanhadas por, pelo menos, 5 anos e a cada entrevista de seguimento foi perguntado às mulheres se elas tinham solicitado informações ou realizado reversão. Em 14 anos, a taxa de arrependimento foi de 14,3%, sendo que apenas nas mulheres jovens (18 a 24 anos) esta taxa foi de 40%. Não houve relação entre o número de filhos vivos e arrependimento. Foram encontradas maiores taxas de arrependimento em mulheres jovens que não eram da raça branca e não casadas. Das mulheres que solicitaram informação sobre reversão de laqueadura, 57% solicitaram o procedimento, mas apenas 1,1% realizaram reversão.

Fernandes e Bahamondes¹⁵, em 1996, realizaram um estudo sobre fatores etiológicos de esterilidade conjugal demonstrando que aproximadamente 25% das consultas de esterilidade consistiam de solicitação de reversão de laqueadura tubária.

Para os autores, a idade média no momento da primeira consulta de esterilidade foi de 31,3 anos, o que torna o prognóstico destas mulheres melhor, pois quanto maior a idade da paciente, menores as chances de gestação devido ao menor número de ciclos ovulatórios.

Menegocci e cols²⁰, realizaram uma revisão sobre reanastomose tubária pós-laqueadura. Os autores iniciaram pelo aconselhamento do casal que deve levar em consideração as razões que motivaram a laqueadura (inclusive indicação médica). Na seleção das pacientes é necessário conhecer as condições da extremidade distal das trompas. “...preferir, dentre os métodos de esterilização existentes, aqueles que facilitam a recanalização tubária, evitando-se as fimbriectomias, a retirada de grandes porções das trompas e as eletrocoagulações extensas durante a esterilização pela laparoscopia.”²⁰

O período do ciclo ideal para a realização da reanastomose foi o período proliferativo do ciclo menstrual, por favorecer a cicatrização e diminuir o sangramento. Pode-se prolongar este período utilizando-se estrogênios no pós-operatório.

Pereira e cols⁶ realizaram um estudo envolvendo 42 pacientes que se submeteram à reanastomose cirúrgica das tubas uterinas. A metodologia aplicada pelos autores constou, além da técnica cirúrgica, de tempos propedêuticos que antecedem a operação: espermograma, teste pós-coito, histerossalpingografia, provas de ovulação (biópsia de endométrio e dosagens de progesterona) e laparoscopia, visando detectar causas concomitantes de infertilidade. A técnica cirúrgica segue os seguintes passos: 1) suspensão uterina (introdução de compressas na cavidade vaginal), 2) identificação do local da laqueadura com injeção de azul de metileno no coto proximal, 3) preparo dos cotos, 4) aproximação da mesossalpinge, 5) justaposição e sutura dos cotos (4 pontos na camada muscular e de 4 a 6 pontos na serosa), 6) prova com solução de azul de metileno para comprovar a permeabilidade tubária e ocorrência de escape pela luz.

A hemostasia foi realizada com cautério bipolar para evitar lesões importantes dos tecidos⁶, evitando a formação de aderências posteriores²⁰.

Florêncio e cols²¹ utilizaram sutura em 2 planos: 4 pontos na muscular e sutura contínua na serosa.

Menegocci e cols²⁰ recomendaram a sutura dos cotos em 2 planos, com 3 a 4 pontos na muscular e 3 a 4 pontos na serosa, evitando a mucosa pois pode ocorrer implante de células na muscular favorecendo gestação ectópica. Os fios utilizados são de *nylon* ou ácido poliglicólico, de 6.0 a 10.0. O *catgut* deve ser evitado por levar a uma reação inflamatória

crônica e conseqüente fibrose, gerando um comprometimento da permeabilidade e peristaltismo tubário. A reconstrução tubária deve ser realizada com lentes com aumento de pelo menos 4 vezes, mas o uso de microscópio resulta em sucesso 4 vezes maior.

As aderências são prevenidas com a lavagem da cavidade peritoneal com solução fisiológica retirando coágulos e fragmentos; deve-se também evitar a presença de talco nas luvas.. O campo operatório recebe irrigação contínua para evitar o ressecamento da serosa. Com a introdução de técnicas microcirúrgicas na reanastomose tubária, diminuiu o número de gestações ectópicas.

Cunha e cols¹⁰, descreveram 10 casos de recanalização tubária videolaparoscópica.. A sutura foi realizada em um só plano (camadas serosa e muscular), mas antes foi realizado um ponto na mesossalpinge para aproximar os cotos. A taxa de permeabilidade alcançada foi de 88,8%, sendo 44,4% a taxa de gestação.

Os resultados obtidos por Pereira e cols⁶ foram: 30 gestações (70%), sendo 27 gestações a termo, 2 abortos e 1 ectópica. A maioria das gestações ocorreu entre 6 e 12 meses.

Cedenho e cols⁷ acompanharam 19 pacientes que haviam sido submetidas à reanastomose tubária por laparotomia e microcirurgia por um período de um ano. A taxa total de gestação foi de 84,2%, sendo 79% gestações tópicas e 5% ectópicas. O intervalo de tempo médio entre a reanastomose e a gestação foi de 4 meses.

Chowdhury e cols⁸, realizaram um trabalho com 200 pacientes que realizaram reversão microcirúrgica de ligadura tubária, com emprego de lupas. Acompanharam 148 pacientes por um período de 13 a 60 meses. A taxa total de gestação foi 54,6%, sendo que, 70% destas ocorreram no primeiro ano pós-reanastomose. Da taxa total de gestações, 81,4% chegaram a termo, sendo que houve 13,5% de aborto e 4,9% de ectópica.

Soares²⁷, em 1989, relatou 6 casos de pacientes previamente submetidas a reanastomose tubária. A histerossalpingografia foi realizada no pré-operatório. O resultado foi 66% de gestação a termo e 83,33% de permeabilidade.

Izzo e cols⁵ avaliaram os resultados encontrados na literatura tanto de recanalização tubária pela técnica convencional, quanto pela técnica microcirúrgica e concluíram que na primeira, o índice de fertilidade foi de 22 a 49% e na segunda, este índice foi de 65%, sendo que a freqüência de ectópicas foi 2 a 3 vezes menor. “Através da microcirurgia, que permite melhor dissecação das áreas comprometidas, melhor hemostasia e melhor coaptação dos cotos

da tuba, pode-se reduzir o trauma às estruturas locais, diminuir a incidência de aderências locais e reconstruir a tuba de forma eficiente.”⁵

No estudo de Chames e cols¹¹, os fatores prognósticos em relação ao sucesso da reversão foram extensão das tubas, doença pélvica adicional, técnica cirúrgica para laqueadura tubária, idade no momento da reanastomose e tempo entre a esterilização e a reanastomose – menor que 5 anos, melhor prognóstico.

