

## Laqueações Tubárias: Um Modelo Anticoncepcional?

PAULA PÁSCOA (\*)

Hoje em dia a mulher deixa, cada vez mais, de representar o papel da dona de casa exemplar que trata dos filhos e da casa e espera ansiosamente a chegada do marido, para lhe calçar as pantufas e lhe servir o jantar. De facto, a mulher actualmente não se submete à «protecção» das paredes do seu «lar»: sai e trabalha, como e onde o homem antigamente era o «rei». Mas, entretanto, com esta evolução o «sexo fraco» passou a ter que planear se e quando poderia aumentar a família, vendo-se na necessidade de controlar a sua fertilidade. Assim, passaram a ser cada vez mais usados os diferentes métodos anticoncepcionais. Entre eles, a esterilização, como forma de pôr um ponto final à hipótese de engravidar.

« — vem cá porque quer fazer uma laqueação.»

A laqueação tubária é um método de esterilização feminina, definitiva, que consiste no corte ou interrupção das trompas de Falópio. Dessa maneira o óvulo não poderá chegar ao útero e os espermatozóides não poderão encontrar o óvulo e fecundá-lo.

Esta intervenção cirúrgica requer anestesia geral, tendo as mulheres, que a ela se sujeitam, que estar internadas, normalmente, durante 24 a 48 horas.

---

(\*) Estagiária de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) a operação é efectuada de duas maneiras:

— Por minilaparotomia na qual «é feito um pequeno corte logo abaixo do nível do biquini e uma vez visualizadas as trompas, de um e de outro lado, são aplicados fios de sutura ou anéis de plástico, de modo a estrangular o lume das trompas, ou também pode ser feito um corte das mesmas e até retirar um fragmento para análise, se justificado.» (Consulta de Planeamento Familiar, MAC, 1989).

— Por laparoscopia ou peritoneoscopia, em que se fazem dois cortes minúsculos (um logo abaixo do umbigo e outro abaixo do nível do biquini) sendo introduzido, no superior, um peritoneoscópio ou laparoscópio, semelhante a um tubo fino com iluminação, que permite ver distintamente as trompas. Uma vez estas localizadas e visualizadas (num televisor situado junto à mesa de operação), podem ser estranguladas com anéis de plástico ou mesmo electrocoaguladas e cortadas (através de incisão inferior) de modo a interromper o seu trajecto.

« — O que é que a levou a fazer este pedido? Porquê a laqueação?»

Logicamente, as mulheres que optam por este método anticoncepcional não querem mais filhos e escolhem-no em particular:

— Por razões médicas, porque, por exemplo,

não podem tomar a pílula por terem problemas cardíacos, nem usar o DIU por feridas no colo do útero, ou mesmo por indicação do médico;

— Por razões religiosas («o aparelho não porque é abortivo»), culturais ou individuais (o DIU é muito mal aceite entre as mulheres de origem cabo-verdiana tal como entre certas estruturas de personalidade, para as quais um objecto estranho, dentro do seu corpo, lhes «faz uma grande confusão»);

— Para melhorar o relacionamento sexual e/ou conjugal (Manuela, 43 anos, usou durante muitos anos um método de barreira mas o medo de engravidar, com o avançar da idade, tem-se acentuado e com ele a maior tensão do casal durante as relações sexuais. Pretendem pôr fim a essa situação para poderem usufruir de um ajustamento sexual mais adequado);

— Perante doenças mentais graves: esquizofrenia, debilidade mental, etc. (Carla, 15 anos, nasceu com hidrocefalia e manifesta deficiência mental. A mãe pede a laqueação tubária para a filha alegando irresponsabilidade desta perante uma possível gravidez e o factor hereditário da sua patologia);

— Por preferência da própria mulher ou do casal (Margarida, 39 anos, tem dois filhos numa primeira relação. Actualmente, tem uma nova relação em perspectiva e não pretende mais filhos, decisão com que o futuro companheiro concorda, pelo que se decidiu por um método anticoncepcional definitivo).

Contudo, tendo em conta os estudos efectuados, esta decisão não parece ser tão simples como à primeira vista poderíamos pensar. De facto, nem sempre esta opção se revela como tendo sido a mais indicada para aquela mulher.

Nesta sequência, enquanto 95% das mulheres parecem estar satisfeitas com a sua esterilização (Stock, 1878; Sudik et al, 1981 — citados por Lambers et al, 1985), 5% mostram-se descontentes. De facto, existem vários factores que podem estar implicados nesta mudança de atitude face à laqueação.

Assim, esta pode implicar períodos

menstruais com dores e com maior perda de sangue, enquanto o risco de histerectomia também será, provavelmente, maior.

Deste modo, Neil et al (1975) referem um aumento de problemas menstruais em mulheres esterilizadas, quando comparadas com mulheres de homens que foram vasectomizados. No entanto, convém salientar que foram apontados problemas metodológicos a este estudo e que, no único trabalho considerado objectivo por Templeton e Cole (1982), sobre este assunto, não se observou qualquer aumento na perda menstrual, durante um ano após a laqueação (Kasond e Bonnar, 1976).

Relativamente à histerectomia, o risco desta vir a ser necessária, por menorragia, pode ser duplicado após a esterilização tubal, apesar da natureza da associação não ser clara (Cooper, 1983). Contudo, como Templeton e Cole (1982) apontam, quer a própria esterilização produza ou não problemas menstruais essa intervenção acarreta um número mais elevado de pedidos de histerectomia.

Actualmente, a hipótese que se coloca aponta para a possibilidade de que algumas destas mulheres encarem os seus períodos menstruais como mais problemáticos, quando a sua função reprodutiva está terminada e, por outro lado, dado que as mulheres esterilizadas já decidiram não ter mais crianças, a histerectomia será para elas mais aceitável (E. Alder, 1985).

Nesta sequência, entre as mulheres, o facto de ter sido esterilizada está negativamente relacionado com a probabilidade de se vir a encontrar um aumento no desejo sexual, enquanto entre os homens não se encontram diferenças entre aqueles que foram esterilizados e aqueles cujas mulheres tinham sido «laqueadas», apesar de haver uma tendência de aumento do desejo sexual. Por seu turno, entre as mulheres esterilizadas, é menos provável que haja uma melhoria no desejo sexual do que entre aquelas cujos maridos foram vasectomizados, mas o facto de o ter sido não prediz um aumento significativo ao nível do desejo sexual, entre os homens. Isto é consistente com a ideia de que a esterilização cirúrgica envolve, provavelmente, um maior grau de trauma físico para algumas mulheres, do que para os homens.

Entretanto, os casais que referem menores

níveis de comunicação conjugal escolhem muito mais a esterilização feminina, do que a vasectomia (Bean et al, 1981), o que aponta para o facto de que, os maridos de casamentos caracterizados por baixa comunicação e segregação sexual das actividades, tendem a deixar as decisões reprodutivas para as respectivas mulheres (Hill et al, 1959; Rainwater, 1965; Hollerback, 1980) pelo que elas se submetem mais à esterilização. Consequentemente, o facto de se verificar um menor aumento do desejo sexual, nas mulheres esterilizadas, pode ser o reflexo quer da sua relativa falta de escolha na selecção do procedimento, quer da qualidade da relação conjugal, visto que isso afecta a vida sexual do casal.

No entanto, a maior parte das mulheres submetidas à laqueação tubária, descreve uma melhoria no seu relacionamento sexual com o marido, a qual é atribuída à liberdade face ao medo da gravidez, à maior disponibilidade para se descontraiem e à maior espontaneidade das relações sexuais. Assim, estas já não são evitadas, há menos discussões e a relação conjugal é mais feliz. Algumas mulheres dizem mesmo que a laqueação lhes salvou o casamento, enquanto outras referem que foi após a laqueação que tomaram, pela primeira vez, a iniciativa na actividade sexual, ou que experimentaram orgasmo (Thompson & Bird, 1968).

Comparando diferentes estudos sobre o assunto (E. Alder, 1985), concluiu-se que se pode assegurar às mulheres que a laqueação, por si só, não parece prejudicar a sexualidade e que se o método anticoncepcional anterior tinha sido insatisfatório, possivelmente ocorrerá um aumento na frequência das relações sexuais. Contudo, se os problemas sexuais já existirem não há evidências que indiquem que serão resolvidos unicamente com a laqueação. Os autores referem, ainda, que as discrepâncias encontradas ao comparar as múltiplas investigações sobre esta matéria, se devem, muito provavelmente, a diferenças na selecção e aconselhamento dos pacientes. Assim, por exemplo, Cliquet et al (1981) observaram um dos níveis mais baixos de consequências adversas pós-laqueação, talvez exactamente porque fizeram entrevistas e discussões

cuidadas com os casais que solicitaram a esterilização.

Outro factor que pode influenciar a atitude da mulher após a laqueação é o aspecto de quem decidiu a esterilização. De facto, Wise, Perkin e Correy (1976), encontraram uma correlação significativa entre indicação médica para a dita intervenção e futura insatisfação. Também Barnes e Zuspan (1958) referem que as mulheres, requerentes elas próprias da laqueação (por alta paridade, por exemplo), e, portanto, sem uma doença orgânica ou «ordem» médica nesse sentido, se mostram posteriormente mais satisfeitas e menos arrependidas com o seu novo estado de infertilidade, enquanto que, por exemplo, 64% das mulheres que manifestaram arrependimento, apontaram como «razão» para solicitar a intervenção o facto de terem feito múltiplas cesarianas.

Por seu turno, Leader et al (1983) ao estudarem o arrependimento e pedidos de recanalização em mulheres esterilizadas verificaram que 12% delas referiam que a decisão fora tomada pelos maridos, dos quais, curiosamente, estavam agora todas divorciadas. Entretanto, a maior parte das outras mulheres que se mostravam agora arrependidas, tinham decidido sózinhas. Assim, apesar da mulher, como ser individual, ter o direito de optar pela esterilização, parece que o melhor será a decisão partir do casal.

Outra situação, que também constitui um risco de arrependimento futuro, é a laqueação feita na altura do parto (Murray, 1980). De facto, convém salientar que a primeira semana pós-parto é um tempo de considerável tensão emocional para a mulher, pelo que, ter que tomar uma decisão tão profunda nessa altura, e por vezes repentinamente, pode ser considerado imprudente. Isto é de certo modo acentuado, quando o aconselhamento para a esterilização lhe é dado na altura, encontrando-se então, muitas vezes, a mulher perante uma coerção considerável, tanto por parte do marido, como do médico.

Relativamente à idade, Watkins et al (1976) consideram-na um factor de risco quando a mulher tem menos de 30 anos, especialmente quando tem menos de 4 filhos. No entanto, seria apenas Alderman (1977) a observar que

as mulheres mais novas mostram uma tendência no sentido dum maior risco de arrependimento futuro.

Por sua vez Wise et al (1976) concluíram, tendo em conta a paridade, que o número de filhos, considerado isoladamente, não é um factor significativamente preditivo de arrependimento posterior. Nesta sequência, Murray (1980) afirma que as mulheres de baixa paridade e relativamente jovens, que optaram pela laqueação devido às condições socioeconómicas e à instabilidade conjugal, são as que mais provavelmente virão a pedir recanalização.

Ainda tendo em conta o número de filhos, Schwyhart e Kutner (1973) sugerem que o arrependimento estava mais dependente da qualidade de satisfação que a mulher sente em relação aos seus filhos, do que em função do seu número. Peterson (1977), refere, a propósito, que a mulher se arrependerá da laqueação se não fôr capaz de separar a função reprodutiva da sexualidade, da função erótica. Assim, estas mulheres perderão a sua libido após a intervenção, vindo a arrepender-se de se terem submetido a ela.

Existem ainda outros acontecimentos que podem levar ao arrependimento, face à esterilização, podendo mesmo chegar ao pedido de recanalização. Nesta situação encontramos dois grupos de pacientes (Lambers et al, 1985):

— As que mantêm a mesma relação que tinham na altura da laqueação e que agora querem ter mais filhos do mesmo companheiro, ou que o pretendem por morte de um dos filhos, ou, ainda, devido aos efeitos somáticos e psicológicos negativos que atribuem à esterilização;

— As que iniciaram uma nova relação conjugal e, como tal, querem ter filhos deste novo companheiro.

Assim, de todos os factores anteriormente referidos, que podem levar à mudança de atitude após a esterilização, devemos estar especialmente atentos nos casos em que a laqueação é feita por razões médicas, ou relacionada com uma gravidez recente, quando existem problemas conjugais na altura da operação e quando a mulher tem menos de 30 anos. A atenção a estes aspectos é inserida num

«projecto» de prevenção a desequilíbrios, que toma o formato de entrevista. Nesta faz-se, por um lado, uma «avaliação» psicológica da utente com elaboração da sua história (que inclui dados sobre a estabilidade da relação conjugal, situação socio-económica, etc.) e, por outro lado, fornece-se informação detalhada sobre as possíveis consequências da intervenção, irreversibilidade desta, etc..

