

QUALIDADE DE VIDA APÓS LAQUEAÇÃO TUBAR *

JOÃO SARAIVA, VALÉRIO CARVALHO, CRISTINA ALMEIDA, MARIA JOÃO GARCIA,
A. GOUVEIA OLIVEIRA, JORGE BRANCO

Serviço de Obstetria/Ginecologia do Hospital de S. Francisco Xavier. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

RESUMO

Objectivo: Analisar as atitudes, repercussões físicas e psicológicas da laqueação tubar na mulher portuguesa no sentido de determinar a sua qualidade de vida. **População e Métodos.** Caracterização do estudo: Estudo retrospectivo de mulheres submetidas a laqueação tubar entre 1988 e 1991, através de um questionário postal enviado em Junho de 1992. Local: Consulta de planeamento familiar do Hospital S. Francisco Xavier, Lisboa. **População:** Foram laqueadas 540 mulheres entre 1988 e 1991 no Serviço de Obstetria/Ginecologia do Hospital S. Francisco Xavier, das quais foram incluídas no estudo 308 (excluíram-se as mulheres esterilizadas por patologia capaz de interferir com os resultados e aquelas que foram esterilizadas durante a cesariana, pós-parto ou pós-aborto). **Principais determinações:** Dados descritivos e demográficos retirados dos processos clínicos e resultados de um questionário postal com onze grupos de perguntas referentes às atitudes, opiniões e comportamentos, queixas ginecológicas e sexuais. **Resultados:** Responderam ao questionário postal 106 mulheres (34,5%). A grande maioria sentia-se satisfeita (97,1%) e esclarecida (98%) com a laqueação tubar. A satisfação sexual e frequência coital melhorou ou manteve-se igual em 92,1% das mulheres e um número sensivelmente inferior (85,3%) refere melhoria ou manutenção do seu interesse sexual. A totalidade das mulheres testemunha que o interesse sexual do parceiro não diminuiu. Os sintomas que mais frequentemente foram referidos como se tendo agravado ou aparecido de novo foram as alterações do ciclo menstrual (43,1%), dismenorreia (16,7%) e mastodinia (16,7%). **Conclusão:** A maioria dos mulheres (3/4) apresentavam resultados Bons ou Muito Bons em termos de qualidade de vida.

SUMMARY

Quality of life after sterilisation

Objective: To analyse the attitude, physical and psychological repercussions of sterilisation on Portuguese women in order to determine their quality of life. **Project:** Retrospective study of women submitted to sterilisation between 1988 and 1991, by means of a questionnaire mailed in June 1992. **Location:** Family planning clinic, S. Francisco Xavier Hospital, Lisbon. **Population:** Between 1988 and 1991, 540 women were sterilised at the Gynaecology/Obstetrics Department of S. Francisco Xavier, 308 of which were included in the study (women who were sterilised with a pathology which might interfere with the results and those who were sterilised during a caesarean section, post partum or post abortion were excluded). **Main determinations:** Descriptive and demographic data taken from the clinical files and the results of a mailed questionnaire with eleven groups of questions on their attitudes, opinions and behaviour as well as gynaecological and sexual complaints, all with regard to sterilisation. **Results:** 106 women (34,5%) replied to the mailed questionnaire. An overwhelming majority felt satisfied (97,1%) and well informed (98%) regarding sterilisation. Sexual satisfaction and coital frequency improved or remained the same in 92,1% of the women and a slightly lower number (85,3%) stated that their sexual interest had improved or remained the same. All the women stated that the sexual interest of their partners had not diminished. The symptoms which were most frequently referred to as being worse or which had recurred were alterations in the menstrual cycle (43,1%), dismenhorrea (16,7%) and mastodinia (16,7%). **Conclusion:** The majority of women (3/4) presented Good or Very Good results in terms of quality of life.

* Trabalho apresentado como comunicação livre no XV Congresso Português de Obstetria e Ginecologia, 1 a 4 de Junho de 1994, em Coimbra.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a incidência e prevalência da laqueação de trompas (L.T.) aumentou muito rapidamente, abrangendo actualmente cerca de 95 milhões de casais em todo o mundo¹⁻². Nos U.S.A. é o método contraceptivo (M.C.) mais comum em mulheres com mais de 30 anos, desde 1980³. Em Portugal foram realizadas mais de 6 milhares, em 1992, nos Hospitais Públicos⁴.