A taxa de gestação segundo a literatura consultada pelos autores, foi em média de 72,7%, sendo que houve 3% de ectópica e de 22,7% abortos. O tipo de esterilização, o local da anastomose e o comprimento tubário final foram citados como fatores que influenciam o resultado.¹¹

Para Pereira e cols⁶, o segmento tubário em que a reanastomose foi realizada interferiu nos resultados. “Quanto mais distal for a anastomose amplia-se a dificuldade técnica e os resultados.”⁶ Os melhores resultados foram obtidos quando a reanastomose foi realizada na porção ístmica.

Para os autores, a longitude do segmento tubário está relacionada ao sucesso da reanastomose, sendo que, se menor do que 5 centímetros limita a fertilidade e aumenta o número de ectópicas.

Cedenho e cols⁷ demonstraram em seu trabalho que todas as pacientes que tiveram gestação tinham comprimento tubário final de pelo menos 5 centímetros. “O procedimento de esterilização ideal é o que produz a menor chance de falhas (gravidez indesejada) e a maior possibilidade de reversão.”⁷

Para Van Voorhis¹⁸, o comprimento final da tuba também foi fator prognóstico relacionado ao sucesso da cirurgia.

Florêncio e cols²¹, em 1996, realizaram uma análise dos fatores prognósticos em relação à reanastomose tubária microcirúrgica realizada em 45 pacientes, sendo que 39 tiveram acompanhamento por pelo menos 6 meses.

As pacientes foram divididas em 2 grupos: grupo 1 (pacientes que tiveram gestação) e grupo 2 (pacientes que não gestaram). A média de idade foi semelhante entre os dois grupos, assim como o tempo decorrido desde a laqueadura tubária.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação ao tamanho médio das tubas pós-recanalização: comprimento médio no grupo 1 foi de 6,4 centímetros e no grupo 2 de 5,26 centímetros. Em trompas menores que 3 cm não houve gestação, contudo

o índice de gestação, após 12 meses, foi semelhante entre o grupo com comprimento tubário de 3 a 5 cm e o grupo com comprimento tubário maior que 5 cm. Não houve diferença nos resultados quando a reanastomose foi realizada em uma ou ambas as tubas. Os autores concluíram que “trompas que apresentem tamanho final superior de 3 a 4 cm, histerossalpingografia permeável três meses pós-cirurgia e ausência de fatores outros de infertilidade, têm boa chance de gravidez, independente do número de anos de intervalo ligadura- recanalização.”²¹

Bueno e cols²⁸, em 1996, realizaram uma atualização sobre laparoscopia no tratamento cirúrgico de pacientes com laqueadura tubária. Referiram a importância da laparoscopia para avaliação do coto tubário distal (a histerossalpingografia permite o estudo do coto proximal), uma vez que, não se deve realizar reanastomose se a tuba resultante for menor que 3 cm de comprimento (portanto devemos ter, antes da operação, no mínimo 5 cm de tuba aparentemente saudável).

Cedenho e cols⁷ obtiveram taxa de permeabilidade tubária de 100% em todas as pacientes, apesar da taxa de gestação de 84,2%.

Menegocci e cols²⁰ também comentaram que os índices de gestação são menores que os índices de permeabilidade tubária: “Embora haja permeabilidade, pode ocorrer comprometimento funcional do transporte do óvulo (decorrente da contratilidade tubária, da atividade ciliar e da circulação de fluidos) e, ainda, da disposição alterada das pregas mucosas.”²⁰

Koh e Janik²², em 1999, referiram que ocorreu um sinergismo quando a laparoscopia foi associada à microcirurgia nos casos de reanastomose tubária, por diminuir a exposição e dissecação excessiva, reduzindo a formação de aderências. A taxa de gestação em 12 meses foi de 71% e o índice de ectópica foi de 5%.²²

Para Bueno e cols²⁸, a laparoscopia não tem vantagem adicional sobre a laparotomia em relação a prevenção de aderências, pois embora reduza a extensão do trauma, não permite um controle tão preciso de dano tecidual e sangramento como ocorre na microcirurgia.

Yoon e cols²³, em 1997, realizaram um estudo sobre fertilidade após anastomose tubária microcirúrgica laparoscópica. Os autores reconheceram as vantagens da laparoscopia: menos desconforto e complicações no pós-operatório, melhor cicatrização, tempo de recuperação mais curto, com retorno às atividades normais mais cedo. Não obstante, reconheceram que a laparoscopia é mais difícil de realizar que a laparotomia, pois o tecido é visualizado através de

um monitor, a manipulação é realizada de maneira indireta através de instrumentos e a sutura feita com fios finos.

Os autores acompanharam 49 pacientes que haviam realizado a microcirurgia laparoscópica para reconstrução tubária por pelo menos 12 meses. Todas pacientes realizaram histerossalpingografia e ultrassonografia pélvica no pré-operatório, sendo que em alguns casos foi solicitado diagnóstico laparoscópico (se o tipo de esterilização era incerta ou nos casos de suspeita de importantes aderências pélvicas). A taxa total de gestação foi 77,6% (38/49), sendo que uma resultou em aborto e uma era gestação ectópica. O tempo médio entre a reanastomose e a obtenção de gestação foi de 2,5 meses. Não houve diferença estatisticamente significativa no resultado considerando técnica de esterilização, local das anastomoses, comprimento das tubas, anastomose unilateral ou bilateral e eventual necessidade de operação associada, como lise de aderências, miomectomia e enucleação ou cauterização de endometriose.²³

Kim e cols⁹, em 1997, avaliaram uma série de 1118 casos de pacientes submetidas à reanastomose tubária, sendo que 922 foram acompanhadas por mais de 5 anos. A técnica microcirúrgica foi utilizada. A sutura foi realizada com fio de ácido poliglicólico e os tecidos foram irrigados constantemente com solução salina. Após a operação, a tuba foi mensurada.

O tipo de esterilização não influenciou na taxa de gestação, mas o tamanho final foi relacionado ao método utilizado na laqueadura tubária. O comprimento tubário foi maior no grupo que obteve gestação, porém não foi estatisticamente significativo. Entretanto, o intervalo da cirurgia à gestação diminuiu significativamente com o aumento do comprimento da tuba. A idade da paciente no momento da reanastomose foi um fator importante: as pacientes que obtiveram gestação tinham idade média significativamente menor que nas pacientes que não gestaram. O tempo decorrido desde a laqueadura tubária não influenciou no resultado.⁹

Por outro lado, Menegocci e cols²⁰, em sua revisão, referiram que o tempo decorrido desde a laqueadura, principalmente se superior a 5 anos, diminuiu a taxa de sucesso da reversão da laqueadura tubária.

Cunha e cols¹⁰ também relacionaram este tempo decorrido com os resultados da reanastomose.

O tempo decorrido entre a realização da laqueadura e a reconstrução tubária também interferiu nos resultados - quanto mais precoce melhor - assim como a idade da mulher no momento da reversão.⁶

Para Van Voorhis¹⁸ a idade da mulher no momento da reversão também foi fator prognóstico relacionado ao sucesso da cirurgia.

