

ANÁLISE DA PNDS (2006) ACERCA DA REVERSÃO NÃO-INTENCIONAL DO MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA

Flávia Yasmin Palma Nunes

Universidade Federal de Minas Gerais - Demografia

Resumo: O artigo tem como proposta analisar as mulheres da base de dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), 2006, que tiveram filho(a)(s) após se submeterem à cirurgia de esterilização, também conhecida como laqueadura. Percebe-se que, no Brasil, grande parte destes casos está concentrada na região Nordeste, exigindo assim hipóteses que expliquem tamanha incidência. O que se apresenta é que o arrependimento quanto ao método não se relaciona com a ocorrência da reversão, o SUS tem uma influência grande no número, contribuindo para a diminuição do efeito por região.

Palavras-chave: Laqueadura. Esterilização. Mulheres. Reversão. Falha.

1 INTRODUÇÃO

A laqueadura, ou ligadura de trompas, é tida até então como um método de esterilização feminino seguro e irreversível. De acordo com Fontenele e Tanaka (2014), tal método consiste em cortar ou ligar por meio de cirurgia as trompas que unem os ovários ao útero, estando a mulher sujeita a um risco de engravidar de menos de 1%. No presente trabalho, esta afirmação é explorada para se discutir a alegada infalibilidade e, conseqüentemente, a irreversibilidade do método. Isto é feito olhando para as informações contidas e analisadas na PNDS de 2006 e as impressões das mulheres laqueadas da base de 2006 a respeito da eficácia do método.

De acordo com o artigo (2015) de Mariana Juliato Becker e Eduardo Hoffmann sobre os aspectos legais da ligadura tubária no Brasil, o estudo CREST feito nos Estados Unidos da América afirma que em 10 anos, o risco acumulativo de gestação em mulheres laqueadas é de 18,5 em 1.000 e fatores como idade da mulher, tempo cirúrgico, habilidade do cirurgião, e técnica escolhida podem interferir no sucesso, no caso a não-concepção, do procedimento. Tal sucesso está sujeito a falhas que ocorrem com um índice de 0,1 a 0,8% no primeiro ano, e são três vezes maiores entre 4-10 anos do que nos três primeiros anos.

Estudos acerca da falha do método no Brasil são incomuns na perspectiva aqui pretendida. Quando abordado, o assunto é referido ao arrependimento das mulheres que optaram pelo método, almejando a reversão do mesmo, e à saúde das mulheres que decidiram passar pelo recurso de esterilização. Enfim, a partir disso, uma análise acerca destas mulheres que engravidaram mesmo depois de passarem por um procedimento definitivo se mostra relevante na atual situação em que o planejamento familiar se apresenta extremamente significativo, em um contexto de queda da taxa de fecundidade.

2 REVISÃO TEÓRICA

No Brasil, Vieira (2007) afirma que, entre 1986 e 1996, o aumento significativo do uso de contraceptivos colocou o Brasil próximo aos países desenvolvidos, de acordo com a PNDS. Porém, enquanto as mulheres dos países desenvolvidos optavam por métodos reversíveis e temporários, as mulheres, no Brasil, progressivamente, tinham como escolha a esterilização feminina. Embasadas em Elizabeth Vieira, Fontenele e Tanaka afirmam que, neste período, ao que tudo indicava, surgia uma crescente intervenção ao corpo feminino, principalmente nas regiões do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que passavam por um crescimento significativo nas taxas de uso do método e um decréscimo das idades das mulheres ao passarem pela cirurgia.