Entre as possíveis repercussões desta intervenção salientam-se as alterações físicas e psicológicas nomeadamente a nível do ciclo menstrual e da sexualidade. Embora estas alterações tenham sido objecto de muitos estudos internacionais, não encontramos publicações que as estudem de uma forma global, em termos de qualidade de vida da mulher esterilizada⁵⁻¹³. Bordahl⁶ publica o estudo mais completo e exaustivo sobre L.T., mas os resultados da sua investigação sobre 218 mulheres norueguesas esterilizadas, também carecem de uma análise global e respectiva classificação numa escala qualitativa.

Em Portugal apesar da popularidade crescente deste M.C., os trabalhos que encontramos sobre L.T., apenas reflectiam a estatística dos serviços em termos descritivos e demográficos, dando ênfase às indicações e complicações operatórias do método¹⁴⁻¹⁶.

O objectivo deste trabalho é analisar as atitudes, repercussões físicas e psicológicas da mulher portuguesa esterilizada no sentido de determinar em termos globais a sua qualidade de vida.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A população em estudo é constituída por um grupo de mulheres saudáveis que se submeteram a esterilização por desejo expresso no Serviço de Obstetria/Ginecologia do Hospital de S. Francisco Xavier entre 1988 e 1991, e que, entretanto, não tiveram alterações na sua vida conjugal.

De um número total de 540 mulheres submetidas a L.T., realizadas tal como a lei portuguesa permite, após os 25 anos de idade, foram incluídas no estudo 308 mulheres. Excluíram-se os casos de doença física ou mental capaz de interferir com a interpretação dos resultados, tal como, depressão grave ou psicose, atraso men-

tal e toxicod dependência e as laqueações de trompas realizadas durante a cesariana, pós-parto ou pós-aborto.

As 308 mulheres foram estudadas retrospectivamente através da revisão dos processos clínicos (tendo sido para o efeito elaborada uma folha estruturada para colheita de dados descritivos, demográficos e clínicos) e da resposta a um questionário postal, enviado em Junho de 1992.

O questionário era individual, confidencial e continha onze grupos de perguntas com resposta pré-determinada do tipo sim/não e mais/menos/igual, que versavam sobre a atitude das mulheres quanto à L.T. e suas repercussões físicas e psicológicas.

Os resultados globais foram classificados numa escala de 5 categorias (Muito Bons, Bons, Razoáveis, Medíocres ou Maus - *Quadro 1*), tendo em conta:

- opiniões, atitudes e comportamentos;
- satisfação sexual;
- resultados directos da intervenção (falha de método, complicações pós-operatórias);
- queixas ginecológicas (algias pélvicas, dismenorria, irregularidades menstruais, mastodinia e dispareunia).

As categorias são as seguintes:

Resultado muito bons: vigilância ginecológica adequada; satisfação sexual aumentada (melhorada); sem complicações pós-operatórias; sem queixas ginecológicas.

Resultados bons: vigilância ginecológica adequada; satisfação sexual mantida; sem complicações pós-operatórias; agravamento ou aparecimento de algias pélvicas ou dismenorria ou irregularidades menstruais.

Resultados razoáveis: vigilância ginecológica diminuída; Satisfação sexual mantida; sem complicações pós-operatórias; agravamento ou aparecimento de algias pélvicas, dismenorria ou irregularidades menstruais;

Resultados medíocres: satisfação sexual diminuída ou complicações pós-operatórias ligeiras a moderadas (lesão iatrogénica de órgãos vizinhos, abscesso ou hematoma pélvico, hemorragia com necessidade de transfusão ou estadia prolongada - laparoscopia > 2 dias; mini-laparotomia > 6 dias).

Resultados maus: insatisfação (rejeição) com o método ou falha de método ou complicações pós-operatórias graves (embolia pulmonar, tromboflebite pélvica séptica).