Kim e cols¹³ em outro estudo realizado em 1997, avaliaram 387 pacientes submetidas à reanastomose tubária microcirúrgica e chegaram a um índice de gestação de 91,6%, sendo que a maioria ocorreu nos primeiros 6 meses. O tamanho da tuba influenciou a taxa de gestação: em tubas maiores ou iguais a 7 centímetros foi de 93,3%, enquanto que em tubas menores que 7 centímetros foi de 79,1%. O tipo de esterilização também influenciou a taxa de gestação. Por outro lado, o tempo decorrido desde a laqueadura assim como o local da anastomose não interferiram nos resultados. A idade média foi menor no grupo de mulheres que gestaram. Pacientes acima de 40 anos tiveram uma taxa de gestação significativamente menor, entretanto, não houve diferenças entre os grupos etários abaixo de 40 anos.

Cohen e cols²⁹, em 1999, num estudo retrospectivo, avaliaram os resultados obtidos após reversão de esterilização em mulheres de idade reprodutiva avançada. Os autores distribuíram as pacientes que realizaram reanastomose tubária por faixa etária. A taxa de gestação foi menor nas pacientes acima de 40 anos e acima de 42 anos não houve gestação. Abortos e ectópicas foram similares entre todos os grupos etários. Os autores associaram esta queda na taxa de gestação com distúrbios ovarianos e parceiros mais velhos, freqüentemente também com distúrbios.

Hendrix e cols¹⁷, em 1999, realizaram uma comparação entre a vasectomia e a laqueadura tubária. Aproximadamente 2% das mulheres e 2 a 3% dos homens esterilizados requisitaram reversão. O custo da reversão da laqueadura tubária foi cerca de um terço a mais que o custo da reversão de vasectomia.

Os resultados da reversão de laqueadura tubária variaram conforme o tipo de técnica utilizada para a esterilização, com taxa de gestação de 43% para a eletrocoagulação a 88% para oclusão com clipe. No caso da reversão de vasectomia, o sucesso da reversão está relacionado ao tempo decorrido desde a esterilização. Se este tempo for menor que 3 anos ocorre gestação em 76%; entre 3 a 8 anos este número cai para 53%; entre 9 a 14 anos ocorre gestação em apenas 44% dos casos; e se maior ou igual a 15 anos, o sucesso é de 30%.

3.OBJETIVO

Relatar os motivos que levaram as pacientes a realizarem a operação de reversão da laqueadura tubária, assim como os fatores que influenciaram no arrependimento e fatores prognósticos em relação ao sucesso da operação, comparando-os com os dados encontrados na literatura.

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo, um relato de casos, portanto visa abordar os aspectos relativos às pacientes estudadas, correlacionando-os com a literatura, mas que não pode ser estatisticamente aplicado para uma população maior.

O nome de cada paciente deste estudo foi obtido em fichas de consultório médico e de livros de cirurgia, assim como, prontuários do Serviço de Arquivo Médico da Maternidade Carmela Dutra. Foram levantados os nomes de todas as pacientes que se submeteram à operação para reversão de laqueadura tubária dentro do período de 1992 a 2001; portanto, todas as pacientes que tivessem a reversão de laqueadura tubária descrita como procedimento realizado – também procurada como reanastomose tubária e salpingoplastia.

Foram encontrados 16 nomes de pacientes que realizaram reversão de laqueadura tubária, mas apenas 6 pacientes foram localizadas, através de contato telefônico, sendo aplicado um protocolo de coleta de dados (apêndice), incrementando as informações previamente coletadas nas fichas e prontuários médicos.

É importante lembrar que muitas pacientes não foram localizadas, em especial aquelas nas quais a operação foi realizada há mais tempo, devido desatualização de endereços nos prontuários, ficando, portanto, fora do estudo em questão.

O protocolo de coleta de dados foi dividido em 2 partes, sendo cada parte relacionada a um momento na vida da paciente.

A primeira parte refere-se à coleta de dados relacionados aos antecedentes gineco-obstétricos, no momento da realização da laqueadura tubária, sendo analisadas as seguintes variáveis: paridade, uso e conhecimento prévio de outros métodos contraceptivos, idade, estado civil, estado psicológico em relação ao companheiro e filhos, se a paciente acha que foi coagida a realizar a laqueadura tubária, técnica cirúrgica utilizada na laqueadura, se a operação foi realizada no intervalo ou após gestação e neste caso, que tipo de parto e se a laqueadura foi feita através de SUS, convênio ou particular.

Na segunda parte foram coletados dados relacionados ao momento do arrependimento, sendo analisadas as seguintes variáveis: motivos do arrependimento e tempo decorrido desde

a realização da laqueadura tubária, assim como dados relacionados ao momento da reversão (idade, estado civil e quantos filhos possui no momento, ou seja, o resultado da reversão).

5. RELATO DE CASOS E RESULTADOS

Caso 1

Identificação: ADM, 42 anos

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Gesta 3, para 2, cesárea 1.
- Métodos anticoncepcionais usados: anticoncepcional oral e preservativo.
- Métodos anticoncepcionais conhecidos antes de fazer a laqueadura: anticoncepcional oral, DIU, diafragma, anticoncepcional injetável, preservativo e tabela.
- Quanto ao momento da laqueadura tubária: 30 anos de idade, casada, estado psicológico em relação ao companheiro estava ruim e em relação aos filhos estava bom, refere ter se sentido coagida a realizar a laqueadura.
- Laqueadura realizada após gestação, pós-parto cesáreo, particular.
- Técnica cirúrgica utilizada para realização da laqueadura: não sabe.

Dados Atuais:

- Tempo decorrido entre a laqueadura e o arrependimento: 5 anos.
- Motivo do arrependimento: apenas desejo de ter outro filho.
- Idade no momento da reversão: 42 anos.
- Estado civil no momento da reversão: união estável.
- Resultado da reversão: BHCG positivo no momento (28/09/01).

Caso 2

Identificação: TMPSR, 38 anos

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Gesta 2, cesárea 2.
- Métodos anticoncepcionais usados: anticoncepcional oral e preservativo.
- Métodos anticoncepcionais conhecidos antes de fazer a laqueadura: anticoncepcional oral, DIU, diafragma, anticoncepcional injetável, preservativo e tabela.

- Quanto ao momento da laqueadura tubária: 24 anos de idade, casada, estado psicológico em relação ao companheiro estava ruim e em relação aos filhos estava bom, refere ter se sentido coagida a realizar a laqueadura.
- Laqueadura realizada após gestação, pós-parto cesáreo, particular.
- Técnica cirúrgica utilizada para realização da laqueadura: não sabe.

Dados atuais:

- Tempo decorrido entre a laqueadura e o arrependimento: no puerpério.
- Motivo do arrependimento: nova união.
- Idade no momento da reversão: 36 anos.
- Estado civil no momento da reversão: casada.
- Resultado da reversão: 1 filho.

Caso 3

Identificação: RSS, 34a

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Gesta 1, cesárea 1.
- Métodos anticoncepcionais usados: anticoncepcional oral.
- Métodos anticoncepcionais conhecidos antes de fazer a laqueadura: anticoncepcional oral, DIU, anticoncepcional injetável, preservativo e tabela.
- Quanto ao momento da laqueadura tubária: 27 anos de idade, casada, estado psicológico em relação ao companheiro estava bom, refere não ter se sentido coagida a realizar a laqueadura.
- Laqueadura realizada após gestação, pós-parto cesáreo, particular.
- Técnica cirúrgica utilizada para realização da laqueadura: não sabe.