Já a reversibilidade do método de esterilização feminina está estreitamente ligada a como este é executado. De acordo com as autoras, as formas de efetivar a laqueadura são por meio do posicionamento de anéis de plástico nas trompas, de queima e de corte das mesmas e da realização do ligamento das trompas com fio de sutura ou cliques de titânio. São mais de 180 milhões de mulheres que passaram pelo procedimento de laqueadura e 38.276 procedimentos foram realizados pelo sistema de saúde público brasileiro em 2004, segundo Becker e Hoffmann. Em 1996, 40% das mulheres casadas entre 15 e 49 anos eram laqueadas, conforme a Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), com a porcentagem caindo então para 29,1%, depois de 10 anos. (BECKER, HOFFMANN, 2015). A queda comentada pode ser explicada pela regulamentação da laqueadura, em 1997, que se encontra no disposto no § 7º do art. 226 da Constituição Federal de 1988 (CF/88)4, exigindo idade

maior que 25 anos das requerentes, com, pelo menos, 2 filhos e um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a cirurgia, entre outras disposições.

Conforme Fontenele e Tanaka, a esterilização ainda cresceu com mais força até 1996, mesmo havendo legislação específica coibindo o uso indiscriminado da cirurgia para dar fim à vida reprodutiva, fato este que merece explicação e contribui ainda para entender o alto índice de operações no Brasil. As autoras discorrem mais detalhadamente sobre este ponto: Com o procedimento requerendo apenas um check-up, pouco doloroso e, ainda, menos oneroso, os médicos consideravam a laqueadura segura e rápida; para as mulheres, o procedimento era considerado simples e, também, seguro. Pode-se perceber que a laqueadura é um método atrativo, entretanto a escolha do mesmo pode também representar um descontentamento com os outros métodos disponíveis.

Sendo o método mais utilizado em 1996, a esterilização feminina tem perdido importância no período recente, com tal fato associado à queda de sua prevalência muito maior nas classes mais altas. Ou seja, o método passa a apresentar uma relação fortemente negativa com a renda, dando indícios que a laqueadura estaria mais amplamente disponível e que mulheres mais bem posicionadas estariam dando preferência ao uso de outros métodos (PÉRPETUO, WONG, 2009). Neste artigo de Iñez Helena Oliva Perpétuo e Laura L. Rodríguez Wong, as autoras também concluem que o alto índice de laqueadura tubária entre mulheres sem escolaridade explicita “(...) a dificuldade do sistema público de saúde em incorporar, de forma efetiva, a assistência anticoncepcional aos serviços de atenção primária” (PÉRPETUO, WONG, 2009).

Outro resultado de Pérpetuo e Wong é a respeito do procedimento quanto às regiões do Brasil. Estar residindo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, se comparadas às regiões Sul e Sudeste é o principal fator associado à esterilização. Mesmo com o empenho do setor público em ampliar o acesso das mulheres a métodos reversíveis, as mulheres mais velhas, com um número maior de filhos e residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste responderiam mais lentamente a esta tendência, tendo em vista sua maior demanda por contracepção para limitação do número de filhos e a atual facilidade de acesso à esterilização nos serviços públicos de saúde (PÉRPETUO, WONG, 2009).

Percebe-se, então, que o aspecto regional é de grande importância para entender questões relacionadas à laqueadura no Brasil. Além disso sua regulamentação é um grande marco, sendo que o método passou a ser percebido de forma diferente e teve seu público modificado. Quanto às falhas, de acordo com Becker e Hoffmann, aproximadamente metade das pacientes que engravidam pós-laqueadura tem como motivo falha da técnica cirúrgica, como exemplo tem-se cliques e anéis colocados no segmento incorreto das trompas uterinas, retirada de uma porção muito pequena das trompas, ligadura dos ligamentos redondos do útero, escolha de um segmento muito calibroso para realizar a coagulação ou colocação dos cliques, deixando assim de ocluir totalmente as trompas. As demais falhas, que não ocorreram por falha técnica, incluem a recanalização espontânea, ou a fistulização entre dois cotos das tubas (grifo de Becker e Hoffmann) (PETERSON, CURTIS, 2005; MARTINS, VIANA, GEBER, 2011).