Quadro 1 - Classificação dos resultados globais

	MUITO BOM	BOM	RAZOÁVEL	MEDÍOCRE	MAU
Atitudes	Vigilância adequada	Vigilância adequada	Vigilância diminuída	-	Insatisfação com o método
Sexualidade	Aumentada	Mantida	Mantida	Diminuída	-
Resultados directos da Intervenção	S/ complicações	S/ complicações	S/ complicações	Complicações pós-op. ligeiras ou moderadas	Falha de método Complicações pós-op. grave
Queixas ginecológicas	Sem queixas	Queixas ligeiras	Algias dismenorria irreg. menstruais	-	-

RESULTADOS

Foram recebidos 106 questionários, o que corresponde a uma taxa de respostas de 34,4%. Foram excluídas 4 mulheres, 2 por terem mudado de parceiro sexual e outras 2 por devolverem o questionário insuficientemente preenchido.

Neste grupo final de 102 mulheres incluídas no estudo, a L.T. foi realizada em 57 casos (55,9%) por laparoscopia com oclusão mecânica das trompas com anéis de silicone (anéis de Yoon), e em 45 casos (44,1%) por mini-laparotomia com laqueação e secção dos trompas (operação de Pomeroy).

A caracterização destas 102 mulheres em termos descritivos, demográficos e sociais é feita no *quadro 2*.

Quadro 2 – Caracterização das 102 mulheres

IDADE	25-29	30-34	35-39	40-44	≥ 45	Total
Escolaridade						
< 9 anos	5	20	35	16	1	77
≥ 9 anos	1	4	15	5	0	25
Estado Civil						
Casada	5	22	48	16	1	92
Solteira	0	1	0	2	0	3
V/D	1	1	2	3	0	7
Etnia						
Caucasiana	3	21	45	21	1	91
Etiópe	3	3	5	0	0	11
Paridade						
≤ 2 filhos	2	10	32	15	1	60
> 2 filhos	4	14	18	6	0	42
Método Contraceptivo						
M. Horm.	2	15	26	4	0	47
DIU	4	3	16	8	0	31
Barreira	0	4	5	4	1	14
S/Mét.	0	2	3	5	0	10
Total	6	24	50	21	1	102

Atitudes, opiniões, comportamentos

As atitudes, opiniões e comportamentos das mulheres relativamente à laqueação de trompas foram avaliadas através de questões sobre quem tomou a iniciativa da intervenção; qual a sua opinião em relação à possibilidade de existirem falhas de método; satisfação em relação aos esclarecimentos prestados pela equipa de saúde na consulta de planeamento familiar; arrependimento ou insatisfação em relação à decisão tomada e vigilância ginecológica posterior.

Os resultados apresentam-se no *Quadro 3*.

Qualidade de vida

Nos resultados em termos de qualidade de vida vamos considerar as alterações a nível da sexualidade e as repercussões físicas (queixas ginecológicas).

Sexualidade: A frequência das relações sexuais aumentou ou manteve-se igual em 94 mulheres (92,1%) e 88 (86,3%) referem uma libido mantida ou melhorada.

Quadro 3 – Atitudes, Opiniões e Comportamentos das 102 mulheres

	Nº	%
Iniciativa		
Médico/Paciente	40	39,2%
Paciente	62	60,8%
Expectativa qto. à eficácia		
Sim	93	91,2%
Não	9	8,8%
Esclarecimento		
Sim	100	98%
Não	2	2%
Arrependimento		
Sim	3	2,9%
Não	99	97,1%
Vigilância Ginecológica		
Maior	3	2,9%
Igual	58	56,9%
Menor	41	40,2%

Noventa e quatro (92,1%) referem uma melhoria ou manutenção da sua satisfação sexual e a totalidade das mulheres acharam que o parceiro sexual aumentou ou manteve o mesmo interesse sexual por ela (*Quadro 4*).

Quadro 4 – Alterações da Sexualidade

	AUMENTOU		IGUAL		DIMINUIU	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frequência das R. S.	28	(27,4%)	66	(64,7%)	8	(7,9%)
Líbio	34	(33,4%)	54	(52,9%)	14	(13,7%)
Satisfação Sexual	54	(52,9%)	40	(39,2%)	8	(7,9%)
Líbio do parceiro	16	(15,7%)	86	(84,3%)	0	(0%)

Queixas ginecológicas: Os sintomas que mais frequentemente foram referidos como se tendo agravado ou aparecido de novo pós-L.T. foram as alterações do ciclo menstrual em 43,1% das mulheres, dismenorria (16,7%) e mastodinia (16,7%) (*Quadro 5*).

Quadro 5 – Queixas Ginecológicas

	Total c/ queixas ginecológicas actuais		Aparecimento ou agravamento das queixas	
	Nº	%	Nº	%
Dismenorria	32	31,4%	17	16,7%
Dor pélvica	18	17,6%	5	4,9%
Alt. ciclo menstrual	–	–	44	43,1%
Dispareunia	14	13,7%	5	4,9%
Mastodinia	31	30,4%	17	16,7%

Resultados Globais

Os resultados globais foram classificados em Muito Bons ou Bons em 77 (75,5%) mulheres (*Quadro 6*), pois estas mantiveram-se atentas à sua vigilância ginecológica, não tiveram quaisquer complicações pós-operatórias.

Quadro 6 – Resultados globais

	Nº	%
Muito Bons	20	19,6
Bons	57	55,9
Razoáveis	8	7,8
Mediôcres	13	12,8
Maus	4	3,9
Total	102	100

Quadro 7 – Resultados maus e Mediôcres

Maus	4
Falha de método	2
Insatisfação (rejeição) de método	2
Mediôcres	13
Satisfação sexual diminuída	8
Lesão iatrogénica da bexiga	2
Abcesso tubo-ovárico	1
Hematoma espaço Retzius	1
Hematoma da ferida operatória	1

rias, apresentavam queixas ginecológicas ligeiras e referiram que a sua satisfação sexual estava mantida ou tinha melhorado.

Os resultados foram mediôcres em 13 mulheres (12,8%) e maus em 4 mulheres (3,9%) e são discriminados no quadro 7. Metade destes resultados desfavoráveis foram por satisfação sexual diminuída. Nem todos os itens previstos em relação aos resultados directos da intervenção se verificaram como por exemplo as complicações pós-operatórias graves.

DISCUSSÃO

Este estudo analisa os resultados da laqueação tubar em termos de qualidade de vida, sendo as atitudes, opiniões, comportamentos, repercussões físicas e psicológicas da L.T. obtidas através de um questionário postal, cujos resultados discutimos em seguida.

Atitudes, opiniões e comportamentos

Num primeiro grupo de seis perguntas foram estudadas as atitudes, opiniões e comportamentos. A iniciativa (Quadro 3) quanto à opção por este método anticoncepcional era na maioria dos casos da mulher. Este facto é especialmente importante, porque envolve uma maior responsabilização da mulher pela opção tomada, com subsequente reforço da sua auto-estima e melhor aproveitamento da finalidade do método em termos de vida conjugal¹⁷.

Em seguida estudou-se a relação entre a satisfação com os esclarecimentos prestados na consulta e as suas opiniões sobre as limitações do método, sendo de salientar que embora a quase totalidade das mulheres se considerem esclarecidas com o procedimento, até em número superior aos 92% referidos por Kjer¹⁸, a grande maioria

também achava o método infalível, o que indica algumas dificuldades na comunicação médico-doente, durante as consultas pré-esterilização.

Encontrámos uma baixa percentagem de casos de insatisfação global ou rejeição do método mas em nenhum deles foi pedida a recanalização. Num destes casos houve falha de método e os outros dois apresentavam resultados mediôcres em termos de queixas ginecológicas e satisfação sexual. Outras duas mulheres manifestaram sentimentos de ambivalência e dúvida.

O facto de nós apresentarmos uma taxa de rejeição muito inferior à de Bordahl⁶ (8%) e Kjer¹⁸ (7,1%), deve-se essencialmente à diferente selecção dos casos. Nós só incluímos casos por desejo expresso, por motivos puramente de contracepção, sendo excluídos os casos pós-parto ou pós-aborto. Em média fizemos a L.T. em mulheres 3 anos mais velhas⁶. Bordahl⁶ verificou que uma parte significativa dos casos de rejeição (50%) tinham recebido a ideia por parte da Comissão de Aborto durante a realização de um aborto legal, dados, no entanto, não corroborados por Platz-Christensen no seu estudo sobre 2761 mulheres suecas.¹⁹

Num dos muitos estudos²⁰ sobre os motivos que levaram as mulheres a pedirem a recanalização, concluiu-se que estas eram em média mais jovens (média de 31 anos) e revelaram que tinham tido pouco tempo antes da L.T. para considerarem possíveis alterações na sua vida futura, tais como, divórcio, morte de um filho, ou melhoria da sua situação económica. Declararam também que o desejo do marido em não ter mais filhos tinha sido um factor importante para fazer a L.T. Razões como cesarianas a mais, dificuldades na contracepção ou problemas genéticos eram em retrospectiva inválidos para fazer a L.T. .

Por último o questionário abordava a vigilância ginecológica após laqueação de trompas tendo um número significativo de mulheres admitido ter diminuído as suas consultas ao ginecologista, reduzindo assim o rastreio de doenças malignas, nomeadamente do cancro do colo do útero. A ênfase volta de novo para relação médico-doente e ao papel do esclarecimento da consulta pré-esterilização.

Repercussões psico-sexuais

Num segundo grupo de perguntas sobre as repercussões psico-sexuais, a grande maioria das mulheres revelou uma vida sexual melhorada ou inalterada (Quadro 4).

Embora não exista grupo de controlo, se compararmos com os resultados de estudos feitos sobre a frequência coital em mulheres casadas, do mesmo grupo etário, verificámos que há um decréscimo ao longo do tempo²¹, o que vem a fortalecer os resultados encontrados no nosso trabalho.

Os primeiros estudos sobre os efeitos psico-sexuais da L.T. atribuíram-lhe um impacto negativo, mas eram na generalidade estudos retrospectivos, com pequeno tempo de follow-up, que não tinham grupos de controlo ou de comparação e as conclusões eram mais de carácter empírico²².

Entretanto, estudos realizados na última década apresentaram evidência contrária.

Kjer⁹ estudou prospectivamente, na Dinamarca, 659 mulheres através de um questionário postal realizado 4 e

8 anos após a L.T. e 95% revelavam uma vida sexual melhorada ou inalterada.

Bordahl⁶ na Noruega e Cooper⁷ em Inglaterra, realizaram estudos prospectivos de longa duração através de entrevistas e sugeriam também um impacto positivo da L.T. na sexualidade (95 e 78% referiam uma melhoria ou manutenção da vida sexual, respectivamente).

Em Portugal não encontramos estudos que abordassem as alterações de vida sexual pós-L.T.

Esta melhoria da vida sexual é atribuída pela maioria dos autores à perda do medo de engravidar e a uma vida sexual mais descontraída^{6,23}. Shain¹⁷ discorda desta explicação pois encontra em dois grupos nas mesmas circunstâncias (mulheres esterilizadas e mulheres de homens vasectomizados) resultados diferentes, e põe a hipótese de o benefício imediato (no 1º ano) que encontra se deve ao facto de a mulher tomar as suas próprias opções reprodutivas, o que reforça a sua auto-estima e potencia o resultado esperado da esterilização feita só por motivos de contraceção, ou seja, ter uma vida sexual sem preocupações.

A melhoria que encontramos na qualidade de vida sexual poderá ser devida a este efeito de reforço positivo expressado espontaneamente por comentários como *agora posso ter relações sexuais mais à vontade; sensação de infinita liberdade; a melhor coisa que me aconteceu*. Encontrámos, porém, um factor que poderá confundir essa hipótese: cerca de 1/4 das mulheres teriam uma contraceção pré-L.T. inadequada (sem método ou com método de barreira, sendo este olhado como método de recurso ou inacessível por longos períodos de tempo) o que levaria a um natural efeito positivo a curto prazo.

Num pequeno número de mulheres encontramos uma diminuição da satisfação sexual, das quais só em uma foi possível encontrar uma explicação (falha de método). Kjer⁹ atribui este efeito a uma redução de excitação sexual devido à possibilidade/risco de engravidar ter sido eliminada e a uma percepção da feminidade alterada. Abraham²⁰ e Whitehouse⁸ explicam esse efeito pelo facto de ser importante para certas mulheres continuarem a contar com o potencial para procriar e se sentirem como uma *mulher completa*, o que seria corroborado por Cox²³ que referiu casos de líbido restaurada após recanalização tubária.

Embora esse efeito se possa verificar em alguns casos, crêmos que ele terá uma tendência a diminuir, dado as aceleradas mudanças sociais e demográficas a que assistimos, com o crescente papel que tem a realização profissional na vida da mulher.

Por outro lado esta opção é tomada só por motivos contraceptivos e quando há consciencialização de que a *família está completa*.

Repercussões físicas

Quatro grupos de perguntas do questionário abordavam as queixas ginecológicas após L.T., sendo as que mais frequentemente se agravaram ou apareceram de novo as alterações menstruais, dismenorrea e mastodinia.

As alterações menstruais pós-L.T. são um assunto controverso. Enquanto há estudos que não encontram uma relação consistente^{10,11,12}, outros sugerem um risco aumentado de perturbação do ciclo menstrual^{13,24,25}.

Esta dificuldade na clarificação dos resultados surge, em parte, porque alguns estudos não entram em consideração com a interferência da paragem do uso do C.O. (que regulariza um ciclo e diminui o fluxo menstrual) e do D.I.U. (que aumenta o fluxo menstrual), ou com a história menstrual ou de patologia pélvica prévia, idade da mulher e técnica da L.T. (18). No nosso estudo os 3 sintomas que se agravaram, poderão ser explicados também pela suspensão dos C.O., embora a diferença nas alterações menstruais entre as mulheres que suspenderam os C.O. e as que não os tomavam não seja estatisticamente significativa.

McCann²⁶ e Rulin¹² também não encontraram alterações consistentes do fluxo menstrual após serem retirados os efeitos dos C.O. e D.I.U.

A clarificação desta relação também tem sido prejudicada por muitos estudos serem pequenos e retrospectivos²⁴ ou apresentarem dificuldades em obter grupos de controlo adequados. Rulin¹² no seu estudo prospectivo de 389 mulheres que fizeram L.T. laparoscópica com anéis de Yoon, não consegue obter um verdadeiro grupo de controlo e utiliza um grupo de mulheres de vasectomizados para efeitos de comparação geral de semelhanças e diferenças. Shy²⁵ obteve um grande cohort de 7253 mulheres, para estudo da taxa de hospitalização por perturbações menstruais, mas não obteve dados dos processos clínicos, não sabendo, portanto, se o grupo de controlo apresentava características gerais semelhantes.

Este problema da selecção de um grupo de controlo adequado tem sido ultrapassado usando as mulheres como seu próprio controlo, num esquema de *antes e depois*, como foi o caso do nosso estudo. Embora a avaliação do fluxo pela própria mulher seja subjectiva e medições quantitativas do fluxo constatarem que a alusão de menorragias pela mulher não tinha valor^{27,28}, ela geralmente é um bom indicador, dado que, cada mulher tende a estabelecer o seu padrão de ciclo menstrual. Esta variável poderá ser mais importante nos casos de L.T. feitas no pós-parto ou durante a lactação, em que a mulher tem que se recordar das características do fluxo menstrual que tinha meses antes. Tal não se verifica no nosso trabalho, já que todas as L.T. foram feitas em mulheres a menstruar normalmente e os casos pós-parto ou pós-aborto foram excluídos.

As diversas técnicas de L.T. também têm sido implicadas diferentemente nos distúrbios menstruais.

Segundo a hipótese de que a alteração da circulação útero-ovária (2/3 do fluxo sanguíneo ovário vem do ramo tubário da artéria uterina) resultaria numa produção diminuída de estrogénios e progesterona e subsequente alteração do ciclo menstrual¹³, a L.T. Laparoscópica por electrocoagulação unipolar e L. T. por mini-laparotomia (Pomeroy), deveriam dar mais distúrbios do que os outros métodos, já que ocorre maior destruição do mesosalpinge. Shain² num estudo prospectivo, controlado, feito por entrevista um ano após a esterilização, determinou que as mulheres que fizeram L. T. por electrocoagulação bipolar e Pomeroy tiveram mais alterações menstruais e dismenorrea do que as que fizeram L.T. laparoscópica com anéis de Yoon. Nós não encontramos diferenças

estatisticamente significativas entre a técnica de esterilização e as queixas ginecológicas.

Shy²⁵ no seu cohort de 7 253 mulheres em Seattle e Bhiwandiwala²⁹ numa revisão de 10 004 casos não encontraram diferenças, e para estes autores é improvável que as alterações menstruais se devam a alterações da circulação útero-ovárica.

Em resumo, este estudo permitiu a colheita de informação sobre as atitudes, repercussão físicas e psicológicas (psicosexuais) da L.T. em 102 mulheres. Os resultados globais foram estratificados em termos de qualidade de vida e, tanto quanto pudemos apurar, é o primeiro estudo em Portugal deste género.

A taxa de resposta do questionário postal foi de 34,5%, o que nós consideramos uma taxa de respostas muito satisfatória, embora limite as conclusões. Kjer⁹ numa *bem organizada Dinamarca* obteve 90% de respostas. A nossa taxa mais baixa poderá ser explicada porque as nossas mulheres após a L.T., voltam ao seu médico. Por outro lado, dada a divisão administrativa em áreas, assiste-se por vezes ao recurso a moradas falsas (de familiares ou amigos).

Outro viés que poderá estar associado a esta taxa de respostas, será que as mulheres mais satisfeitas, mais organizadas ou mais educadas, responderam mais facilmente. No entanto, quase todas as complicações, com excepção de uma falha de método, responderam, e 75,5% das mulheres que responderam têm menos de nove anos de escolaridade.

Outro factor limitante das conclusões será o facto de ser um estudo retrospectivo e não possuir grupo de controlo independente, sendo somente cada mulher seu próprio controlo o que também poderá induzir novos vieses por ser um questionário de auto-avaliação e auto-resposta.

As conclusões naturalmente só se aplicam a mulheres portuguesas que fizeram L.T. por desejo expresso e não por indicação médica, a quem foi dado tempo suficiente para decidir (foram excluídos os casos pós-parto e pós-aborto), e que fizeram a L.T. por laparoscopia com anéis de Yoon ou mini-laparotomia pela técnica de Pomeroy.

CONCLUSÃO

Os resultados globais tendo em conta os quatro factores já previamente descritos foram Bons ou Muito Bons, na grande maioria das mulheres.

A maioria das mulheres estava satisfeita com a opção tomada de contracepção e sentia-se suficientemente esclarecida acerca da intervenção, embora esteja convencida da sua infalibilidade e descure o rastreio do cancro ginecológico. A sexualidade mantém-se inalterada ou melhorada na quase totalidade das mulheres. Enquanto encontrámos um agravamento maior das alterações menstruais, dismenorreia e mastodinia, apesar de se considerar o efeito da suspensão dos A.C.O. e D.I.U., não detectamos uma correlação com a dor pélvica não cíclica e dispareunia. A idade não interferiu nos resultados e o efeito da técnica da L.T. nas alterações menstruais, parece dever-se mais aos métodos contraceptivos usados previamente, do que ao efeito da técnica em si.

Devido a resultados controversos na literatura, e a dificuldades metodológicas inerentes a este tipo de estudo, a relação entre as alterações menstruais e L.T. necessita de ser melhor esclarecida, através de um grande estudo prospectivo de longa duração e com controlos adequados.

De entre algumas recomendações que se poderam retirar deste estudo, saliente-se que todas as mulheres deverão ter oportunidade de discutir e receber aconselhamento antes da L.T., com referência obrigatória à possibilidade de falha do método, e necessidade de maior vigilância (rastreio) do cancro ginecológico.

Por último a escolha deverá ser da mulher, pois isso a responsabilizará e possivelmente funcionará como reforço positivo dos resultados benéficos esperados.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, pelos dados estatísticos fornecidos sobre laqueação de trompas. À Luisa Rodrigues e ao Luís Costa pelo esforço e dedicação na dactilografia do texto.

BIBLIOGRAFIA

- ROSS JA, HONG S, HUBER DH: Voluntary sterilisation: An International fact book. New York Association for Voluntary Sterilisation 1985
- SHAIN RN, MILLER-WBM, MITCHELL-GW, HOLDEN-AE, ROSENTHAL-M: Menstrual pattern change 1 year after sterilisation: results of a controlled, prospective study. *Fertil-Steril* 1989; 52(2):192-203
- MOSHER WD: Contraceptive practice in the United States, 1982-1988. *Fam Plann Perspect* 1990; 22:198-205
- Instituto de Gestão Informática e Financeira. Ministério da Saúde. Portugal.
- COOPER JE, BLEDDIN KD, BRICE B, MACKENZIE S: Effects of female sterilisation. *J Psychosom Res* 1985; 29: 13-22
- BORDAHL PE: Tubal Sterilisation. A Prospective long-term study of 218 sterilised woman. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1984; suppl 128
- COOPER P, GATH D, ROSE N, FIELDSEND R: Psychological sequelae to elective sterilisation. A prospective study. *Br Med J* 1982; 284: 461-4
- WHITEHOUSE DB: Tubal ligation. A follow-up study. *Adv Fertil* 1969; 4:22
- KJER JJ: Sexual adjustment do tubal sterilisation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 35: 211-214
- DE STEFANO F, HUEZ CM, PETERSON HB, RUBIN, GL, LAYED PM, OREY HW: Menstrual changes 2 years after tubal sterilisation. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 673
- FORTNEY JA, COLE LP, KENNEDY, KI: A new approach to measuring menstrual pattern change after sterilisation. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147: 830
- RULIN MC, TURNER JH, DUNWORTH R, THOMPSON DS. Post-tubal sterilisation Syndrome - a misnomer. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151:13
- CATTANACH J: Oestrogen deficiency after tubal ligation. *Lancet* 1985; 1: 847-9
- MOTA AL, MANARTE A, SOUSA E, REBELO D: Laqueação tubar per-celioscópica com anéis de Yoon. Avaliação de 523 casos. *Rev de Ginecologia e Medicina da Reprodução* 1993; 18: 43-45
- GONÇALVES A, FURTADO MJ, SOUSA M: Laqueação tubária no puerpério. *Arq Mat Alfredo da Costa* 1990; 3; 33-36
- LEITE A, MELO A, COSTA M, CORGO P, FERREIRA M: Esterilização laparoscópica com clips de Hulka. Experiência de um serviço. Comunicação livre. 6º Congresso Português de Ginecologia. Coimbra 1993
- SHAIN RN, MILLER BW, HOLDEN MA, ROSENTHAL M: Impact of tubal sterilisation and vasectomy on female marital sexuality. Results of a controlled longitudinal study. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 763-71

18. KJER JJ: Regret of laparoscopic sterilization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 35: 205-210
19. PLATZ-CHRISTENSEN JJ et al: Evaluation of regret after tubal sterilization. *Int J Gynaecol Obstet* 1992; 38: 223-6
20. ABRAHAM S, JANSEN R, FRASER IS, KWOK M: The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *The Medical Journal of Australia* 1986; 145: 4-7
21. WHITEHOUSE DB: Sterilisation in young wives. *Br Med J* 1971; 707
22. RICHARDS JM, KOHLER CL, RYAN WG et al: Contraceptive female sterilization in Alabama: a replication of the WHO study. *Contraception* 1991; 43, 325-33
23. COX ML, CROZIER IM: Female sterilization: longterm follow-up with particular reference to regret. *J Reprod Fertil*; 35: 624, 1973
24. NEIL JR, HAMMOND GT, NOBLE AD, RUSHTON L, LETCHWORTH AT: Late complications of sterilization by laparoscopy and tubal ligation. *Lancet* 1975; 2: 699
25. SHY KK, STUGACHIS A, GROTHANS LG et al: Tubal sterilization and risk of subsequent hospital admission for menstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1698-1706
26. MCCANN MF, KESSEL E: International experience with laparoscopic sterilization: follow-up of 8500 women. *Adv planned parenthood* 1978; 12: 199
27. HALLBERG L, NILSSON L: Determination of menstrual blood loss. *Scand J Clin Lab Invest* 1964; 16: 244
28. KASONDE JM, BONNAR J: Effect of sterilization on menstrual blood loss. *Br J Obstet Gynaecol* 1976; 83: 572
29. BHIWANDIWALA PP, MUMFORD SD, FELDBLUMP J: Menstrual pattern changes following laparoscopic sterilization with different occlusion techniques: a review of 10.004 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 684