Dados atuais:

- Tempo decorrido entre a laqueadura e o arrependimento: 1 ano.
- Motivo do arrependimento: falecimento de filho.
- Idade no momento da reversão: 28 anos.
- Estado civil no momento da reversão: casada.
- Resultado da reversão: 1 filho.

Caso 4

Identificação: LB, 38 anos

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Gesta 3, cesárea 2, aborto 1.
- Métodos anticoncepcionais usados: nenhum.
- Métodos anticoncepcionais conhecidos antes de fazer a laqueadura: anticoncepcional oral, DIU, diafragma, anticoncepcional injetável, preservativo e tabela.
- Quanto ao momento da laqueadura tubária: 23 anos de idade, casada, estado psicológico em relação ao companheiro estava razoável e em relação aos filhos estava bom, refere não ter se sentido coagida a realizar a laqueadura.
- Laqueadura realizada após gestação, pós-parto cesáreo, particular.
- Técnica cirúrgica utilizada para realização da laqueadura: não sabe.

Dados atuais:

- Tempo decorrido entre a laqueadura e o arrependimento: 14 anos.
- Motivo do arrependimento: nova união.
- Idade no momento da reversão: 37 anos.
- Estado civil no momento da reversão: união estável.
- Resultado da reversão: não houve gestação.

Caso 5

Identificação: MABR, 39 anos

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Gesta 1, cesárea 1.
- Métodos anticoncepcionais usados: anticoncepcional oral.
- Métodos anticoncepcionais conhecidos antes de fazer a laqueadura: anticoncepcional oral, DIU, diafragma, anticoncepcional injetável, preservativo e tabela.
- Quanto ao momento da laqueadura tubária: 32 anos de idade, casada, estado psicológico em relação ao companheiro estava bom, refere não ter se sentido coagida a realizar a laqueadura.
- Laqueadura realizada após gestação, pós-parto cesáreo, SUS.
- Técnica cirúrgica utilizada para realização da laqueadura: não sabe.

Dados atuais:

- Tempo decorrido entre a laqueadura e o arrependimento: 1,5 anos.

- Motivo do arrependimento: falecimento de filho.
- Idade no momento da reversão: 34 anos.
- Estado civil no momento da reversão: casada.
- Resultado da reversão: 1 filho.

Caso 6

Identificação: TS, 35 anos

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Gesta 2, para 1, cesárea 1.
- Métodos anticoncepcionais usados: anticoncepcional oral.
- Métodos anticoncepcionais conhecidos antes de fazer a laqueadura: anticoncepcional oral, DIU, preservativo e tabela.
- Quanto ao momento da laqueadura tubária: 25 anos de idade, casada, estado psicológico em relação ao companheiro estava ruim e em relação aos filhos estava bom, refere ter se sentido coagida a realizar a laqueadura.
- Laqueadura realizada após gestação, pós-parto cesáreo, particular.
- Técnica cirúrgica utilizada para realização da laqueadura: não sabe.

Dados atuais:

- Tempo decorrido entre a laqueadura e o arrependimento: 4 anos
- Motivo do arrependimento: nova união.
- Idade no momento da reversão: 34 anos.
- Estado civil no momento da reversão: união estável.
- Resultado da reversão: não houve gestação.

6. DISCUSSÃO

As variáveis do presente estudo foram classificadas como: (1) causas de arrependimento, (2) fatores que influenciam no arrependimento e (3) fatores prognósticos em relação ao sucesso da operação.

Os fatores que influenciam no arrependimento pesquisados nas pacientes deste estudo foram: paridade no momento da laqueadura; uso e conhecimento prévio de outros métodos contraceptivos, idade, estado civil e estado psicológico em relação ao companheiro e aos filhos no momento da esterilização; se a paciente se sentiu pressionada a realizar a laqueadura; momento da laqueadura em relação ao parto (e que tipo de parto) e se a laqueadura foi paga ou gratuita; e estado civil no momento da reversão.

Os fatores prognósticos em relação ao sucesso da reanastomose foram: técnica da laqueadura, tempo decorrido entre o arrependimento e a recanalização e idade no momento da reversão.

6.1. Causas de arrependimento

Há várias causas de arrependimento que podem motivar a mulher a buscar informações sobre a operação de reanastomose tubária.

A principal causa de arrependimento encontrado na literatura foi o desejo de ter mais filhos. Este desejo pôde estar sozinho ou acompanhado de cofatores como troca de parceiro (nova união) ou óbito de um filho.^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 30, 31}

O cofator mais freqüentemente encontrado na literatura foi a nova união.^{1, 2, 3, 7, 10, 11, 30, 31} Mas alguns autores consideraram o principal cofator o óbito de um filho.^{8, 9} Porém, Barbosa e cols³ concluíram que a principal causa de arrependimento foi o desejo de ter mais filhos sem relação com outros cofatores.

Para Vieira⁴, as prevalências destes cofatores que acompanham o desejo de ter novos filhos variam de um país para o outro. Em países desenvolvidos, a principal causa de arrependimento é nova união, enquanto que nos países em desenvolvimento a causa que prevalece é o óbito de um filho.⁴ Os dois estudos que consideraram o principal cofator o óbito

de um filho foram realizados em Bangladesh⁸ e Seul⁹, confirmando o que foi comentado por Vieira⁴.

No presente estudo foram encontradas as seguintes causas de arrependimento: nova união (em 3 pacientes), óbito de um filho (em 2 pacientes) e desejo de nova gestação sem cofatores associados (em uma paciente - apesar desta paciente estar em nova união, a mesma referiu que este fato não influenciou na sua decisão de realizar a reversão da laqueadura tubária). Portanto, a causa de arrependimento em todas as pacientes foi o desejo de obter nova gestação, sendo na maior parte motivado por nova união.

Outras causas de arrependimento encontradas na literatura, embora menos comuns, foram: os distúrbios menstruais^{1, 3}, as alterações sexuais^{1, 3, 5}, as anormalidades sistêmicas^{1, 3} e fatores sociais^{4, 5, 6, 11}.

Os distúrbios menstruais mais comuns foram a hipermenorréia e a irregularidade menstrual.^{1, 2} Dentre as alterações sexuais destacaram-se a piora do desempenho sexual, frigidez e dispareunia.¹ A obesidade¹, a algia pélvica¹ e os fatores psicológicos^{5, 6, 11} foram as anormalidades sistêmicas encontradas. Como fatores sociais foram citados: religião^{4, 5} e mudança de condição sócio-econômica^{6, 11}.

Dias e cols²³ descartaram a existência da síndrome pós-laqueadura tubária - caracterizada pelos autores por alterações do ciclo menstrual, algia pélvica, dismenorréia, dispareunia, tensão pré-menstrual e manifestações psicológicas - num estudo que envolveu 300 pacientes previamente submetidas à laqueadura tubária.