Enfim, um último aspecto a ser discutido é o planejamento familiar, que é retomado através dos dados aqui analisados. O fato de a laqueadura estar difundida no Brasil como método, efetivamente, eficaz, “simples” e rápido de resolução dos problemas no planejamento da vida reprodutiva, resulta em um contingente de mulheres esterilizadas precocemente, mesmo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (FONTENELE, TANAKA, 2014). O arrependimento é, de fato, uma das grandes preocupações diante dessas circunstâncias, mas também é preciso pensar em casos em que

ocorre a reversão não-intencional do procedimento visto como o mais eficaz. É com esta proposta, então, que os dados da PNDS foram estudados neste artigo.

3 OBJETIVOS

- Objetivo principal: Verificar a falibilidade da esterilização feminina no Brasil.
- Objetivos específicos:
 - a. Verificar a que está associada tal falha.
 - b. Verificar a percepção quanto à falibilidade do método das mulheres que se submeteram ao procedimento.
 - c. Verificar se o fato de a cirurgia ter sido feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está associado às falhas.

4 METODOLOGIA

Para isso, a categoria *falha* será utilizada para indicar os casos pretendidos, ou seja, casos em que a mulher teve filho(a)(s) após a data da cirurgia. Usando a base de dados PNDS 1996 e 2006, foi possível através do Century Month Code¹ (CMC) da cirurgia da mãe e do CMC do nascimento do último filho assinalar quem são as mulheres que tiveram filhos depois de se submeterem ao procedimento. O CMC do nascimento do(a) último(a) filho(a) maior que o CMC da cirurgia da mãe indica, então, que houve *falha*.

Apenas as mulheres da base de 2006 foram analisadas. Dessa forma, realizou-se uma análise descritiva dos diferenciais regionais do evento, considerando as percepções dessas mulheres acerca da reversão do método. As variáveis usadas para denotar este último aspecto diziam respeito à opinião da entrevistada acerca de suas vontades e arrependimentos.

Em seguida, foi usado o modelo de regressão logística, em que a variável resposta é binária, ou seja, assume valores de “0” e “1”, com “0” indicando o fracasso e “1”, sucesso, o evento de interesse. Neste caso, a variável resposta é *falha*, com “0” acusando que a cirurgia foi bem sucedida, ou seja, evitou a concepção, e “1” sinalizando que houve *falha*. As variáveis explicativas são Região, que foi recodificada com o Nordeste tendo valor “2” e demais regiões com valor “1”, tipo de cirurgia, que foi analisada juntamente com a variável de região. A recodificação dessa foi feita desta forma pelos resultados encontrados para a região do Nordeste terem sido bastante significativos, comparativamente às outras regiões do país.

Os itens das variáveis que eram “Sem resposta”, “Outro” e “Não sabe” foram tratados como *missing*, ou seja, perderam influência nos testes rodados, assim como as mulheres que responderam que não sabiam o ano e o mês pelo qual passaram pela cirurgia também não foram consideradas nesta amostra. Ou seja, quando é tratado total de mulheres laqueadas, estão apenas as que responderam a data da cirurgia.

3.1 Problemas da análise

Como foi possível distinguir apenas as mulheres que tiveram filhos depois do procedimento, foi impraticável verificar quem, de fato, experimentou falha do método e este

¹ A century month code (CMC) is the number of the month since the start of the century (Description of the Demographic and Health Surveys Individual Recode).

deixou de cumprir sua função, a anticoncepção, ou se a reversão foi desejada e efetivada. Com o grande número de arrependimentos, não é possível ignorar tal possibilidade.

Outra questão é que usando o CMC do nascimento do filho e o CMC da data da esterilização da mãe, não é possível considerar as gravidezes como resultado de perda, aborto espontâneo, provocado, gravidez nas trompas ou filho nascido morto. O que não é trivial para a presente análise, já que, “quando a gestação após a laqueadura acontece, as chances de que ela seja ectópica são maiores do que em gestações sem laqueadura, isto é, as complicações são semelhantes àquelas de mulheres com gestação ectópica” (grifo de Becker e Hoffmann) (PETERSON, CURTIS, 2005; FREITAS 2011).

4 RESULTADOS

Primeiramente, o propósito inicial era analisar as falhas através da PNDS de 1996 e 2006. Porém depois de calcular quantas mulheres tinham tido filhos depois da data da cirurgia, a variável *falha* da base de 1996 apontou apenas 1 caso, mesmo com a alta ocorrência de cirurgias no período (tabela 2). O que não deixa de ser significativo. Como salientado anteriormente, a esterilização esteve em uma crescente até 1996, ou seja, no período em que a pesquisa foi feita, o índice de mulheres que passavam pelo procedimento era muito alto, com o risco de falhas três vezes maior depois do terceiro ano de cirurgia, comparativamente ao primeiro. Dessa forma, é possível interpretar o resultado a partir da seguinte hipótese: As mulheres que fizeram a cirurgia antes do ano de 1996 apresentariam, provavelmente, falhas no método na pesquisa feita em 2006, dez anos depois.

Para melhor entender então tal circunstância, segue tabela (tabela 1), calculada através da PNDS de 2006, com o número de laqueaduras, separadas em cirurgias “Não revertidas”, que não ocorreram *falhas*, e “Revertidas”, ou seja, mulheres que tiveram filhos após o procedimento:

Tabela 1- Número de procedimentos de esterilização feminina de acordo com a reversão ou não dos mesmos

Cirurgias	Freq.	Percent.
Não-revertidas	11651	99,04%
Revertidas	113	0,96%
Total	11764	100,00%

Fonte: PNDS 2006

Segue tabela (tabela 2) com o número de cirurgias não-revertidas e não-revertidas, segregadas entre as que foram feitas antes de 1996 e as que foram feitas em 1996 e depois:

Tabela 2- Número de procedimentos de esterilização feminina ocorridos antes de 1996 e depois de 1996 de acordo com a reversão ou não dos mesmos

Cirurgias	<1996	>=1996
Não-revertidas	5402	6249
Revertidas	70	43

Fonte: PNDS 2006

Percebe-se que o número de cirurgias que caracteriza *falha* feitas em anos anteriores a 1996 é maior que o número de cirurgias feitas posteriormente, mesmo que, depois de 1996, tenham ocorrido mais procedimentos. Tal afirmação corrobora então a hipótese de que ter encontrado apenas um caso na base 1996 se deve à data da esterilização, que, com o tempo, teve sua probabilidade de falha ampliada. Porém é importante também pensar nestes

resultados considerando que as falhas possam significar reversões voluntárias. O número pode significar o precoce uso do procedimento acarretando em arrependimento alguns anos depois. Esta possibilidade será explorada mais a frente.

Por enquanto, atenho-me à análise regional. Sendo assim, para entender melhor a que estão associadas essas falhas, as mesmas foram ponderadas por região (Tabela 3 e Gráfico 1):

Tabela 3- Número de mulheres laqueadas e número de mulheres com filho(a)s após o método por região

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Uso do método	2.735	2.558	2.017	1.593	2.861	11.764
Reversão do método	5	80	1	13	14	113

Fonte: PNDS 2006

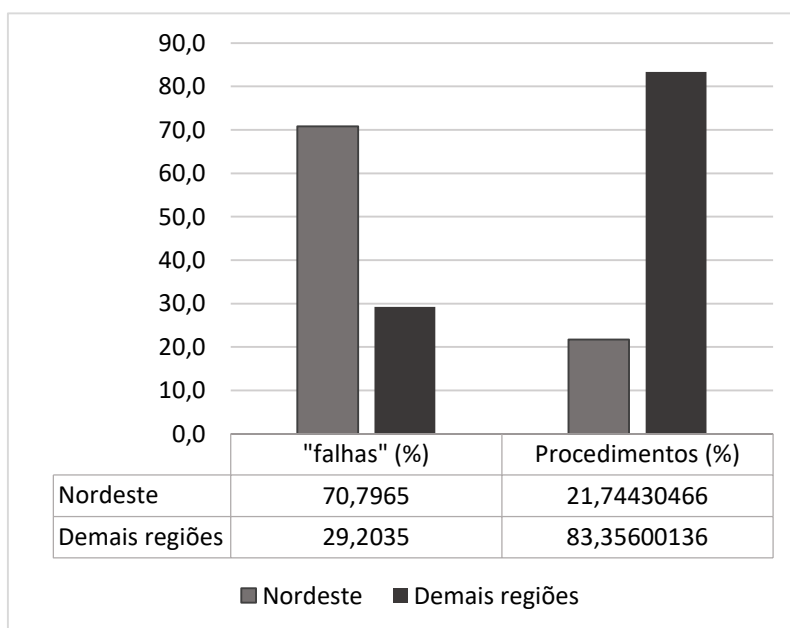


Gráfico 1- Porcentagem de mulheres que experimentaram *falha* do método e de mulheres que passaram pelo procedimento na região nordeste e nas demais regiões. Fonte: PNDS 2006

Mostrar números absolutos neste caso ajuda a ter dimensão do evento, que, de certa forma, é muito raro. É notável como a região Nordeste abrange um considerável número de *falhas*. Inicialmente, a hipótese discutia as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste como fator associado às *falhas*, já que o número de esterilizações é alto nessas regiões de acordo com a literatura, fazendo com que ocorresse um efeito de composição. Entretanto, como está claro no Gráfico 1, a região do nordeste abrange cerca de 70% dos casos focalizados neste trabalho, enquanto compõe apenas 21, 7% do número de procedimentos realizados.

Por meio da regressão logística, a chance de falha foi modelada por região. Segue resultado (Tabela 4):

Tabela 4- Resultado da Regressão Logística com a variável *falha* modelada por região, com Valor em Odds Ratio (Razão de chance)

VARIABLES	Odds ratio
Falha	
Nordeste	8.974***
Constant	(1.868)

0.00360***
(0.000627)
seEform in parentheses
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
Fonte: PNDS 2006

Como exposto acima, as mulheres que residem no Nordeste e são laqueadas têm quase nove vezes mais chance de apresentarem falha no método quando comparadas às residentes das demais regiões. Com isso, a variável *falha* também foi modelada pela variável do lugar da cirurgia, que tinha como categorias “Convênio”, “SUS” e “Particular”. Tal escolha se deve à porcentagem de cirurgias feitas pelo SUS no Nordeste, onde mais de 84% das cirurgias foram feitas pelo serviço público, enquanto, nas demais regiões, correspondia aproximadamente a 60% dos procedimentos.

Por meio da regressão logística, a chance de falha foi modelada por região e lugar da cirurgia. Segue resultado (Tabela 5):

Tabela 5- Resultado da Regressão Logística com a variável *falha* modelada por região e lugar da cirurgia, com Valor em Odds Ratio (Razão de chance)

VARIABLES	Odds ratio
Falha	
Nordeste	6.851*** (1.447)
Cirurgia	
SUS	8.212** (8.269)
Particular	1.622 (1.780)
Constant	0.000651***
Observations	(0.000655) 11,735
seEform in parentheses	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	
Fonte: PNDS 2006	

Com este resultado é possível ver que *Região* perdeu parte do efeito na variável *falha*, entretanto as mulheres residentes no Nordeste continuam com uma chance comparativamente maior de terem falha no procedimento. Nota-se que cirurgias feitas pelo Sistema Único de Saúde têm chance de sofrerem *falha* oito vezes mais que por convênio.

