

Diretrizes Para Indicação de Esterilização Masculina Pelo Médico de Família e Comunidade

Autores:

Adolfo Oscar Giggberger Bareiro

Hamilton Lima Wagner

Supervisão:

Airton Tetelbom Stein

Eno Dias de Castro Filho

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

Definição do Problema

Qual o índice de falha do método escolhido? Quais os riscos associados ao procedimento? Há grupos de pacientes em que os procedimentos acarretem repercussões negativas, sejam complicações de curto prazo ou seqüelas posteriores, objetivas ou subjetivas? Como diminuir a possibilidade de arrependimento futuro ao se indicar para o casal um método anticoncepcional definitivo?

Palavras-Chave (MESH) e Estratégia de Busca

Foram consultadas as bases de dados Medline, através do PUBMED, a base de dados Cochrane de Revisões Sistemáticas, através da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), as bases de dados secundárias Uptodate e Dynamic Medical. A estratégia de busca para a consulta na base de dados Medline foi estruturada na forma de PICO, resultando na seguinte sintaxe: Vasectomy AND (Sterilization Reversal OR Patient Satisfaction OR Consumer Satisfaction OR Adverse Effects OR Patient Care Team). Foram acrescentados os seguintes filtros: English, Spanish, Portuguese, Male, Female, Humans, Bioethics, que resultaram em 119 artigos. Pelo título foram selecionados os 61 artigos de maior relevância. Estes foram classificados pela sua força de evidência segundo as normas do

“Oxford Centre for Evidence Based Medicine”. Finalmente foram escolhidas 14 referências. Com a estratégia de vasectomy ou vasectomia buscou-se na base secundária do Cochrane, Dynamicmedical (Dynamed) e no UpToDate. Foram escolhidas 2 referências.

Critérios de Inclusão

Artigos que tratem sobre arrependimento após o procedimento, sobre os riscos inerentes ao procedimento, metodologicamente adequados, os que abordem seqüelas físicas ou psicológicas após o procedimento (impotência sexual após vasectomia p.ex.), aconselhamento interdisciplinar dos casais quanto ao procedimento, aqueles que avaliem a chance de gravidez após o procedimento, publicados na língua inglesa, portuguesa ou espanhola.

Critérios de Exclusão

Artigos que abordem sobre técnicas específicas de cada um dos procedimentos, os publicados a respeito de técnicas de reanastomoses, os que abordem populações étnicas específicas.

Magnitude

No Brasil em 1996, 77% das mulheres casadas ou que conviviam em união estável usavam algum método contraceptivo. Dessas, 40% escolheram esterilização cirúrgica como método e 21% utilizavam anticoncepcional oral (D) (1).

Somente em 3 países do mundo a vasectomia iguala ou supera a laqueadura: Nova Zelândia (23%), Reino Unido (15%) e Holanda (11%). Na Bélgica, Canadá e Estados Unidos a média é menos do que um para dois, já na China e Japão é de uma vasectomia para três laqueaduras. No Brasil a taxa é de 1:15 (D) (1, 2).

Em 2004, 14.201 vasectomias foram realizadas na rede pública brasileira (3).

O “General Practice Research Database” mostra que, no ano de 1999, foram realizadas 64.422 vasectomias na Inglaterra. No mundo todo, aproximadamente 190 milhões de casais escolheram a laqueadura como método anticoncepcional enquanto que 42 milhões escolheram a vasectomia sugerindo que a vasectomia é menos aceita que a

laqueadura. Estes procedimentos são efetuados tanto por especialistas na atenção primária quanto por urologistas e obstetras (D) (4).

Trascendência

Sendo um método tido como definitivo, seu impacto na autocompreensão do homem e a possibilidade de frustração em caso de mudança de expectativas diante de uma possível nova relação afetiva destaca a transcendência da decisão dos casais em torno dela.

Vulnerabilidade

Nos últimos vinte anos a prevalência de esterilização feminina cresceu, e atualmente é o método anticoncepcional mais prevalente entre as mulheres em idade fértil, como mostrou a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS). Em 1983, os participantes de Primeira Conferência Internacional de Vasectomia (Sri Lanka), concluíram que a principal razão pela pouca procura dos pacientes para vasectomia não tem relação com resistência por parte do paciente e sim pela pouca oferta, difícil acesso ou ainda por haver poucos serviços que facilitem a escolha do método. Duas décadas depois, os argumentos continuaram os mesmos, como mostra uma revisão feita sobre vasectomias na América Latina, comentando que a baixa prevalência de vasectomias resulta mais da oferta insuficiente dos serviços do que da baixa procura (D) (1). O trabalho interdisciplinar, assim como a participação, esclarecimento e orientação do casal no momento da tomada da decisão, é fundamental para diminuir as chances futuras de arrependimento (D) (1). A eficácia da equipe interdisciplinar trabalhando com grupos específicos de pacientes (população geriátrica, aconselhamento ou pós-cirúrgico) é muito importante quando o objetivo é a diminuição de chance de arrependimento em se tratando de uma decisão tão importante como a da esterilização (5) (D).

Diretriz

1. Introdução

O Ministério de Saúde, através da lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e da resolução nº 928 de 19.8.1997, dispõe que a esterilização voluntária será permitida nas seguintes situações: homens e mulheres com capacidade civil plena e maior de vinte e cinco anos de idade, ou pelo menos dois filhos vivos, observando o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico; e em mulheres com risco à sua vida ou saúde, ou do futuro concepto, confirmado por relatório escrito por dois médicos. Além do mais, constitui dever do SUS promover condições e recursos informativos, educacionais, científicos e técnicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. Para isto, serão oferecidos ao casal todos os métodos e técnicas de contracepção ética e cientificamente aceitos, garantida a liberdade de opção (6). Entretanto, não existem diretrizes clínicas no país, baseadas em evidências, adequadas para orientar mais amplamente o médico de família e comunidade (MFC) na indicação deste procedimento, seus riscos e probabilidades de arrependimento envolvidas. Esta diretriz visa suprir esta lacuna.

2. Vasectomia

Índice de Falha

A vasectomia é considerada um dos métodos anticoncepcionais mais efetivos e seguros. As falhas são devidas à inadequada oclusão do (s) ducto (s) deferente (s), recanalização ou não utilização de outro método anticoncepcional entre a cirurgia e azoospermia comprovada pelo espermograma; o índice de falha é de 0,9 a 2,0 % (D) (2, 4). Em um estudo envolvendo 540 mulheres cujos parceiros foram submetido à vasectomia, 6 engravidaram no período entre 6-72 semanas, 4 destas nas primeiras 20 semanas, porém não foi realizado teste de identificação de paternidade em nenhum destes casos de gravidez, o que asseguraria que houve realmente falha do método. Noutro estudo que acompanhou 30.000 pacientes, aconteceram 9 gravidezes tardias (B) (7). Deve-se destacar que, no período de até 20 semanas após o procedimento, ainda se requer a utilização de outro método anticoncepcional até a confirmação de azoospermia pelo

espermograma; a recanalização tardia, que é o índice de falha independente do seguimento de todas as condutas recomendadas, acontece em aproximadamente 1:2000 vasectomias (D) (4).

Complicações precoces:

- ✚ Hematoma: tem uma incidência em torno de 2% (variação entre 0.09 – 29%). Como fatores determinantes na diminuição do índice de hematomas, destacam-se a experiência do cirurgião e o fechamento ou não da incisão cirúrgica (D) (4). A técnica sem bisturi (Li) está associada a menor tempo cirúrgico, menos dor e diminuição da ocorrência de hematomas (C) (8).
- ✚ Infecção: a incidência de infecção varia entre 12-38%, incluindo infecções no local da incisão, trato urinário e epididimite. Outras mais raras são a Gangrena de Fournier (quatro casos relatados na literatura, potencialmente fatal), Sífilis primária (um paciente) e Endocardite pós-vasectomia (sete casos) (D) (4).
- ✚ Trauma: Lesões de estruturas adjacentes têm sido descritas durante o procedimento. Uma série de 150 pacientes mostrou uma incidência de 4,7% em perfurações de pequenas hidroceles, assim como neuralgia genitofemoral que precisaram de neurectomia (D) (4).
- ✚ Fístulas: As deferente-cutâneas podem acontecer entre 3-11 semanas após a cirurgia, com frequência <1% (C) (6), provavelmente resultado do granuloma espermático. Fístula venosa foi relatado em um paciente 3 meses após com hematúria e hematospermia, sendo corrigido através de nova cirurgia. Um paciente apresentou fístula arteriovenosa 10 anos após a cirurgia (D) (4).

Complicações tardias:

- ✚ Granuloma Espermático: decorrente da reação inflamatória no local da vasectomia. Em 10-40 % dos casos de granuloma, pode estar envolvido no processo de recanalização. Na maioria são assintomáticos; porém, em 2-3%, apresentam sintomatologia dolorosa, tipicamente entre a segunda e terceira semana após a cirurgia (D) (2,4).
- ✚ Dor Crônica: Produzida por ingurgitamento epididimal ou granuloma espermático, acompanhada de endurecimento do local. A dor costuma ser

- refratária ao tratamento sintomático, sendo necessária nova intervenção (reanastomoses ou exérese) (C) (8). Pode acontecer em 12-52 % dos casos, porém somente 2.2-15% apresentam desconforto tal que precisem de nova intervenção. Estes dados são resultados de 4-10 anos de seguimento e sujeito a viés de seleção (D) (4).
- ✚ Urolitíase: Embora alguns autores neguem esta associação (D) (4), sabe-se que pacientes vasectomizados com menos de 46 anos apresentam um risco maior de desenvolverem litíase renal, e que este risco persiste até 14 anos após o procedimento (C) (8).
 - ✚ Câncer: várias evidências revelam que não há associação causal entre a vasectomia e câncer de próstata, assim como com câncer testicular (B) (4).
 - ✚ Hiperplasia Prostática Benigna (HPB): Numa comparação de 5670 homens vasectomizados com outra de 15.996 homens que não realizaram o procedimento e acompanhados não houve evidência de associação entre vasectomia e HPB (C) (11).
 - ✚ Doença Cardiovascular: Não houve associação entre vasectomia e aumento do risco cardiovascular em 3957 pacientes acompanhados por 20 anos (B) (5). Vários estudos epidemiológicos confirmaram não haver riscos de doença cardiovascular (D) (12).
 - ✚ Mortalidade: Vasectomia tem baixa mortalidade. Em países industrializados é de 0.1 por 100,000 procedimentos (B) (4).

Arrependimento

Em 5 anos de acompanhamento, num total de 525 mulheres cujos parceiros tinham realizado vasectomia, foi constatado que 6% das mulheres estavam arrependidas, tendo como principal motivo o desejo de uma nova gestação. A reanastomose é um procedimento dispendioso cujo sucesso dependerá de fatores como a experiência do cirurgião, técnica utilizada e o tempo decorrido entre a vasectomia e nova cirurgia (B) (13).

Disfunção Erétil

Não existe evidência de que a vasectomia produza no paciente impotência sexual, porém 0.3-0.6% apresentam disfunção erétil grave relacionado a problemas psicológicos após o procedimento (C) (14).

Azoospermia

Muitos autores concordam em solicitar o primeiro espermograma em 2 meses, ou 15-20 ejaculações após o procedimento, quando espera-se que 95% dos pacientes apresentarão azoospermia (C) (8). O espermograma é um exame de execução simples e é absolutamente necessário para confirmar a efetividade da cirurgia (D) (4). Uma minoria de pacientes apresenta espermatozóides imóveis após a vasectomia; por isso, o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists orienta a realização de novo espermograma, caso o primeiro apresente <10.000 espermatozóides/ml até azoospermia nos primeiros sete meses após a cirurgia (D) (16).

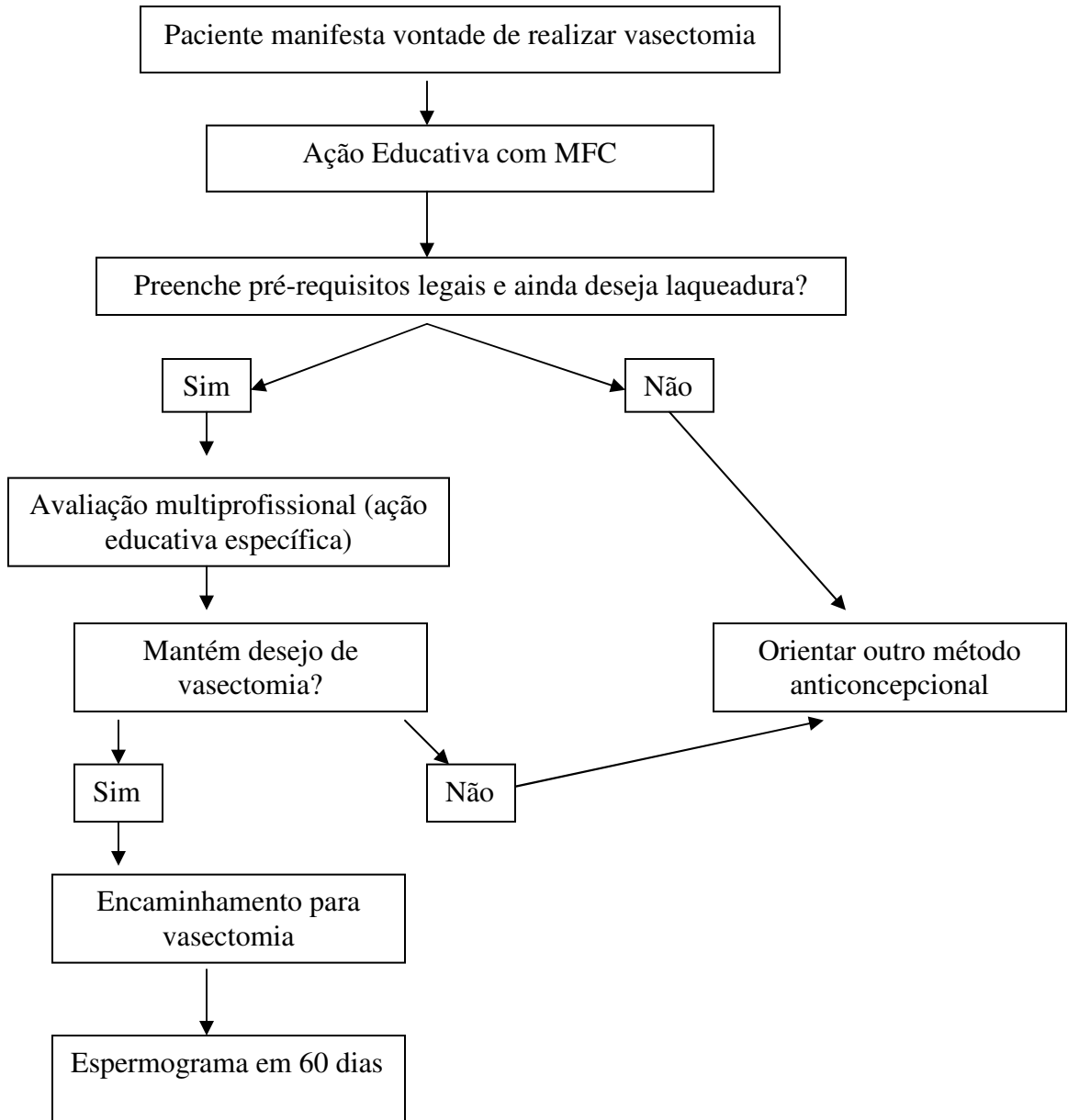
3. Recomendações para o Casal

- 🚩 Atividade educativa: O casal deve ser informado pelo MFC a respeito de todos os métodos anticoncepcionais ética e cientificamente aceitáveis existentes, ação, índice de falha e efeitos adversos que cada um deles poderiam desencadear, além de esclarecer as dúvidas que eventualmente surgirem. Cabe ao MFC atentar para idade do casal, número e idade dos filhos, fatores estes que influenciam na escolha do método (D) (1).
- 🚩 Atendimento por equipe multidisciplinar: após o primeiro contato, o casal será atendido pela psicóloga, ou enfermeira ou assistente social para nova avaliação das expectativas (D) (1), temores ou esclarecimento de dúvidas que eventualmente surgirem a respeito do método escolhido. Nesta ocasião poderá ser realizada uma atividade educativa específica (vasectomia ou laqueadura). No caso da vasectomia, o paciente deve estar ciente do índice de falha do método (mesmo anos após a vasectomia), as possíveis complicações citadas anteriormente (alergia ao anestésico,

hemorragia, infecção, risco de futuro arrependimento, orquiepididimites, dor testicular crônica entre outros), a não associação com câncer prostático, doença cardiovascular ou impotência sexual (associação comumente feita na população em geral). O MFC deve ter especial atenção na anamnese e exame físico do paciente no que diz respeito a varicocele, hidrocele, hérnia inguinal ou massa na bolsa escrotal, que deverão ser avaliadas pelo urologista (B) (16). Caso concorde, o casal assina um termo de consentimento onde expressam sua ciência quanto ao caráter definitivo, existência de outros métodos não definitivos e seu desejo quanto à laqueadura ou vasectomia (D) (1).

- ✚ Cirurgia: após o prazo estipulado por lei (60 dias) poderá então ser realizado o procedimento escolhido conscientemente, pelo paciente (6).
- ✚ Seguimento: o paciente deverá realizar o espermograma em 60 dias para confirmação da azoospermia.

4. Algoritmo



5. Referências

1. Penteadó LG, Cabral F, Díaz M, Díaz J, Girón L, Simmons R. Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil. *Stud Fam Plann.* 2001 Dec; 32(4):315-28.
2. Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertil Steril.* 2000 May; 73(5):923-36.
3. Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?o_seq_noticia=24468. Acesso em: 22 de Novembro de 2006.
4. Awsare NS, Krishnan J, Boustead GB, Hanbury DC, McNicholas TA. Complications of vasectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* 2005 Nov; 87(6): 406-10.
5. Charles-Lemieux L, McGuire WL. What We Know about Health Care Team Effectiveness? *Medical Care Research and Review*, Vol. 63 No. 3, (June 2006) 263-300.
6. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 144 de 20 de Novembro de 1997. Brasília, Diário Oficial da União, 1997.
7. Dynamed Atualizado em 14/06/2006 (<http://dynamed102.epnet.com/Detail.aspx?id=115819>).
8. Pérez PR, Cortina FJM, Mazketli WR, Cecilia A, Hernández MCM. La vasectomía: estudio de 300 intervenciones. Revisión de la literatura nacional y de sus complicaciones. *Actas Urológicas Españolas* 2004, 28 (3), 175-214.
9. UpToDate Atualizado em 15/05/2006 (<http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=spinaldi/676>).
10. Delgado DE, Perez LJ, Arnal PF, Lopez GLI. The association between vasectomy and prostate cancer: a systematic review of the literature. *Fertil Steril.* 1998 Aug; 70(2):191-200.
11. Sidney S. Vasectomy and the risk of prostatic cancer and benign prostatic hypertrophy. *J Urol.* 1987 Oct; 138(4):795-7.

12. Goldacre MJ, Wotton CJ, Seagroatt V, Yeates D. Cancer and cardiovascular disease after vasectomy: an epidemiological database study.
Fertil Steril. 2005 Nov; 84(5):1438-43.
13. Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB; US Collaborative Review of Sterilization Working Group. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. Obstet Gynecol. 2002 Jun; 99(6):1073-9.
14. Bertero E, Hallak J, Gromatzky C, Lucon AM, Arap S. Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the international index of erectile function. International Braz J Urol Official Journal of the Brazilian Society of Urology, Vol. 31 (5): 452-458, September - October, 2005.
15. Castello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Jamieson DJ, Peterson HB. The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. Obst and Gynecol 2002 Sep, 100 (3): 511-17.
16. National Guideline Clearinghouse (USA) encontrado no endereço: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?view_id=1&doc_id=7669.