6.2. Fatores que influenciam no arrependimento

Vários fatores influenciaram no arrependimento pós laqueadura tubária. O conhecimento destes fatores tem importância, uma vez que alguns poderiam ser identificados no momento da esterilização, nos auxiliando no prognóstico de arrependimento futuro, facilitando o aconselhamento pré-operatório do casal e a tomada de decisão.

Dentre os autores que abordaram este assunto, a maioria referiu que o número de filhos vivos não interfere no risco de arrependimento.^{1, 2, 18} Vieira⁴, porém, afirmou que a paridade influencia no arrependimento e que isto está relacionado tanto com o número quanto com o sexo dos filhos vivos. Hendrix e cols¹⁷ também demonstraram que o número de filhos está relacionado com o risco de arrependimento.

Dentre as pacientes deste estudo, uma teve 3 filhos, três pacientes tiveram 2 filhos e duas pacientes tiveram um filho. A paridade deve ser relacionada com número de filhos vivos no momento da reversão para ser avaliada como fator prognóstico de arrependimento, uma vez que o óbito de filhos pode ser a causa do arrependimento. No presente estudo, as duas pacientes que tiveram 1 filho foram motivadas a procurar a reversão devido ao óbito dos seus filhos.

Em relação ao óbito de filhos, Menegocci e cols²⁰ e Leal²⁶ comentaram que a esterilização não deve ser realizada no momento do parto, pois não é possível prever o que pode ocorrer com o recém-nascido.

A orientação pré-operatória influenciou no risco de arrependimento pós laqueadura tubária.^{1, 15, 3, 4, 16, 7} “...o grau de arrependimento é diretamente proporcional à uma orientação inadequada.”¹ A orientação pré-operatória deve incluir informações sobre outros métodos contraceptivos e sobre a irreversibilidade da ligadura, assim como deve alertar o casal quanto à possibilidade de arrependimento futuro.

Quatro pacientes tinham conhecimento de todos os métodos contraceptivos que constavam do protocolo deste estudo – anticoncepcional oral, injetável, DIU, preservativo, diafragma e tabela. Não foi questionado às pacientes sobre o conhecimento de como usar estes métodos.

Quanto aos métodos utilizados previamente, cinco pacientes referiram o uso de anticoncepcional oral, sendo que em três pacientes foi o único método contraceptivo experimentado antes da laqueadura. A escolha da laqueadura pode estar relacionada às dificuldades encontradas no uso deste método (efeitos colaterais, esquecimento da tomada diária do medicamento ou dúvidas em relação à sua eficácia). Para Vieira⁴ problemas com o uso da pílula antes da laqueadura influencia no arrependimento futuro, além de que, há muita desinformação em relação à eficácia e segurança dos métodos contraceptivos.

Portanto, a orientação pré-operatória adequada deve abordar amplamente todos os métodos contraceptivos. Os efeitos colaterais de cada método devem ser discutidos e retirados alguns estigmas como, por exemplo, que a pílula não é um método contraceptivo seguro. Desta forma, deve ser informado o uso correto de cada método.

Algumas pacientes recorrem a laqueadura tubária por comodidade, ou seja, por desejarem um método contraceptivo a longo prazo. Destas pacientes, muitas acham que a laqueadura tubária é um método reversível facilmente⁴. Para evitar isto, é importante a orientação sobre

os métodos contraceptivos a longo prazo como DIU e implante, assim como a orientação sobre possibilidade futura de arrependimento e o esclarecimento de que a laqueadura tubária é proposta como um método definitivo. Devem ser abordadas também as dificuldades referentes a operação de reversão – custo e resultados, assim como ressaltar que nem todas as pacientes possuem condições cirúrgicas para a reversão (praticabilidade).

Quanto mais jovem a mulher no momento da laqueadura, maior o tempo em que esta permanecerá em idade reprodutiva. Mudanças podem ocorrer na vida desta paciente neste período, incluindo o desejo de nova gestação.

A idade da mulher no momento da esterilização foi considerado fator prognóstico para o arrependimento.^{14, 1, 15, 2, 3, 4, 16, 11, 17, 18, 19} Quanto mais jovem a mulher no momento desta operação, maior o risco de arrependimento. A porcentagem de arrependimento pode chegar a 50% em mulheres laqueadas com menos de 25 anos.^{4, 14} Van Voorhis¹⁸ encontrou que em mulheres com menos de 30 anos no momento da laqueadura foi 3 vezes mais comum a busca de informações sobre reversão deste procedimento.

No presente estudo apenas 2 pacientes foram esterilizadas com menos de 25 anos de idade, sendo que a causa do arrependimento nestas pacientes foi nova união.

O estado civil influenciou no risco de arrependimento.^{2, 4, 11, 17, 19} Ades² encontrou que no grupo de mulheres arrependidas em relação à laqueadura tubária havia maior número de mulheres em união consensual em relação ao grupo de mulheres satisfeitas, onde a maioria estava casada civilmente. “Esse dado foi atribuído ao fato de estarem, a maioria, em sua segunda ou terceira união.”² Vieira⁴ referiu que houve maior número de mulheres arrependidas entre aquelas que modificaram o estado civil que entre as mulheres que continuaram casadas após a laqueadura tubária. Chames e cols¹¹ encontraram que complexa história marital está associada ao arrependimento.

Todas as pacientes do presente estudo estavam casadas civilmente no momento da esterilização, sendo que quatro estavam em nova união no momento da reversão. Assim, apesar de que no momento da ligadura as pacientes estivessem casadas civilmente, portanto sem fator de risco para arrependimento em relação ao estado civil, como o proposto por Ades², quatro pacientes modificaram o estado civil após a laqueadura. Portanto, nas pacientes que participaram do presente estudo, o estado civil não foi fator de risco para o arrependimento.

A escolha pela esterilização feita sob pressão, ou seja, coação aumenta o risco de arrependimento.^{4,17}

Para Vieira⁴, a qualidade da relação conjugal influencia no arrependimento. Também Van Voorhis¹⁸ colocou a desarmonia marital no momento da esterilização como fator de risco para o arrependimento.

Um fator possível de ser previsto no momento de esterilização e que foi importante em quatro pacientes foi o estado psicológico em relação ao companheiro. Dentre as quatro pacientes que estavam em nova união no momento da reversão, três consideraram que o estado psicológico em relação ao companheiro estava ruim no momento da laqueadura e uma considerou razoável. Das três pacientes que consideraram o estado psicológico em relação ao companheiro ruim no momento da laqueadura, todas se sentiram coagidas a realizarem a esterilização. As outras três pacientes referiram que não se sentiram coagidas, sendo que as duas pacientes que solicitaram reversão por óbito do filho consideraram o estado psicológico em relação ao companheiro bom no momento da laqueadura.

Assim, a relação conjugal deve ser abordada no aconselhamento pré-operatório, assim como deve ser excluída a possibilidade da paciente estar sendo coagida.