4.1 Percepções das mulheres esterilizadas quanto à laqueadura

Como aspecto regional foi o principal para entender o índice de *falhas* da esterilização feminina no Brasil, a percepção das mulheres, que passaram pelo procedimento, quanto à falibilidade da cirurgia é analisada nesta seção com o intuito de compreender o efeito regional, considerando as limitações anteriormente mencionadas. Primeiramente, verificou-se as mulheres que, mesmo após a cirurgia, ainda acham que podem engravidar devido à reversão da esterilização feminina (Gráfico 2):

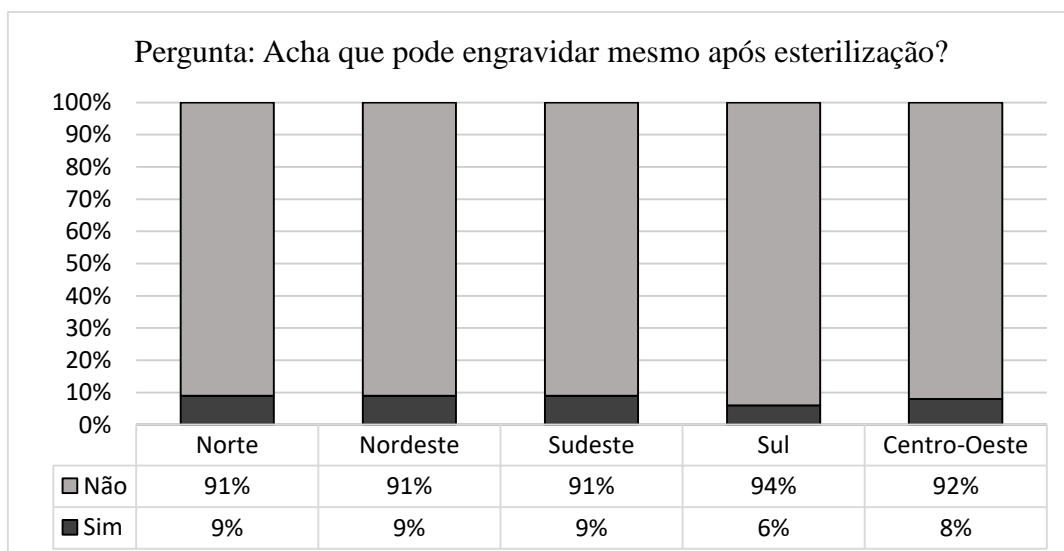


Gráfico 2- Opinião das mulheres, que se submeteram ao procedimento de esterilização feminina, sobre acharem que podem engravidar depois a cirurgia, em porcentagem. Fonte: PNDS 2006.

A região Nordeste não se destaca. Percebe-se que a região Centro-Oeste apresenta uma porcentagem consideravelmente alta de mulheres que passaram pelo procedimento e acham que podem engravidar. Esta mesma região abrange 40% de mulheres que querem ter outro filho e por isso se arrependeram de terem se submetido ao método. Cruzando esta variável com *falha* (tabela 6), tem-se um número pequeno de mulheres que sofreram *falha* e pensam que vão engravidar mesmo após a laqueadura:

Tabela 6- Quantidade de mulheres que sofreram *falha* ou não e que acham ou não que podem engravidar mesmo após a esterilização

Acha que pode engravidar mesmo após a esterilização			
"falha"	Sim	Não	Total
Sim	5	105	110
Não	938	10.169	11.107
Total	943	10.274	

Fonte: PNDS 2006

Quanto ao arrependimento, é de se esperar que este possa ser o sentimento também de uma mulher que se arrependeu de ter feito o procedimento e ter engravidado acreditando não ser possível. Levando isso em conta, foram contabilizadas apenas 2 mulheres, residentes na região Nordeste, que se encontram na categoria *falha* e que se afirmaram ter se arrependido. Além disso, as variáveis *falha* e *arrependimento* (Gráfico 3) não apresentaram estatisticamente associação.