A propósito, Camparella et al (1975) encontraram um maior número de queixas psicossomáticas, problemas menstruais e deterioração nas relações sexuais em mulheres que manifestavam um baixo conhecimento do procedimento e em especial da sua irreversibilidade. Por seu turno, Haynes e Wolfe (1970) pensam que a resposta psicológica à esterilização está mais dependente da relação médico—doente e da disponibilidade dos serviços de aconselhamento. No mesmo sentido, DiMusto et al (1974) atribuem a falta de reacções psicológicas adversas, nas suas pacientes, ao facto delas terem sido devidamente aconselhadas e informadas antes da laqueação.

Concluindo, tem que ser, ou pelo menos devia-se tentar que fosse, previamente determinado se a laqueação tubária é a solução adequada para o problema daquela mulher, ou daquele casal, e se o pedido é igualmente aceite pelas duas partes. Até que ponto isso é possível? Não o sabemos, mas vamos continuar a tentar!

## BIBLIOGRAFIA

- Alder, E. (1983). Sterilization. In *Psychology and Gynaecological Problems* (A. Broom & L. Wallace, Eds.), London and New York: Tavistock Publications.
- Barnes, Z. (1958). Patient reaction to puerperal sterilization. *American Journal Obstetrics Gynecology*, 75(1).
- Bean, F.D., Clark, M.P. & South, S. et al (1982). Changes in sexual desire after voluntary sterilization. *Social Biology*, 27(3).
- Campanella, R & Wolff, J.R. et al (1975). Emotional Reaction to sterilization. *Obstetrics and Gynecology*, 45(3).
- Cooper, P.J. (1983). Risk of hysterectomy after sterilisation. *Lancet*, 11.
- Espin, B.A. (1984). El síndrome de los residuos tubarios (S.R.T.) post-ligadura. Trastornos

- psíquicos: los tres temores. *Rev. de Obst. Journal Gin. de Venezuela*, 44(1).
- Grunert, G.M., Drake, T.S. & Takaki, N.K. (1981). Microsurgical reanastomosis of the fallopian tubes for reversal of sterilization. *The Obstetrics and Gynecology*, 58(2).
- Kasonde, J.M. & Bonnar, J. (1976). Effect of sterilization on menstrual blood loss. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 83.
- Lambers, K.J., Trimbos-Kemper, G.C.M. & Hall, E.V. van (1983). Regret and reversal of sterilization. In *Psychology and Gynaecological Problems* (A. Broom & L. Wallace, Eds.), London and New York: Tavistock Publications.
- Lawson, S., Cole, R.A. & Templeton, A.A. (1979). The effect of laparoscopic sterilization by diathermy or silastic bands on post-operative pain, menstrual symptoms and sexuality. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 86.
- Leader, Galan, N., George, R. & Taylor, P.J. (1981). A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal Obstetrics Gynecology*, 145(2).
- Murray, J. (1980). A review of women requesting reversal of tubal sterilization. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics Gynaecology*, 20.
- Neil, J.R., Hammond, G.T., Noble, A.D., Rushton, L. & Letchworth, A.T. (1975). Late complications of sterilisation by laparoscopy and tubal ligation. *Lancet*, 2.
- Templeton, A.A. & Cole, S. (1982). Hysterectomy following sterilization. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 89.
- Thompson, B & Baird, D. (1968). Follow-up of 186 sterilized women. *Lancet*, 1.
- Thomson, P. & Templeton, A. (1978). Characteristics of patients requesting reversal of sterilization. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 85(3).
- Vasquez, G., Winston, R.M.L., Boeckx, W. & Brosens, I. (1979). Tubal lesions subsequent to sterilization and their relation to fertility after attempts at reversal. *American Journal Obstetrics Gynecology*, 138(1).
- Wise, D.J. & Correy, J.F. (1976). Emotional Adjustment Following Tubal Sterilization by laparoscopy and laparotomy in 1,052 women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics Gynaecology*, 16.

#### RESUMO

Com este trabalho pretende-se esclarecer em que consiste a laqueação tubária, as razões que levam as mulheres a solicitar este tipo de intervenção, os factores que podem levar ao arrependimento futuro face a esta opção e, finalmente, tenta-se fazer uma breve abordagem sobre o que procuramos atingir com o nosso trabalho junto das mulheres que pedem a esterilização.

#### ABSTRACT

With this work we want to illustrate what is a tubal sterilization, the reasons that bring people to choose it and which factors could lead to a future regret.

Finally we try to explain what we want to reach in our work with the women that come to us asking for sterilization.