Neste estudo, todas as pacientes que já possuíam filhos consideraram o estado psicológico em relação aos filhos bom no momento da laqueadura.

O momento da realização da laqueadura não influenciou no arrependimento para Barbosa e cols¹ Por outro lado, Van Voorhis¹⁸ referiu que esta quando associada com outro procedimento aumenta o risco de arrependimento e por isto, alguns autores defendem que a laqueadura não deveria ser realizada no pós-parto.

As esterilizações pagas predominaram sobre as gratuitas, mas o custo não foi um fator que contribuiu para o arrependimento futuro.¹ Porém, para Vieira⁴, o fato de ter que pagar pela laqueadura tubária acabou sendo um obstáculo para o arrependimento: “Mulheres que pagaram pela cirurgia têm menor chance de se arrepender...”. Refere ainda que as mulheres que obtiveram a operação de forma gratuita “...têm maior chance de ter tido indicação médica para a cirurgia, já que os dois fatores foram encontrados associados. Além disso, o preço da cirurgia para essa população representa um importante fator que faz ponderar e torna mais minucioso o processo de decisão.”⁴

Em todas as pacientes deste estudo a laqueadura foi realizada após a gestação, sendo o parto cesáreo. A laqueadura foi obtida através de pagamento por 5 pacientes.

O tempo decorrido desde a laqueadura tubária pode ser considerado tanto como fator que influencia no arrependimento, como fator prognóstico em relação ao sucesso da reanastomose, como será discutido adiante. O tempo decorrido desde a esterilização interferiu no risco de arrependimento. Quanto maior o tempo decorrido desde a laqueadura tubária, maior a taxa de arrependimento^{1, 3, 19}. Para Barbosa e cols¹ este fator está relacionado às diferentes taxas de arrependimento encontradas na literatura, pois o tempo de seguimento das pacientes após laqueadura tubária variou entre os diversos autores.

Desta forma, o tempo decorrido desde a laqueadura tubária deve ser relacionado à idade da paciente no momento da esterilização, pois paciente esterilizada jovem permanecerá mais tempo em idade reprodutiva e terá mais chances de ocorrerem mudanças na sua vida, como discutido anteriormente.

Nas pacientes deste estudo, o tempo decorrido desde a laqueadura variou de dias (puerpério) a 14 anos.

Outros fatores que influenciam o arrependimento encontrados na literatura e não abordados nas seis pacientes que fazem parte do presente estudo foram: a indicação da laqueadura, o grupo étnico e o nível de escolaridade.

Quanto à indicação médica da laqueadura tubária, para Schmidt e cols¹⁹ está relacionada a maior risco de arrependimento.

O grupo étnico não interferiu no risco de arrependimento para Ades.² Entretanto, Chames e cols¹¹ concluíram que pacientes brancas têm mais probabilidade de arrependimento. Por outro lado, Schmidt e cols¹⁹ encontraram maior taxa de arrependimento em pacientes não brancas, mas referiram que isto ocorreu pelo fato de que as pacientes que tiveram indicação médica para a realização da laqueadura tubária eram, na maioria, não brancas.

O grau de escolaridade não interferiu no risco de arrependimento para Ades.² Porém, Vieira⁴ considerou que o nível de escolaridade mais elevado aumentou o risco de arrependimento. Por outro lado, Chames e cols¹¹, Van Voorhis¹⁸ e Schmidt e cols¹⁹ referiram que a baixa escolaridade está relacionada ao maior risco de arrependimento.

6.3. Fatores prognósticos em relação ao sucesso da reanastomose

As condições cirúrgicas das tubas interferem no prognóstico da reanastomose.¹⁶ “A presença de extensas aderências locais e, principalmente, a prática da fimbriectomia,

salpingectomia ou ressecção de grandes segmento de trompa por ocasião da laqueadura podem tornar inexequível a tentativa de reconstrução tubária.”⁵ Menegocci e cols²⁰ referiram ser contra-indicação para reanastomose quando a laqueadura foi realizada por fimbriectomias, ressecções ou cauterizações extensas. Van Voohris¹⁸ também relacionaram a fimbriectomia e o uso do eletrocautério com pior prognóstico.

Para avaliar as condições das tubas, realizam-se exames pré-operatórios: histerossalpingografia e laparoscopia.^{5, 6, 28, 9, 18} A histerossalpingografia avalia o comprimento e a permeabilidade do coto proximal e é útil na detecção de alterações uterinas.^{5, 6, 32} A laparoscopia avalia a presença do coto distal, das fimbrias e de aderências.^{5, 6} Outros fatores de infertilidade devem ser investigados.^{5, 6, 7, 21, 9, 18}

A fertilidade conjugal prévia também é fator prognóstico.^{5, 11, 18} Izzo e cols⁵ referiram ser imprescindível o estudo do casal antes da reanastomose e que todas as pacientes que forem submetidas à reanastomose devem passar por estes estudos pré-operatórios. Pereira e cols⁶ sugerem que “...a propedêutica pré-operatória seja sempre estabelecida com rigor e realizada globalmente, no sentido de se conhecerem outros eventuais componentes da infertilidade tais como: fator masculino; distúrbio da ovulação ou mesmo alteração histológica no segmento da tuba laqueada.”⁶

Outro fator relacionado ao prognóstico da reanastomose é o comprimento tubário restante.^{5, 6, 7, 21, 13, 11, 18} Para Izzo e cols⁵, o comprimento final da tuba é um dos fatores mais importantes no sucesso da reversão e há perda completa da função das tubas quando são ressecados de 50 a 70% da trompa.⁵ Se a tuba restante for menor que 5 cm, constitui fator limitante da fertilidade.^{6, 7} Não se reanastomosa tuba menor que 3 cm.^{21, 28} Porém, Yoon e cols²³ não encontraram diferenças nos resultados entre os diferentes comprimentos tubários.

Quanto mais distal a reanastomose, maior a dificuldade técnica e piores os resultados⁶, sendo que a região ístmica apresentou melhor índice de gestação⁶. Quando a luz do coto proximal difere em calibre do coto distal, os resultados da reanastomose são inferiores aos obtidos quando os cotos possuem o mesmo calibre.²⁸ Mas, para Florêncio e cols²¹, o local de sutura só interfere nos resultados quando associado ao comprimento tubário final. “Por exemplo, uma anastomose corno-ampular tem índices sempre inferiores a uma corno-ístmica e nos parece evidente que isto se deve ao tamanho final da tuba, pois a perda de segmento é muito maior quando se necessita fazer uma sutura corno-ampular.”²¹ Para Yoon e cols²³ e Kim e cols⁹ o local da reanastomose não interferiu no resultado.

Florêncio e cols²¹ não encontraram diferença estatisticamente significativa nos resultados quando uma ou duas trompas foram recanalizadas. Isto também foi descrito por Yoon e cols.²³

Na literatura os melhores resultados foram obtidos através do emprego da técnica microcirúrgica para a operação de reanastomose tubária^{6, 20, 7, 21, 9}; habilidade do cirurgião^{5, 6, 21, 18}, hemostasia cuidadosa⁷ – com cautério bipolar para evitar lesão importante dos tecidos^{6, 20, 9} – uso de instrumental adequado⁷ e de fios apropriados^{6, 20}, incisão ampla “para evitar traumas peritoneais devido à manipulação excessiva ou à tração sobre os anexos”²⁰, auxílio de lentes^{6, 20, 7, 9, 33} e irrigação contínua do abdomen evitando desidratação tecidual e conseqüente formação de aderência^{20, 7, 9}.