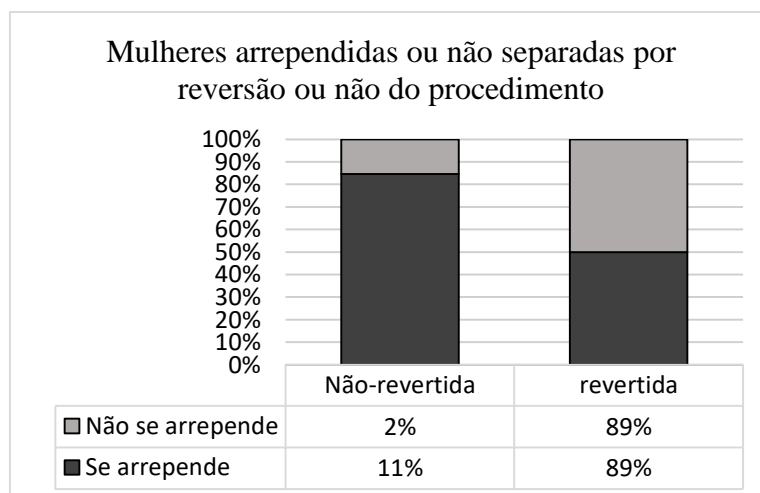


Gráfico 3- Arrependimento das mulheres que se submeteram à cirurgia de esterilização feminina, separadas por ter havido falha ou não da mesma. Fonte: PNDS 2006.

Os dados analisados podem levar a duas hipóteses para entendermos as reversões da esterilização feminina: As mulheres, que desejavam reverter o método, conseguiram, e por isso não se arrependeram da cirurgia; ou as mulheres que tiveram reversão, esta enquanto realmente falha do método, ficaram satisfeitas ao engravidar de novo. Estas justificariam as 77 mulheres da região do nordeste que se enquadram em *falha*, porém afirmam que em nenhum momento se arrependeram do procedimento.

Além disso, tendo a questionar a validade dos próprios dados. Erros de declaração de datas são comuns e é preciso levá-los em consideração. Se esta for uma hipótese testada, há muito o que se pensar sobre o que foi apresentado aqui, principalmente considerando o efeito regional nos resultados e as discussões de qualidade de informação, coleta de dados, etc.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho corroborou a importância do arrependimento das mulheres que se submetem à cirurgia de esterilização feminina. Mesmo sendo um assunto amplamente discutido, sua relevância se faz cada vez mais intensificada com a queda de fecundidade pela qual o Brasil passa. Quanto ao efeito do SUS na variável *falha*, mesmo que a reversão seja voluntária, uma investigação maior a respeito da qualidade do serviço oferecido pode ser imprescindível para também entender porque na região Nordeste este é tão significativo para os resultados apresentados aqui.

Por fim, esta é uma análise que contribuiu mais com questionamentos do que com resultados propriamente ditos. Talvez uma análise mais direcionada a esta questão seja viável. De fato, é um grande achado a quantidade de mulheres que tiveram filhos mesmo depois da cirurgia. Caso atestado que isto indique, realmente, reversões não-intencionadas no método de esterilização feminina, é preciso entender quem são essas mulheres e o que essa gravidez significou na vida familiar, como também analisar a compreensão acerca da reversibilidade deste método, sendo este ponto crucial para questões relacionadas ao planejamento familiar.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em 02 dez. 2017.

BECKER, Mariana; HOFFMANN, Eduardo. Ligadura tubária e seus aspectos legais. Revista *Thêma et Scientia*, v. 5, n. 1, p. 22-31, jan./jun. 2015.

FONTENELE, Claudia Valença; TANAKA, Ana Cristina D'andretta. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. *saúde soc. são paulo*, São paulo, v. 23, n. 2, p. 558-571, 2014.

PETERSON, H. B.; CURTIS, K. M. Long-Acting Methods of Contraception. *New England journal of Medicine*. V. 353 N.20 P.2169-75 17 de nov. 2005.

VIEIRA, E. M. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 29, n. 5, p. 225-229, maio 2007.

WONG, Ignez Helena Oliva Perpétuo Laura L. Rodríguez. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no brasil: uma análise comparativa com base nas pnds 1996 e 2006. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: pnds 2006*, Brasília, 2009.