

Cesariana combinada com esterilização tubária: alguns aspectos médicos e demográficos

Sergei V. Jargin ¹

¹ Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia. E-mail: sjargin@mail.ru

O objetivo desta carta foi empreender uma breve visão geral da literatura de publicações recentes sobre cesariana (CS)¹ e ligadura de trompas uterinas, em que a CS está combinada com a esterilização tubária, analisando este tópico dos pontos de vista clínico e demográfico. A esterilização tubária é um método confiável de controle de natalidade. A ligadura de trompas junto com a cesariana tem a vantagem de evitar incisões e anestesia adicionais.² Uma performance sistemática da ligadura de trompas junto com a cesariana pode ser um eficiente método de controle de natalidade, que também neutraliza o desequilíbrio de gênero em algumas regiões. Por exemplo, na China, a razão sexo masculino/sexo feminino ao nascer é elevada, enquanto foi relatado que a razão aumenta consideravelmente com a idade e o número de partos, sendo bastante alta em não-primíparas.³ O desequilíbrio de gênero ao nascimento também foi relatado na Índia e outros países; mais detalhes e referências estão em.^{4,5}

A maioria das mulheres estão satisfeitas com sua decisão de serem esterilizadas.⁶ Pacientes são muito mais propensas a declinar a ligadura de trompas durante uma CS não planejada (40%) do que se arrepender de ter aceito uma (2,5%).⁷ A esterilização feminina tem sido associada com um risco reduzido de carcinoma seroso de ovário e carcinoma endometriode⁸ e provavelmente tem um impacto positivo sobre a sexualidade.⁹ A vantagem da CS

eletiva é o relativamente baixo risco de lesão fetal, bem como a associação negativa com mortalidade neonatal e morbidade. Alguns relatos de aumento na mortalidade e morbidade maternas são provavelmente enviesados, uma vez que confundem a CS com condições relacionadas à morte materna que não dependem do modo de parto.^{10,11} Consequentemente, a CS pode ser um marcador de morbidades preexistentes ou idade mais avançada antes de ser um fator de risco por ela mesma.¹² Ademais, em relação a certas complicações maternas e.g lesão do assoalho pélvico e incontinência urinária, a CS eletiva foi relatada como sendo fator de proteção se comparada ao parto vaginal e a CS de emergência.^{13,14} Reconhecidamente, a CS é mais onerosa e associada com riscos aumentados quando em condições de instalações médicas limitadas. A hemorragia associada à CS é um problema que ainda requer atenção; CS é um fator de risco subjacente em sepsis puerpura, tromboembolismo e eclampsia.¹⁵ No entanto, procedimentos cirúrgicos geralmente tendem a melhorar. Em países mais desenvolvidos, a CS é largamente creditada como uma intervenção segura devido a técnicas cirúrgicas aprimoradas, anestesia melhorada, profilaxia de infecção e trombose.¹⁶ Por fim, requisições garantidas para CS eletiva foram relatadas em associação com taxas diminuídas de depressão pós-parto.¹⁷

Parece haver alguma forma de conservadorismo e preconceito em favor do parto vaginal também na



literatura profissional. Por exemplo, foi dito que “o uso excessivo de CS afeta adversamente a saúde da mãe e da criança”¹⁸ com referências.^{19,20} No entanto, não existem relatos iguais ou similares nos artigos.^{19,20} Analogamente, foi declarado que “morbidade e mortalidade [associadas com CS] é mais frequente do que [aquelas associadas com] parto vaginal”²¹ com referências, entre outras, nas fontes.^{22,23} Estes artigos são sobre parto vaginal depois da CS,^{22,23} o que é um tópico diferente. Uma referência indireta em favor da atitude enviesada em relação à CS é a frequentemente mencionada associação da CS com desfechos em longo prazo da criança como asma, diabetes mellitus tipo 1 e doenças gastrointestinais, embora a evidência seja pobre.¹⁶ Os mecanismos propostos através dos quais CS pode impactar o sistema imune são obscuros e largamente hipotéticos e.g. colonização da microbiota intestinal reduzida.¹⁶ Se é desta forma, a falta de exposição a certos micro-organismos relacionada à CS pode ser compensada com probióticos.²⁴

Conclusão

A ligadura cesariana de trompas deve ser largamente considerada para mulheres que não planejam gravidez futura. Definitivamente, o último parto não

é necessariamente o último de todos, uma vez que circunstâncias podem mudar depois do parto, incluindo condições socioeconômicas ou a morte de uma criança. A idade, atitude do parceiro etc. deve ser levada em consideração em decisões sobre as recomendações. Porém, a CS por requisição materna deve estar disponível também na ausência de contraindicações para a tentativa de parto vaginal. Isso também diz respeito à Rússia, onde a CS não é normalmente executada por requisição materna.²⁵ Certos especialistas relataram ter executado CS por requisição materna e que no país inteiro a CS é feita mais frequentemente quando o procedimento é pago pelos pacientes.²⁶ Outros insistem que a CS deve ser feita apenas de acordo com indicações. Na opinião do autor, a triplicação do índice global de partos feitos com CS durante o período de 1980-2016 (de 6 a 18,6%)¹ é um desenvolvimento positivo. Um uso mais frequente da ligadura tubária seria especialmente favorável para regiões superpopulosas com uma desproporção de gênero.

Referências

1. Filho MB, Rissin A. WHO and the epidemic of cesarians. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2018; 18: 3-4.
2. Mahadevappa K, Prasanna N, Channabasappa RA. Trends of various techniques of tubectomy: A five year study in a tertiary institute. *J Clin Diagn Res.* 2016; 10: QC04-7.
3. Huang Y, Tang W, Mu Y, Li X, Liu Z, Wang Y, Li M, Li Q, Dai L, Liang J, Zhu J. The sex ratio at birth for 5,338,853 deliveries in China from 2012 to 2015: a facility-based study. *PLoS One.* 2016; 11: e0167575.
4. Jargin SV. Overpopulation and modern ethics. *S Afr Med J.* 2009; 99: 572-3.
5. Jargin SV. Letter to the Editor. *Int J Risk Saf Med.* 2016; 28 (3): 171-4.
6. Contraception by female sterilisation. *Br Med J.* 1980; 280: 1154-5.
7. Verkuyl DA. Sterilisation during unplanned caesarean sections for women likely to have a completed family - should they be offered? Experience in a country with limited health resources. *BJOG.* 2002; 109: 900-4.
8. Walker JL, Powell CB, Chen LM, Carter J, Bae Jump VL, Parker LP, Borowsky ME, Gibb RK. Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer. *Cancer.* 2015; 121: 2108-20.
9. Shah MB, Hoffstetter S. Contraception and sexuality. *Minerva Ginecol.* 2010; 62: 331-47.
10. Kilsztajn S, Carmo MS, Machado LC Jr, Lopes ES, Lima LZ. Caesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 132: 64-9.
11. Nomura RM, Alves EA, Zugaib M. Maternal complications associated with type of delivery in a university hospital. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38: 9-15.
12. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Caesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington State, 1987-1996(1). *Obstet Gynecol.* 2001; 97: 169-74.
13. Salim R, Shalev E. Health implications resulting from the timing of elective cesarean delivery. *Reprod Biol Endocrinol.* 2010; 8: 68.
14. Di Stefano M, Caserta D, Marci R, Moscarini M. Urinary incontinence in pregnancy and prevention of perineal complications of labour. *Minerva Ginecol.* 2000; 52: 307-12.
15. Moodley J, Fawcus S, Pattinson R. Improvements in maternal mortality in South Africa. *S Afr Med J.* 2018; 108(3 Suppl. 1): S4-S8.
16. Stordeur S, Jonckheer P, Fairon N, De Laet C. Elective caesarean section in low - risk women at term: conse-

- quences for mother and offspring. Health technology assessment. KCE Report 275, 2016.
17. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17: 195.
 18. Liang J, Mu Y, Li X, Tang W, Wang Y, Liu Z, Huang X, Scherpbier RW, Guo S, Li M, Dai L, Deng K, Deng C, Li Q, Kang L, Zhu J, Ronsmans C. Relaxation of the one child policy and trends in caesarean section rates and birth outcomes in China between 2012 and 2016: observational study of nearly seven million health facility births. *BMJ*. 2018; 360: k817.
 19. Blustein J, Liu J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. *BMJ*. 2015; 350: h2410.
 20. Belizán JM, Althabe F, Cafferata ML. Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiol*. 2007; 18: 485-6.
 21. Dhai A, Gardner J, Guidozi Y, Howarth G, Vorster M. Vaginal deliveries - is there a need for documented consent? *S Afr Med J*. 2011; 101: 20-2.
 22. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynec*. 1999; 93: 332-7.
 23. Hibbard JC, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? *Maternal morbidity*. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184: 1365-71.
 24. Hashemi A, Villa CR, Comelli EM. Probiotics in early life: a preventative and treatment approach. *Food Funct*. 2016; 7: 1752-68.
 25. Likhachev VK. Operative obstetrics with a phantom course. Moscow: MIA; 2014 (Russian).
 26. Cherhukha EA. Is cesarean section at a pregnant woman's will justified? *Akush Ginekol (Mosk)*; 2002; (6): 3-7 (Russian).

Recebido em 2 de Julho de 2018

Aprovado em 12 de Julho de 2018