O tipo de esterilização é fator prognóstico, pois influencia no comprimento tubário final, estando relacionado ao sucesso da reanastomose.^{13, 11, 18} Os diferentes métodos de laqueadura lesam em diversas intensidades as trompas.⁵ Izzo e cols⁵ consideraram o uso de clipe ou anéis como método que melhor favorece a reconstrução, em contraste com as técnicas de Pomeroy, Irwing e eletrocoagulação laparoscópica onde grande porção da tuba é lesada. Hendrix e cols¹⁷ demonstraram que a taxa de sucesso foi melhor quando a laqueadura foi realizada por oclusão mecânica, principalmente por clipe e anel, que na eletrocoagulação que destrói mais tecido. Yoon e cols²³ e Kim e cols⁹ não encontraram diferença significativa na taxa de gestação entre os diferentes métodos. Nenhuma das pacientes deste estudo soube informar a técnica utilizada na laqueadura tubária, assim como não foi encontrada esta informação nos registros médicos.

O intervalo de tempo entre a esterilização e a reversão também é um fator prognóstico.^{6, 20, 11} Quanto menor o tempo decorrido entre a laqueadura tubária e a reanastomose, melhor o prognóstico cirúrgico.^{6, 20, 11} Se este tempo for superior a 5 anos, o prognóstico declina rapidamente.²⁰ “...há menor possibilidade de sucesso quando a laqueadura tubária tem mais de 4 anos, por ocorrer atrofia da mucosa na porção ístmica da trompa e perda progressiva do epitélio ciliar com formação de pólipos.”²⁰ Izzo e cols⁵ e Kim e cols⁹ não encontraram relação entre este intervalo de tempo e os resultados da reconstrução tubária.

Diferentemente, no presente estudo foi considerado o tempo decorrido entre a laqueadura tubária e o arrependimento. Este intervalo de tempo foi importante fator prognóstico e variou de dias (uma paciente se arrependeu no puerpério, mas não soube precisar a data) a 5 anos nas pacientes que gestaram e de 4 a 14 anos nas pacientes que não gestaram após a reanastomose.

Quanto maior a idade da mulher, menor é a possibilidade de gestação^{15, 9, 13, 11, 18}. Isto ocorre devido a uma diminuição dos ciclos anovulatórios.¹⁵

Izzo e cols⁵ concluíram que deve-se evitar operar mulheres acima de 40 anos. Cohen e cols²⁹ encontraram menor taxa de gestação em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos no momento da reanastomose que em mulheres mais jovens, sendo que o tempo para a concepção foi significativamente mais curto nas pacientes abaixo de 35 anos. Defenderam o uso criterioso da reversão em pacientes acima de 40 anos, sendo que estas devem ser cuidadosamente orientadas quanto a baixa taxa de sucesso. Van Voohris¹⁸ referiu não ser aconselhável realizar reanastomose em mulheres acima de 43 anos e que em mulheres com idade igual ou superior a 42 anos a taxa de gestação é semelhante a um ciclo de fertilização “in vitro”.

Apesar disto, encontramos beta-HCG positivo em uma paciente com 42 anos no momento da reversão. As outras 3 pacientes que gestaram tinham no momento da reversão: 36, 28 e 34 anos. Enquanto que as pacientes que não gestaram tinham 37 e 34 anos nos momento da reversão.

As técnicas utilizadas no momento da laqueadura tubária devem não só levar em consideração a segurança como método contraceptivo, mas também permitir que o máximo de tuba seja preservada. Desta forma, o prognóstico desta paciente na ocasião de arrependimento futuro vai ser melhor. Isto é particularmente importante, uma vez que nem todos os fatores que influenciam no arrependimento podem ser detectados no momento da laqueadura tubária.

A importância do conhecimento dos fatores que influenciam no arrependimento pós-laqueadura tubária deve-se ao fato de que alguns destes podem já estar presentes no momento da laqueadura tubária: paridade no momento da laqueadura tubária, uso e conhecimento prévios de outros métodos contraceptivos, idade, estado civil e estado psicológico em relação ao marido no momento da laqueadura tubária e se a paciente se sentiu de alguma forma coagida a realizar a laqueadura tubária. Estes fatores devem ser discutidos na orientação pré-operatória. A paciente também deve ser informada da irreversibilidade do método e ser advertida a respeito da possibilidade de futuras mudanças na sua vida. Os métodos contraceptivos devem ser abordados e discutidos amplamente, desta forma, fornecendo à paciente a possibilidade de uma escolha consciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa CP, Pellini EAJ, Reis AV, Sato M, Lesser R, Marques RC, et al. Avaliação do grau de insatisfação pós laqueadura tubária em São Bernardo do Campo. Reprodução 1994 abr.-jun.; 9 (2): 159-62.
2. Ades A. Identificação de fatores associados ao arrependimento após laqueadura tubária. Rev Ginecol Obstet 1997 jan.-mar.; 8 (1): 30-6.
3. Barbosa CP, Pellini EA, Santos ME, Kairof MCN, Saes GF, Vendrame LS, et al. Avaliação do grau de insatisfação pós laqueadura tubária no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Faculdade de Medicina do ABC. Reprod Clim 1997 jul.- set.; 12 (3): 130-3.
4. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização feminina. Cad Saúde Pública 1998; 14 (Suppl. 1):59-68.
5. Izzo VM, Srougi M, Salvatore CA, Souza AZ. Reversão microcirúrgica da esterilização tubária. Ginecol Obstet Bras 1984; 7 (1):31-9.
6. Pereira DHM, Tognotti E, Antunes Júnior N, Veras M, Soares JB, Bastos AC, et al. Reanastomose microcirúrgica das tubas uterinas pós-laqueadura. Ginecol Obstet Bras 1986; 9 (2): 154-7.
7. Cedenho AP, Lima FB, Pereira MA, Mori MM. Microcirurgia e recanalização tubária: resultados. Rev Bras Ginecol Obstet 1996 mar.; 18 (2): 157-60.
8. Chowdhury TA, Chowdhury S. Reversal of female sterilization with minimum facilities in a developing country – Bangladesh experience. Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica- Supplement 1997 ago. 76 (Suppl. 167): 61.
9. Kim SH, Shin CJ, Kim JG, Moon SY, Lee JY, Chang YS. Microsurgical reversal of tubal sterilization: a report on 1,118 cases. Fertil Steril 1997 nov.; 68 (5): 865-870.
10. Cunha GB, Macedo G, Silva PRG, Florêncio RS, Alencastro JB. Recanalização tubária videolaparoscópica pós-laqueadura. Resultados iniciais. Rev Bras Ginecol Obstet 1998 mar.; 20 (2): 105-109.

