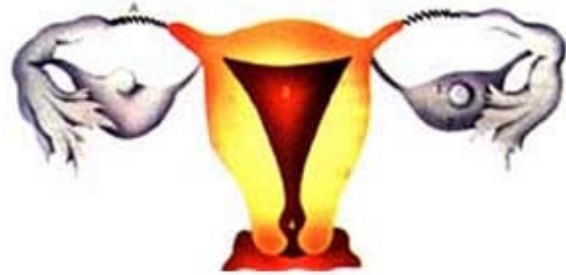
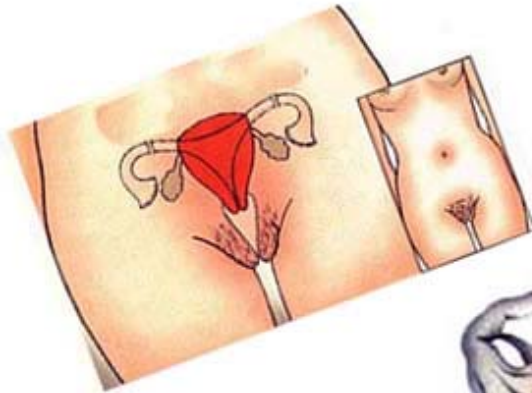


Anticoncepção
On Line

Manual de Anticoncepção



Esterilização Feminina

Apoio:



Esterilização Feminina

A esterilização feminina é um método anticoncepcional permanente para mulheres que não desejam ter mais filhos. O método requer um procedimento cirúrgico, simples e seguro. A esterilização feminina é também conhecida como laqueadura tubária, ligadura tubária, ligadura de trompas e anticoncepção cirúrgica voluntária.

Índice do Capítulo:	Pág.
A. Características	
1. Tipos	3
2. Mecanismo de Ação	4
3. Eficácia	4
4. Desempenho Clínico	4
5. Efeitos Secundários	5
6. Riscos e Benefícios	5
B. Modo de Uso	
1. Critérios Médicos de Elegibilidade	7
2. Momentos Adequados para Iniciar o Uso	12
3. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método	12
4. Acompanhamento	19
C. Manejo das Intercorrências ou Complicações	
1. Como Tratar os Problemas	19
D. Perguntas e Respostas	19
E. Critérios médicos de elegibilidade da OMS para Uso de Anticoncepcionais Oraís Combinados de Baixa Dosagem	22

A. Características

1. Tipos

Quanto aos tipos de oclusão tubária:

- **Salpingectomia parcial:** é o tipo mais comum de esterilização feminina e inclui diferentes técnicas; a mais amplamente utilizada é a de Pomeroy.
- **Anéis:** são colocados em volta de uma pequena alça de trompa com um aplicador especial. O mais utilizado é o anel de silicone, também chamado anel de Yoon.
- **Eletrocoagulação (fulguração):** utiliza corrente elétrica para queimar uma pequena porção das trompas. A eletrocoagulação bipolar é a mais utilizada; a unipolar é raramente usada devido ao elevado risco de lesão de órgãos pélvicos ou abdominais não devendo, portanto, ser estimulada.
- **Grampos:** essa técnica causa menor lesão nas trompas. Os tipos mais utilizados são os grampos de Filshie e de Hulka-Clemens.

Quanto às diferentes vias de acesso:

- **Minilaparotomia:** procedimento realizado através de uma pequena incisão cirúrgica abdominal.
- **Laparoscopia:** procedimento realizado através de pequena incisão cirúrgica no abdômen, através da qual se insere o laparoscópio, que é um instrumento fino e longo, contendo lentes, que permite a visualização dos órgãos abdominais e localização das trompas.
- **Vaginal:** procedimento realizado através de incisão no fundo de saco posterior da vagina (colpoceliotomia posterior).

Quanto ao momento da realização:

- **Pós-parto** (pode ser feita no pós-parto imediato)*
- Pós-aborto *
- **Esterilização durante a cesariana:*** realizada no final de uma cesariana
- Fora do ciclo grávido-puerperal

* Consulte: **Legislação Federal para Esterilização Voluntária**

2. Mecanismo de Ação

A obstrução mecânica das trompas impede que os espermatozoides migrem ao encontro do óvulo, impedindo a fertilização do mesmo. Não tem nenhum efeito sobre a função hormonal da mulher e não altera o seu ciclo menstrual.

3. Eficácia

Muito eficaz e permanente: No primeiro ano após o procedimento, a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres (1 em cada 200 mulheres).

A taxa acumulada de gravidez em dez anos, segundo um estudo recente da OMS, é de 1,8 para 100 mulheres (1 em cada 55 mulheres).

A eficácia depende, em parte, de como as trompas foram bloqueadas, mas a taxa de gravidez é sempre baixa.

Veja a tabela que compara a **taxa de eficácia dos Métodos Anticoncepcionais** (na página 29).

4. Desempenho Clínico

Embora a maioria das mulheres fiquem satisfeitas com a decisão de esterilização, algumas mudam de opinião posteriormente e se arrependem. As taxas de arrependimento variam bastante, de 2 a 13%, dependendo da idade e das circunstâncias nas quais o procedimento foi realizado. Estudo realizado no Serviço de Esterilidade Conjugal da UNICAMP durante o período de janeiro de 1988 a junho de 1990, durante o qual foram matriculadas 1.262 mulheres, descreveu porcentagem de 12,4% de pedidos de reversão de laqueadura.

As taxas de arrependimento são maiores entre mulheres cujas trompas foram ligadas antes dos 30 anos de idade, solteiras ou em união conjugal recente, sem filhos do sexo masculino (para algumas culturas), quando o parceiro não apóia a decisão, com história de morte de um filho após o procedimento, com acesso limitado a outros métodos anticoncepcionais ou quando o procedimento é realizado durante ou logo após o parto.

5. Efeitos Secundários

- Frequentemente causa dor nos primeiros dias, mas esta desaparece depois do primeiro ou segundo dia;
- o procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não é realizado em muitos lugares. Menos de 30% das mulheres que desejam reversão da ligadura são elegíveis. Além disso, em cerca de metade dos casos nas quais a reversão é realizada, o procedimento é bem sucedido. Finalmente, o risco de gravidez ectópica após a reversão é 10 vezes maior do que entre mulheres que nunca foram esterilizadas. **As mulheres que ainda pensam em ter filhos devem escolher outro método.**

Importante: Não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo HIV/AIDS.

6. Riscos e Benefícios

- **Riscos**
 - São complicações raras da cirurgia: infecção e sangramento no local da incisão, infecção ou sangramento intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais;
 - Riscos anestésicos: reação alérgica, recuperação demorada, efeitos colaterais;
 - Muito raramente, risco de morte devido a uma dose excessiva de anestésico ou outra complicação;
 - A gravidez ocorre raramente, mas quando ocorre, a chance de ser uma gravidez ectópica varia entre um quinto a três quartos, dependendo da técnica utilizada e da idade da mulher. Entretanto, a taxa de gravidez ectópica é menor do que em uma mulher sexualmente ativa que não usa métodos anticoncepcionais.

Risco de gravidez ectópica: O risco varia de acordo com a idade e o tipo de oclusão, mas é menor do que em mulheres que não usam métodos anticoncepcionais.

Taxa anual de gravidez ectópica (por 100 mulheres)

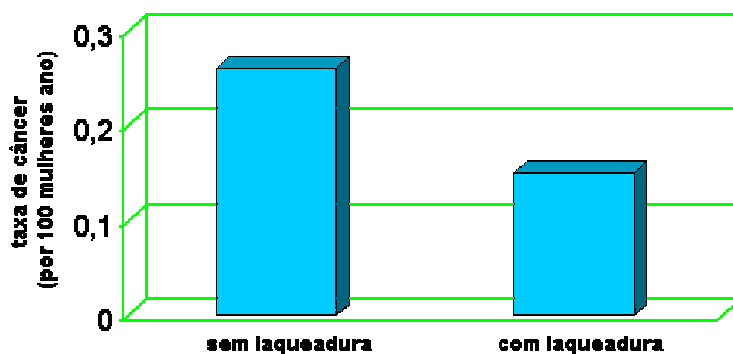
	Esterilizadas		
	Todas as técnicas	Salpingectomia pós-parto	Sem método
Todas mulheres	0,7	0,15	7,5
Mulheres < 34 anos	1,2	0,1	7,5 - 12
Mulheres > 34 anos	0,45	0,2	3,16 - 6,3

Fonte: Peterson 1997; Sivin 1991; MMWR 1995

▪ Benefícios

- É muito eficaz;
- É permanente;
- Não interfere nas relações sexuais;
- Não interfere no prazer sexual;
- Não tem efeitos sobre o leite materno;
- Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde;
- Protege a mulher contra o câncer de ovário;
- Pode reduzir o risco de doença inflamatória pélvica;
- Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS;
- É necessário o aconselhamento adequado para diminuir o risco de arrependimento.

Mulheres laqueadas têm risco 30% menor de desenvolverem câncer de ovário:



Fonte: Miracle-McMahill et al. 1997.

B. Modo de Uso

Não existem condições médicas que restrinjam o uso da laqueadura de maneira permanente e o procedimento pode ser realizado com segurança em serviços de baixa complexidade. Porém, existem algumas condições que recomendam que a cirurgia seja adiada ou que a mulher seja encaminhada a um centro de maior complexidade.

1. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os **critérios médicos de elegibilidade** para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das(os) usuárias(os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 3 categorias, de acordo com a definição a seguir:

ADIE: significa adiar a esterilização feminina. Essas condições devem ser tratadas e resolvidas antes que o procedimento de esterilização feminina seja feito. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários à mulher.

ENCAMINHE: significa que a mulher deve ser encaminhada a um centro médico onde um cirurgião experiente e sua equipe possam realizar o procedimento em um ambiente equipado para anestesia geral e outros cuidados médicos avançados. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários à mulher.

CUIDADO: significa que o procedimento pode ser realizado em uma clínica não especializada, mas com preparação e precaução adequadas, dependendo da condição apresentada pela mulher.

Para a lista completa dos critérios médicos de elegibilidade da OMS para uso da esterilização feminina, consulte **critérios médicos de elegibilidade**.

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder NÃO a todas as perguntas, então ela pode submeter-se à esterilização feminina, se assim desejar. Se ela responder SIM a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você tem alguma condição ou problema ginecológico ou obstétrico? Que problemas são esses?

Não. **Sim.** Se a mulher apresenta os seguintes problemas ou condições, **ADIE** a esterilização feminina e trate, conforme seja necessário, ou encaminhe:

- Gravidez;
- Puerpério;
- Complicações puerperais como infecções ou hemorragias;
- Sangramento vaginal inexplicado que sugira uma condição séria;
- Doença inflamatória pélvica nos últimos três meses;
- Doença sexualmente transmissível atualmente;
- Câncer pélvico;
- Doença trofoblástica maligna.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, **ENCAMINHE-A** a um centro com pessoal médico capacitado e equipamento especializado, onde possam tratar-se complicações eventuais:

- Útero fixo, devido a cirurgia prévia ou infecção;
- Endometriose;
- Hérnia umbilical ou de parede abdominal.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, tenha **CUIDADO**:

- Doença inflamatória pélvica depois da última gravidez;
- Câncer de mama em atividade;
- Miomatose uterina.

2. Você sofre de alguma condição cardiovascular, como doença cardíaca, derrame (AVC), pressão alta, ou as complicações cardiovasculares do diabetes? Quais?

Não. **Sim.** Se ela apresenta quaisquer das condições abaixo, **ADIE** o procedimento:

- Doença coronariana aguda;

- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.

Se a mulher apresenta qualquer um dos seguintes problemas, **ENCAMINHE-A** a um centro com pessoal médico capacitado e equipamento especializado, onde possam ser tratadas as eventuais complicações:

- Hipertensão moderada ou grave (PA 160/100 mmHg ou mais elevada);
- Doença vascular, incluindo complicações relacionadas ao diabetes;
- Doença cardíaca valvular complicada.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, tome **CUIDADO**:

- Hipertensão leve (PA 140/90 mmHg - 159/99 mmHg);
- AVC ou cardiopatia coronariana no passado;
- Doença cardíaca valvular sem complicações.

3. Você sofre de qualquer doença crônica ou recorrente ou de qualquer outro problema?Quais?

Não. **Sim.** Se ela apresenta quaisquer das condições abaixo, **ADIE** o procedimento:

- Doença biliar sintomática;
- Hepatite viral aguda;
- Anemia ferropriva grave (Hb abaixo de 7g/dl);
- Doença pulmonar aguda (bronquite ou pneumonia);
- Infecção sistêmica ou gastroenterite grave;
- Infecções na pele da parede abdominal;
- Se no momento em que deseja fazer a esterilização a mulher necessita submeter-se a uma cirurgia abdominal de emergência ou para tratar uma infecção, ou a uma cirurgia maior, que implique imobilização prolongada;
- Doença aguda relacionada à AIDS.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, **ENCAMINHE-A** a um centro com pessoal médico capacitado e equipamento especializado, onde possam tratar-se complicações eventuais:

- Cirrose hepática grave;

- Diabetes há mais de 20 anos;
- Hipertireoidismo;
- Coagulopatias;
- Doença pulmonar crônica;
- Tuberculose pélvica;
- Esquistossomose com cirrose hepática avançada.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, tome **CUIDADO:**

- Epilepsia, ou toma anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona);
- Toma antibióticos como rifampicina ou griseofulvina;
- Diabetes sem doença vascular;
- Hipotireoidismo;
- Cirrose hepática leve, tumores hepáticos ou esquistossomose com fibrose hepática;
- Anemia ferropriva moderada (Hb 7-10 g/dl);
- Anemia falciforme;
- Anemias de causa genética;
- Doença renal;
- Hérnia diafragmática;
- Desnutrição grave;
- Obesidade;
- Cirurgia abdominal eletiva no momento em que deseja fazer a esterilização.

Critérios de Elegibilidade no Brasil

Em 12 de janeiro de 1996, foi promulgada a lei número 9.263, que dispõe sobre o Planejamento Familiar.

Artigo 10:

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I. Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta

dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II. Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º - É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º - É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º - Não será considerada a manifestação da vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º - A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia e ooforectomia.

§ 5º - Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º - A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Fonte: Diário Oficial, nº 10, seção 1, 15 de janeiro de 1996.

O Ministério da Saúde está elaborando a normatização do procedimento.

2. Momentos Adequados para Iniciar o Uso

Segundo critérios médicos, uma mulher pode submeter-se à esterilização feminina em qualquer momento em que ela decida que não quer ter mais filhos, incluindo o período após o parto ou aborto, e que esteja afastada a possibilidade de gravidez. A legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto (ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto), exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

3. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a "escolha livre e informada".

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte **Orientação**.

Os procedimentos para esterilização feminina, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias. Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

Categoria A	essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.
Categoria B	médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.
Categoria C	pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva.

C	mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.
Categoria D	não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria Anestesia Geral	Categoria Anestesia Local
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	A	A
Medida de pressão arterial	A	B
Exame das Mamas	C	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C	C
Triagem para câncer de colo uterino	C	C
Exames laboratoriais rotineiros (colesterol, glicemia, enzimas hepáticas)	C	C
Dosagem de Hemoglobina	B	B
Avaliação de Glicosúria	B	B
Procedimentos apropriados para prevenção de infecções	A	A

Pontos específicos para orientação sobre esterilização feminina:

- Irreversibilidade do método
- Eficácia
- Efeitos colaterais comuns
- Sinais e sintomas para os quais deve procurar o Serviço de Saúde
- Instruções pré-operatórias e pós-operatórias

A

A

I. Instruções Gerais

Importante: a mulher que solicita a esterilização feminina precisa de uma boa orientação e aconselhamento.

Um provedor gentil, que ouça as preocupações da mulher, responda as suas dúvidas e forneça informações claras e práticas sobre o procedimento, especialmente o caráter permanente do método, estará ajudando-a a fazer uma escolha bem informada e a sentir-se satisfeita e segura com o método. Uma orientação adequada contribuirá para que ela não se arrependa mais tarde.

A legislação no Brasil impõe, como condição para realização do procedimento, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversível existentes.

A decisão sobre a esterilização feminina pertence somente à mulher. No Brasil, a legislação federal estabelece que, em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Consulte o documento "**Consentimento pós-informado para realização de laqueadura tubária**" proposto pela Febrasgo.

Todavia, a decisão de submeter-se à esterilização não pode ser feita pelo marido, pelo profissional de saúde, por um membro da família ou por qualquer outra pessoa. Os provedores de planejamento familiar têm o dever de se certificarem de que a decisão não foi feita sob pressão ou coerção. Os provedores também podem e devem ajudar a mulher a refletir sobre a sua decisão. Se ela optar por não se submeter ao procedimento, os provedores devem aceitar e respeitar sua decisão.

II. Instruções Específicas

Importante: As instruções descritas a seguir são a descrição resumida de um procedimento, que sob nenhuma circunstância deverá substituir o treinamento apropriado. Para realizar o procedimento de esterilização feminina é preciso treinamento e prática sob supervisão direta de profissional experiente.

a. Minilaparotomia:

- O médico deve observar os procedimentos de prevenção de infecção.
- O médico deve realizar anamnese, exame físico geral e exame ginecológico, para assegurar que o procedimento cirúrgico seja seguro.
- A mulher é anestesiada.
- A mulher fica em posição de litotomia, com os membros inferiores afastados apenas o suficiente para colocar um espécuro vaginal e uma cânula intra-uterina. Retirar o espécuro.
- Uma pequena incisão é feita no abdômen, acima dos pelos pubianos.
- O útero é então desviado com a cânula, delicadamente, para um lado e depois para o outro, de forma a expor as trompas de Falópio na abertura da incisão.
- Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel.
- A incisão é suturada e coberta com curativo.
- A mulher recebe instruções de como proceder após receber alta hospitalar.

A minilaparotomia para esterilização feminina requer uma pequena incisão acima da linha dos pelos pubianos.

b. Laparoscopia:

- O médico deve observar os procedimentos de prevenção de infecção.

- O médico deve realizar anamnese, exame físico geral e exame ginecológico, para assegurar que o procedimento cirúrgico seja seguro.
 - A mulher é anestesiada.
 - Uma agulha especial é inserida dentro da cavidade abdominal da mulher e, através da agulha, o abdômen é inflado com gás carbônico. Isso tem a finalidade de separar a parede abdominal dos órgãos internos.
 - Uma pequena incisão, de cerca de 3mm a 1 cm, é feita logo abaixo da cicatriz umbilical e o médico insere o laparoscópio. O laparoscópio é um tubo especial, fino e longo, contendo lentes, através das quais o médico pode ver dentro do corpo e localizar as trompas de Falópio.
 - O médico insere um instrumento através do laparoscópio (ou através de uma segunda incisão) para bloquear as trompas. Cada trompa é bloqueada com um grampo, um anel ou por eletrocoagulação.
 - Depois de ligadas as trompas, o instrumento e o laparoscópio são removidos. Faz-se o esvaziamento do gás contido na cavidade abdominal. A incisão é suturada e coberta com curativo.
 - A mulher recebe instruções de como proceder após receber alta hospitalar.
- c. **Cuidados que a mulher deve tomar antes e após a cirurgia**
- **Antes do procedimento**, a mulher deve:
 - Ficar em jejum, sem beber ou comer por oito horas antes da cirurgia.
 - Não tomar nenhuma medicação por 24 horas antes da cirurgia (a menos que o médico que realizará o procedimento aconselhe-a a fazê-lo).
 - Tomar banho antes do procedimento.
 - Se possível, usar roupas limpas e confortáveis até chegar ao hospital.

- Não usar esmalte ou jóias ao chegar ao hospital.
- Se possível, trazer um acompanhante para ajudá-la a retornar à casa após o procedimento.

- **Após o procedimento**, a mulher deve:
 - Ficar em repouso por dois ou três dias e evitar levantar peso por uma semana.
 - Manter a incisão limpa e seca.
 - Tomar cuidado para não irritar ou esfregar a incisão até sua cicatrização.
 - Tomar algum analgésico que seja seguro e esteja disponível, se for necessário.
 - Evitar relações sexuais por, pelo menos, uma semana. Se a dor durar mais do que uma semana, ela não deve ter relações sexuais até a dor desaparecer.

- d. **Retornos**
 - A mulher deve retornar nos seguintes casos:
 - Para uma visita de acompanhamento de rotina, se possível dentro de sete dias. Se necessário, nessa visita, os pontos devem ser removidos. O acompanhamento também pode ser feito em casa ou em outro centro de saúde.
 - Se ela tiver dúvidas ou qualquer tipo de problema.

e. **Problemas que requerem atenção médica.**

Descrever os sintomas dos problemas que requerem atenção médica:

SINAIS DE ALERTA !!!

Se a mulher apresentar algum desses sintomas, deverá ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde:

- Febre alta (>38°C) nas primeiras quatro semanas e especialmente na primeira semana;
- Pus ou sangramento no local da incisão;
- Dor, calor, edema ou eritema no local da incisão, que vêm piorando ou não melhoram;
- Dor abdominal, cólica ou aumento progressivo da sensibilidade local;
- Diarréia, desmaios ou tonturas.
- Se ela acha que pode estar grávida: ausência de menstruação, náuseas, mastalgia.
- Se ela apresenta sinais de uma provável gravidez ectópica: dor em baixo ventre ou em um lado do abdômen, sangramento vaginal anormal e incomum, desmaios.

4. **companhamento**

Uma visita de retorno é recomendável dentro de sete dias, ou pelo menos dentro de duas semanas após o procedimento. O profissional de saúde examina o local da incisão, verifica se há sinais de complicação e remove os pontos. Isso pode ser feito inclusive na casa da mulher ou em um centro de saúde.

Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto. Pergunte se ela está satisfeita. Forneça-lhe as informações e ajuda de que ela necessita e convide-a a retornar sempre que tiver dúvidas ou problemas.

C. Manejo das Intercorrências ou Complicações

1. **Como Tratar os Problemas**

- **Infecção**
 - Limpe o local com água e sabão ou um anti-séptico;
 - Administre antibióticos por via oral durante sete a dez dias.
- **Abscesso**
 - Limpe o local com água e sabão ou um anti-séptico;
 - Drene o abscesso;
 - Mantenha os cuidados com a ferida;
 - Se o comprometimento da pele na infecção for grave, administre antibióticos por via oral durante sete a dez dias.

D. Perguntas & Respostas: Esterilização Feminina

1. A esterilização altera a menstruação ou elimina o sangramento menstrual?

Não. A maioria dos estudos não detectou alterações significativas no padrão de sangramento vaginal após a esterilização feminina. Todavia, pode haver alteração no sangramento se a mulher estava usando um método hormonal ou DIU antes da esterilização. Além disso, o ciclo menstrual tende a ficar menos regular à medida que a mulher envelhece.

2. A esterilização interfere na sexualidade da mulher? Ela pode sentir-se fraca ou ficar obesa?

Não. Após a esterilização, a mulher se sentirá igual e não mudará sua aparência. Ela pode ter relações sexuais como sempre teve. As relações sexuais podem até tornar-se mais prazerosas, uma vez que ela não tem que se preocupar com a possibilidade de ficar grávida. A mulher continuará a ser tão saudável quanto era antes.

3. O procedimento de esterilização feminina é doloroso?

Quando o procedimento é realizado sob anestesia local há sempre um pouco

de dor; a mulher permanece acordada e pode sentir o profissional movendo o seu útero e trompas e isso pode ser desconfortável. A laparoscopia é menos dolorosa do que a minilaparotomia. A minilaparotomia pós-parto não requer tanta manipulação do útero; portanto, pode ser menos dolorosa e o procedimento é mais rápido do que em outras ocasiões. Após o procedimento, a mulher pode referir dor abdominal ou sentir-se debilitada. A maioria tem uma recuperação muito rápida.

4. A esterilização feminina pode deixar de funcionar após algum tempo? A mulher que se submete à esterilização terá que se preocupar com a possibilidade de gravidez?

Geralmente, não. A esterilização feminina deve ser considerada permanente. Todavia, a incidência de falha é provavelmente mais alta do que se pensava antigamente. Um novo e amplo estudo conduzido nos Estados Unidos concluiu que a taxa de gravidez dentro de 10 anos após a esterilização é de 1,8 para 100 mulheres - aproximadamente uma gravidez para cada 55 mulheres. O risco de falha na esterilização é maior em mulheres jovens porque são mais férteis do que as mais velhas. Além disso, algumas técnicas de ligadura são mais eficazes do que outras. Métodos que cortam e retiram parte de cada trompa podem funcionar melhor do que os grampos de mola ou eletrocoagulação bipolar (com corrente elétrica). A eficácia também depende da habilidade do provedor.

O mesmo estudo americano concluiu que um entre cada três casos de gravidez, era uma ectópica. Se uma mulher submeteu-se à esterilização e acha que está grávida ou que tem uma gravidez ectópica, ela deve procurar ajuda imediatamente.

5. Se a gravidez depois da esterilização feminina é rara, por que, afinal de contas, ela ainda acontece?

A razão mais comum é uma gravidez já em curso no momento do procedimento, embora não seja uma falha do método. Uma gravidez pode ocorrer se o provedor cometeu um engano e ligou ou seccionou uma outra estrutura anatômica ao invés da trompa de Falópio. Em outros casos, os grampos nas trompas podem se abrir, ou as extremidades das trompas podem se unir novamente, ou orifícios anormais podem aparecer nas trompas e permitir o encontro entre o espermatozóide e o óvulo.

6. A esterilização feminina é reversível?

A cirurgia para reverter a esterilização é possível apenas em algumas mulheres, quando ainda resta um segmento de trompa. Mesmo entre essas mulheres, a cirurgia para reverter a ligadura nem sempre é bem sucedida. O procedimento é trabalhoso, caro e é difícil de se encontrar quem o faça. Quando a gravidez acontece, o risco de gravidez ectópica está aumentado. A esterilização deve ser considerada permanente. As mulheres que querem mais filhos devem escolher outro método anticoncepcional.

7. É melhor o homem fazer vasectomia ou a mulher submeter-se à esterilização feminina?

Cada casal deve decidir por conta própria qual o melhor método para eles. Tanto um como outro método são eficazes, seguros e permanentes para casais que não querem ter mais filhos. A vasectomia é um procedimento simples e seguro. Além disso, é mais barata e ligeiramente mais eficaz (depois de 20 ejaculações ou depois dos primeiros três meses). Numa

situação ideal, o casal deveria considerar os dois métodos. Se ambos são aceitáveis para o casal, a vasectomia deve ser o método de escolha, por razões médicas.

8. A esterilização feminina deve ser oferecida somente para mulheres que tiveram um certo número de filhos ou que atingiram uma certa idade?

No Brasil, segundo o artigo 10 da lei 9.263, a esterilização masculina ou feminina somente é permitida em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com 2 filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico ou, ainda, em situações de risco à vida ou à saúde da mãe ou do futuro concepto.

Uma tarefa importante durante a orientação é ajudar a mulher a refletir cuidadosamente sobre a sua decisão, considerando todas as conseqüências. Por exemplo, os provedores de planejamento familiar devem ajudá-la a pensar sobre a possibilidade de mudanças na sua vida e sobre como essas mudanças poderiam afetar a sua decisão.

9. Como os provedores podem ajudar a mulher a decidir sobre a esterilização feminina?

- Fornecendo informações claras e precisas sobre a esterilização feminina e outros métodos anticoncepcionais.
- Discutindo, sob vários aspectos, os seus sentimentos sobre ter ou não mais filhos e sobre o fim da fertilidade.
- Se possível, fazendo com que ela converse com outras mulheres que já se submeteram à esterilização feminina.
- Revisando os itens de consentimento para a esterilização que a cliente deverá dar, depois de ter sido bem informada sobre o procedimento e antes de submeter-se a ele.

10. Como os provedores de planejamento familiar que não realizam o procedimento podem ajudar uma mulher a obtê-lo?

- Informe-se sobre os centros da região que oferecem esterilização feminina e procure estabelecer um sistema de encaminhamento;
- Informe-se sobre treinamento para realizar esterilização feminina nas instituições de saúde de sua região.

E. Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para Esterilização Feminina

Importante: Nenhuma condição médica impede a mulher de submeter-se à esterilização. Existem condições e circunstâncias que indicam que algumas precauções devem ser adotadas. São adotadas as seguintes definições de categorias:

E (Encaminhar): A mulher deve ser encaminhada a um centro médico onde um cirurgião experiente e sua equipe possam realizar o procedimento em ambiente equipado para anestesia geral e outros cuidados médicos avançados. Métodos anticoncepcionais temporários devem ser oferecidos à mulher até a realização do procedimento.

C (Cuidado): O procedimento pode ser realizado em uma clínica não especializada, mas com preparação e precauções adequadas, dependendo da condição apresentada pela mulher.

A (Adiar): Significa adiar a esterilização feminina. Essas condições devem ser tratadas e resolvidas antes que o procedimento de esterilização feminina seja feito. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários á mulher.

Categoria E: A mulher deve ser encaminhada a um centro médico onde um cirurgião experiente e sua equipe possam realizar o procedimento em ambiente equipado para anestesia geral e outros cuidados médicos avançados. Métodos anticoncepcionais temporários devem ser oferecidos à mulher até a realização do procedimento.

Pós-parto^(a):

- Menos de 7 dias ou 42 dias ou mais
- Pré-eclâmpsia leve
- Perfuração ou rotura uterina pós-parto
- Amamentação
- Pós-aborto não complicado

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfuração ou rotura uterina pós-aborto
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fumante
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensão arterial <ul style="list-style-type: none"> ▪ PA sistólica maior ou igual a 160 ou PA diastólica maior ou igual a 100 ▪ Doença vascular
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Múltiplos fatores de risco para doença arterial cardiovascular (como idade avançada, fumo, hipertensão e diabetes)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ História de pré-eclâmpsia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ História de diabetes gestacional ▪ Diabetes com nefropatia/retinopatia/neuropatia, outras doenças vasculares ou duração maior que 20 anos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ História de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar^(b) ▪ História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau) ▪ Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada ▪ Cirurgia de pequeno porte sem imobilização
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Varizes ▪ Tromboflebite superficial
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hiperlipidemias
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana)^(c)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefaléia ou enxaqueca
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangramento vaginal irregular não volumoso, ou volumoso e prolongado
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nódulo mamário sem diagnóstico

<ul style="list-style-type: none">▪ Doença mamária benigna▪ Câncer de mama no passado e sem evidência de doença nos últimos cinco anos▪ História familiar de câncer de mama
<ul style="list-style-type: none">▪ Neoplasia intraepitelial cervical
<ul style="list-style-type: none">▪ Ectopia cervical
<ul style="list-style-type: none">▪ Doença inflamatória pélvica no passado com gravidez subsequente
<ul style="list-style-type: none">▪ Doença sexualmente transmissível (DST) nos últimos três meses, vaginite sem cervicite purulenta ou risco aumentado para DST
<ul style="list-style-type: none">▪ AIDS^(d)▪ HIV positivo▪ Alto risco para HIV
<ul style="list-style-type: none">▪ Doença biliar tratada ou assintomática
<ul style="list-style-type: none">▪ História de colestase associada à gravidez ou ao uso de anticoncepcional oral combinado no passado
<ul style="list-style-type: none">▪ Portadora assintomática de hepatite viral
<ul style="list-style-type: none">▪ Cirrose grave (descompensada)
<ul style="list-style-type: none">▪ Gravidez ectópica no passado
<ul style="list-style-type: none">▪ Tireoidopatias:<ul style="list-style-type: none">▪ Bócio simples▪ Hipertireoidismo
<ul style="list-style-type: none">▪ Doença trofoblástica gestacional benigna
<ul style="list-style-type: none">▪ Esquistossomose com fibrose hepática^(e)

▪ Malária
▪ Nuliparidade ou multiparidade ^(f)
▪ Dismenorréia grave
▪ Doença respiratória crônica: asma, bronquite, enfizema, infecção pulmonar ^(g)
▪ Tuberculose pélvica ou não-pélvica
▪ Útero fixo devido a infecção ou cirurgia prévia
▪ Tumores ovarianos benignos (incluindo cistos)
▪ Hérnia umbilical ou de parede abdominal ^(h)
▪ Esterilização simultânea à cesárea ^(a)

^(a) Não existem razões médicas que impedem a realização do procedimento; entretanto, segundo a legislação federal "é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores".

^(b) Existe risco de recorrência ou embolia: a deambulação precoce reduz o risco pós-operatório de trombose ou embolia.

^(c) Os riscos cirúrgico e anestésico são elevados. Se há fibrilação atrial instável ou endocardite bacteriana subaguda, o procedimento deve ser adiado.

^(d) O uso de condom deve ser recomendado após a esterilização; se a mulher com AIDS apresenta mau estado geral, o procedimento deve ser adiado.

^(e) A função hepática deve ser avaliada.

^(f) Não existem razões médicas que restrinjam o procedimento em qualquer paridade; entretanto, legislação federal impede sua realização em mulheres com menos de dois filhos.

^(g) Durante laparoscopia, a mulher pode apresentar exacerbação dos sintomas devido à elevação do diafragma provocada pelo pneumoperitônio, posição de Trendelenburg ou pela diminuição do retorno venoso.

^(h) A correção da hérnia pode ser feita simultaneamente à laqueadura, se possível.

C (Cuidado): O procedimento pode ser realizado em uma clínica não especializada, mas com preparação e precauções adequadas, dependendo da condição apresentada pela mulher.

- Idade baixa^(a)

<ul style="list-style-type: none">▪ Hipertensão arterial no passado se a PA não pode ser avaliada▪ Hipertensão arterial: PA 140-159/90-99▪ Hipertensão adequadamente controlada se a PA pode ser avaliada
<ul style="list-style-type: none">▪ Diabetes insulino-dependente ou não
<ul style="list-style-type: none">▪ Doença cardíaca isquêmica no passado
<ul style="list-style-type: none">▪ AVC
<ul style="list-style-type: none">▪ Cardiopatia valvular não complicada
<ul style="list-style-type: none">▪ Câncer de mama atual
<ul style="list-style-type: none">▪ Doença inflamatória pélvica no passado sem gravidez subsequente^(b)
<ul style="list-style-type: none">▪ Cirrose leve (compensada)^(c)
<ul style="list-style-type: none">▪ Tumores hepáticos benignos ou malignos^(c)
<ul style="list-style-type: none">▪ Mioma uterino^(d)
<ul style="list-style-type: none">▪ Obesidade: IMC maior ou igual a 30kg/m²^(e)
<ul style="list-style-type: none">▪ Hipotireoidismo
<ul style="list-style-type: none">▪ Anemia falciforme^(f)
<ul style="list-style-type: none">▪ Talassemia
<ul style="list-style-type: none">▪ Anemia ferropriva: Hb maior ou igual a 7 e menor que 10g/dl^(g)
<ul style="list-style-type: none">▪ Epilepsia

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esquistossomose com fibrose hepática^(c)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hérnia diafragmática^(h)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença renal⁽ⁱ⁾
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desnutrição grave⁽ⁱ⁾
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esterilização simultânea a cirurgia abdominal eletiva

(a) Não existem razões médicas que restrinjam o procedimento para qualquer idade; entretanto, legislação federal impede sua realização em mulheres com 25 anos de idade ou menos.

(b) Um exame pélvico cuidadoso deve ser realizado para afastar infecção persistente ou recorrente e avaliar a mobilidade uterina.

(c) A coagulação sanguínea e a função hepática podem estar alteradas. Deve-se avaliar a função hepática.

(d) Tumores volumosos podem dificultar a localização das trompas e a mobilização do útero.

(e) O procedimento é mais difícil, existe aumento do risco para infecção e deiscência de parede.

(f) Existe aumento do risco para crises falciformes, complicações pulmonares, cardíacas e neurológicas e infecção de parede.

(g) Deve-se identificar a doença subjacente e monitorar os níveis de hemoglobina pré e pós-operatórios.

(h) Durante laparoscopia, a mulher pode apresentar exacerbação dos sintomas devido à elevação do diafragma provocada pelo pneumoperitônio, posição de Trendelenburg ou pela diminuição do retorno venoso.

(i) Pode haver aumento do risco para infecção, choque hipovolêmico, anemia, distúrbios eletrolíticos, neuropatia periférica e anormalidades no metabolismo e excreção de drogas.

(j) Pode haver aumento do risco para infecção de parede.

A (Adiar): Significa adiar a esterilização feminina. Essas condições devem ser tratadas e resolvidas antes que o procedimento de esterilização feminina seja feito. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários à mulher.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravidez
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pós-parto^(a) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 a 42 dias após o parto^(b) ▪ Pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia^(c) ▪ Ruptura prolongada de membranas: 24 horas ou

<p>mais^(d)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sepsis puerperal, febre intraparto ou puerperal^(d) ▪ Hemorragia anteparto ou pós-parto grave^(e) ▪ Traumatismos graves do trato genital durante o parto^(e)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pós-aborto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sepsis ou febre pós-aborto^(d) ▪ Hemorragia grave pós-aborto^(e) ▪ Traumatismos graves do trato genital por aborto^(e) ▪ Hematométrio agudo^(e)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual^(f) ▪ Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiopatia isquêmica atual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangramento vaginal inexplicado (antes da avaliação)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença trofoblástica gestacional maligna
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Câncer de colo uterino (aguardando tratamento)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Câncer de ovário ou de endométrio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses^(g)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença sexualmente transmissível atual (incluindo cervicite purulenta)^(d)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença biliar sintomática
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hepatite viral ativa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença trofoblástica gestacional maligna
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia ferropriva (Hb < 7g/dl)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infecção de pele no abdome
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença respiratória aguda (bronquite, pneumonia)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infecção generalizada ou gastroenterite^(h)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esterilização simultânea a cirurgia abdominal de emergência ou com infecção
<p><</p> <p>^(a)Não existem razões médicas que impedem a realização do procedimento; entretanto, segundo a legislação federal "é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores".</p> <p>^(b)Existe aumento do risco para complicações se o útero não está completamente involuído.</p> <p>^(c)Existe aumento do risco anestésico.</p> <p>^(d)Existe aumento do risco para infecção pós-operatória.</p> <p>^(e)Existe significativa perda sanguínea e anemia; há aumento do risco para insuficiência renal aguda devido a hipotensão prolongada.</p> <p>^(f)Existe risco de recorrência ou embolia; a mulher não deve ser exposta a situações que elevam a resistência vascular pulmonar ou diminuem a volemia ou diminuem a resistência vascular sistêmica.</p> <p>^(g)Existe aumento do risco para infecções e aderências.</p> <p>^(h)Existe aumento do risco para desidratação, complicações anestésicas e infecções.</p>

Taxa de Falha dos Anticoncepcionais

Eficácia por Grupo	Método	Uso Rotineiro	Uso Correto e Consistente
Sempre alta eficácia	Vasectomia	0.1	0.1
	Injetáveis Trimestrais	0.3	0.3
	Injetáveis Mensais*	0.3	0.1
	Ligadura	0.5	0.5
	DIU TCu-380A	0.8	0.6
	Mini-pílula na lactação	1	0.5
	Norplant	0.1	0.1
	Mirena	0,2	0,2
Eficácia média em uso rotineiro. Alta eficácia quando usado correta e consistentemente	LAM (só 6 meses)	2	0.5
	Pílula combinada	6-8	0.1
Eficácia baixa em uso rotineiro. Eficácia média quando usado correta e consistentemente	Condom	14	3
	Diafragma/espermicida	20	6
	Abstinência periódica	20	1-9
	Condom feminino	21	5
	Espermicidas	26	6

(Número de gravidez por cada 100 mulheres que usam os métodos durante um ano)

Adaptado do livro "The Essentials of Contraceptive Technology", Johns Hopkins Population Information Program, 1998

* Newton, J.R. J. Obstet. Gynaecol, 1994.