11. Chames N, Teixeira NG, Badalotti M, Arent A, Petracco. Gestação após reversão de laqueadura tubária. *Acta Médica (Porto Alegre)* 1999; 20 (1): 173-81.
12. Ferreira ABH. *Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa*. 11ª edição. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira SA.
13. Kim JD, Kim KS, Doo JK, Rhyeu CH. A report on 387 cases of microsurgical tubal reversals. *Fertil Steril* 1997 nov.; 68 (5): 875-880.
14. Bahamondes L, Petta CA, Faúndes A, Bedone. Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um Serviço de esterilidade. *Femina* maio 1992; 20 (5): 360-2.
15. Fernandes AMS, Bahamondes L. Incidência dos fatores etiológicos de esterilidade conjugal nos Hospitais Universitários de Campinas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1996 jan.-fev.; 18 (1):29-6.
16. Petta CA, Dantas C, Hidalgo MM, Bahamondes L. Solicitações de reversão de laqueadura em um serviço de Esterilidade: o problema continua. *Reprod Clim* 2000 out.-dez.; 15 (4): 214-7.
17. Hendrix N, Chauhan S, Morrison JC. Sterilization and its consequences. *Obstetrical & Gynecol Surv* 1999 dez.; 54 (12): 766.
18. Van Voorhis, BJ. Comparision of tubal ligation reversal procedures. *Clinical Obstet Gynecol* 2000 set.; 43 (3): 641-649.
19. Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, Jeng G, Peterson HB. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborativa Rewiew of Sterlization. *Fertil Steril* 2000 nov. 74 (5): 892-898.
20. Menegocci JC, Sampaio Neto, LF, Módena MAB. Reanastomose tubária pós-laqueadura. *Femina* 1989 nov.; 17 (11): 934-7.
21. Florêncio RS, Castro CLA, Ferreira WA, Rocha ACC, Justo FAE. Recanalização tubária microcirúrgica: análise dos fatores prognósticos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1996 ago.; 18 (7): 563-7.
22. Koh CH, Janik GM. Laparoscopic microsurgical tubal anastomosis. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 1999 mar.; 26 (1): 189-200.
23. Yoon TK, Sung HR, Cha SH, Lee CN, Cha KY. Fertility outcome after laparoscopic microsurgical tubal anastomosis. *Fertil Steril* 1997 jan. 67 (1): 18-22.

24. Dias R, Nahás EAP, Rogenski OM, De Luca LA, Viscomi FA, Lopes RGC. Síndrome Pós- Laqueadura – repercussões clínicas e psíquicas da pós-laqueadura. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998; 20 (4): 199-205.
25. Peterson HB, Pollack AE, Warshaw JS. Esterilização tubária. In: Te Linde RW, Rock JA, Thompson JD. *Ginecologia Operatória*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 417-29.
26. Leal JWB. Ligadura tubária. In: Halbe HW. *Tratado de Ginecologia*. 2ª ed. São Paulo: Roca; 1994. v.1. p. 733-42.
27. Soares JL. Reanastomose tubária: microcirurgia. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1989 set.; 11 (9): 165-7.
28. Bueno JGR, Leite MLJGT, Borges Júnior E, Aoki T. Laparoscopia e o tratamento cirúrgico de pacientes com ligadura tubária. *Femina* 1996 set.; 24 (8): 717-9.
29. Cohen MA, Chang PL, Uhler M, Legro R, Sauer M, Lindheim SR. Reproductive outcome after sterilization reversal in women of advanced reproductive age. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 1999 set.; 16 (8): 402-404.
30. Gomel V. Reversal of female sterilization. In: Garcia CR, Mastroianni Jr L, Amelar RD, Dubin L. *Current therapy of infertility*. Philadelphia: BC Decker; 1988. v.3. p. 63-65.
31. Decherney AH, Diamond MP. Falopian tube reconstruction: midtubal anastomosis. In: Stangel JJ. *Infertility surgery: a multimethod approach to female reproductive surgery*. Connecticut: Prentice-Hall Internacional Inc; 1990. p. 277-285.
32. Decherney AH, Polan ML, Lee RD, Boyers SP. *Decision Making in Infertility*. Philadelphia: BC Decker; 1988. p. 86-91.
33. Boeckx W. Tubal and ovarian microsurgery. In: Brosens IA, Gordon AG. *Tubal infertility*. London: Gower Medical Publishing; 1990. 8p.

APÊNDICE

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE:

Nome:

RG:

Data:

Idade:

Ocupação:

Estado Civil: 1.() casada 2.() união estável 3.() solteira 4.() viúva 5.() divorciada

Endereço:

Telefone:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

G: P: C: A: E:

Método(s) anticoncepcional(s) usado(s):

1.() anticoncepcional oral

2.() anticoncepcional injetável

3.() DIU

4.() preservativo masculino/ feminino

5.() diafragma

6.() tabela

7.() outros

Conhecimento a respeito de outros métodos antes de fazer a ligadura? Quais?

1.() anticoncepcional oral

2.() anticoncepcional injetável

3.() DIU

4.() preservativo masculino/ feminino

5.() diafragma

6.() tabela

7.() outros

Data da realização da ligadura/ idade:

Estado civil no momento da ligadura: 1.() casada 2.() união estável 3.() solteira

4.() viúva 5.() divorciada

Quanto ao estado psicológico no momento da ligadura, o relacionamento com o companheiro estava: 1.() bom 2.() razoável 3.() ruim 4.() não tinha companheiro

E o relacionamento com os filhos no momento da ligadura estava: 1.() bom 2.() razoável 3.() ruim 4.() não tinha filhos

Acha que de alguma forma foi coagida a fazer a ligadura? 1.() sim 2.() não

Qual a técnica cirúrgica utilizada?

- 1.() Operação de Madlener
- 2.() Operação de Irving
- 3.() Operação de Pomeroy
- 4.() Operação de Uchida
- 5.() Operação de Aldridge
- 6.() Técnica de Kroener
- 7.() Colpotomia
- 8.() Laparoscopia
- 9.() Minilaparotomia
- 10.() Histeroscopia
- 11.() Não sabe.

Qual o momento em que a ligadura foi realizada?

- 1.() intervalo
- 2.() após gestação

Caso tenha sido realizada após gestação:

- 1.() pós- parto cesário
- 2.() pós- parto normal
- 3.() pós- aborto
- 4.() pós- ectópica

A ligadura foi feita através de: 1.() SUS 2.() convênio 3.() particular

DADOS ATUAIS:

Data da realização da reanastomose/idade:

Estado civil no momento da reversão: 1.() casada 2.() união estável 3.() solteira
4.() viúva 5.() divorciada

Por quê? (Motivo do arrependimento)

- 1.() nova união
- 2.() falecimento de filho
- 3.() apenas desejo de ter outro filho
- 4.() outros.

Quanto tempo depois da ligadura veio a decisão de reverter (arrependimento) ?

Quantos filhos possui neste momento?

OUTRAS OBSERVAÇÕES: