



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PAULA SACHA FROTA NOGUEIRA

**HANSENÍASE EM MULHERES: UMA AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DA
ANTICONCEPÇÃO E DA GESTAÇÃO.**

FORTALEZA-CE

2011

PAULA SACHA FROTA NOGUEIRA

**HANSENÍASE EM MULHERES: UMA AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DA
ANTICONCEPÇÃO E DA GESTAÇÃO.**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Escolástica Rejane Ferreira Moura

Fortaleza-CE

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- N714h Nogueira, Paula Sacha Frota.
Hanseníase em mulheres: uma avaliação na perspectiva da anticoncepção e da gestação / Paula Sacha Frota Nogueira. – 2011.
96 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.
Área de Concentração: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde
Orientação: Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura
1. Hanseníase. 2. Enfermagem. 3. Planejamento Familiar 4. Anticoncepção I. Título.

CDD 616.998

PAULA SACHA FROTA NOGUEIRA

**HANSENÍASE EM MULHERES: UMA AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DA
ANTICONCEPÇÃO E DA GESTAÇÃO.**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Léa Maria Moura Barroso (Membro Efetivo)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof^a. Dr^a. Raimunda Magalhães da Silva (Membro Suplente)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

AGRADECIMENTOS

À minha família, principalmente, aos meus pais, que nunca me permitiram desistir, com motivação diária e acolhedora;

Às minhas irmãs, pelos momentos de descontração e conversas quando tudo parecia não funcionar mais;

Ao meu amor, Daniel Resende, que se tornou marido junto com a aprovação no mestrado, pelo carinho, incentivo, compreensão, e principalmente, pela cumplicidade;

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura, por ser mais que uma orientadora, por ser meu espelho de pessoa e professora em todos esses anos de convívio;

Aos meus amigos presentes e distantes, por todo o amor, carinho e companheirismo;

Aos profissionais do Centro de Referência Nacional em Dermatologia, que tanto apoiaram e incentivaram este trabalho;

Aos meus alunos e ex-alunos, que dividiram comigo a paixão e o compromisso em prestar um atendimento de qualidade aos pacientes com hanseníase.

*“Cada sonho que você deixa para trás, é um
pedaço do seu futuro que deixa de existir.”*
(Steve Jobs).

RESUMO

A hanseníase acomete, principalmente, pessoas jovens em plena capacidade reprodutiva, que necessitam de cuidados no campo da anticoncepção, uma vez que a gestação e a lactação podem agravar o quadro clínico de mulheres e representar riscos para o bebê. Estabeleceu-se como objetivos descrever o perfil reprodutivo e o perfil da hanseníase em um grupo de mulheres em idade fértil; conhecer a prática anticonceptiva do grupo pesquisado e sua adequabilidade com relação à presença da hanseníase; avaliar o conhecimento de mulheres com hanseníase sobre as particularidades do uso de Métodos Anticoncepcionais (MAC) relacionadas à patologia e sobre os riscos maternos e fetais associados à mesma; e verificar associação estatística entre o intervalo de tempo até o diagnóstico de hanseníase e o Grau de Incapacidade Física (GIF) apresentado pelas mulheres no momento do diagnóstico; surgimento do diagnóstico da hanseníase com o período da gravidez e/ou lactação e pós-parto imediato; e ser usuária de Anticoncepcional Hormonal Combinado e apresentar reação hansênica. Tratou-se de estudo avaliativo, transversal, realizado com 200 mulheres com hanseníase, em idade fértil, acompanhadas no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia de Fortaleza-CE. Os dados foram coletados de março a outubro de 2011, por meio de entrevista e revisão de prontuários. Para avaliar o conhecimento foram utilizadas escalas Likert. Foi realizada análise estatística descritiva utilizando frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão e intervalo de confiança, e análise estatística bivariada, sendo as associações entre as variáveis categóricas verificadas por meio dos testes de Qui-Quadrado, Qui-Quadrado com correção de continuidade e Qui-Quadrado de tendência. Para todas as análises foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com $p=0,05$. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do local do estudo, segundo Resolução nº 196/96, aprovado conforme protocolo 012/2011, e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As mulheres apresentaram média de idade de 39 anos, predomínio de relacionamento com parceiro fixo, e renda *per capita* de R\$ 170,74. Predominou a forma clínica dimorfa (86 – 43%), a poli-quimioterapia multibacilar (111 – 55,5%) e o GIF zero no diagnóstico (160 – 80%). O surgimento e/ou diagnóstico de hanseníase durante a gravidez ou lactação dói afirmada por 50 (25%) mulheres, sendo que no período de fertilidade ótima (16 a 35 anos) foi afirmada por 31 (40,2%). Quanto à prática anticoncepcional, 163 (81,5%) mulheres usavam algum MAC, sendo os mais citados laqueadura (71 – 43,5%), o anticoncepcional oral combinado (41 – 25,1%) e o preservativo masculino (30 – 18,4%); 58 (35,3%) faziam uso de MAC contra-indicado para sua condição clínica. Predominou o nível de conhecimento limitado (114 – 57%) na avaliação sobre os riscos para o bebê, moderado (95 – 47,5%) na avaliação sobre os riscos para a mãe, e limitado (107 – 53,5%) na avaliação sobre o uso de MAC seguros. Não foi encontrada associação estatística significativa entre o tempo até o diagnóstico e o GIF ($p=0,0461$), entre surgimento dos sinais e sintomas da hanseníase ou diagnóstico com gestação/lactação, sendo os valores de $p= 0,335$ e $0,871$, respectivamente; e entre o uso de MAC hormonal combinado e o surgimento ou diagnóstico de reação hansênica ($p=0,156$). Concluiu-se que mulheres com hanseníase necessitam de atenção anticoncepcional, com orientação eficaz para os MAC indicados para sua condição clínica, de modo a contribuir para o alcance do nível de conhecimento extenso. Apesar do estudo não ter revelado associação estatística significativa entre gravidez/lactação com o surgimento/diagnóstico da hanseníase, a busca de casos suspeitos em consultas de pré-natal, especialmente em áreas hiperendêmicas, deve ser rotina na atenção básica.

PALAVRAS – CHAVE: Hanseníase. Planejamento Familiar. Conhecimento. Enfermagem.

ABSTRACT

Leprosy affects mainly young people in their reproductive capacity, requiring care in the Field of contraception, as pregnancy and lactation may aggravate the clinical presentation of women and pose risks to the baby. The main objective was to describe the reproductive and leprosy profile in a group of women at childbearing age, to know the practice of contraceptive research group and the suitability for the presence of leprosy; to assess the knowledge of women with leprosy on the specifics of the use of Contraceptive Method (CM), and on maternal and fetal risks associated with it, and verifying statistical association between the interval until the diagnosis of leprosy and the Degree of Disability(DD) at diagnosis, onset/diagnosis of leprosy with the period of pregnancy/lactation and the immediate postpartum period, and be combined hormonal contraceptive user and present leprosy reaction. It was an evaluative study, cross-sectional, conducted with 220 women with leprosy at childbearing age, accompanied by the Center of Dermatology Dona Libânia, in Fortaleza, Ceará. Data were collected from March to October 2011, through interview and records review. To assess the knowledge Likert scales were used. Descriptive statistical analysis was performed using absolute and relative frequency, mean, standard deviation and confidence intervals, and bivariate statistical analysis, and the associations between categorical variables were verified by the chi-square, chi-square with continuity correction and chi square trend. For all tests were considered statistically significant $p = 0.05$. The research was submitted to the Ethics Committee of Center of Dermatology Dona Libânia, according to Resolution nº196/96, approved according to the protocol 012/2011 and participants signed a consent form. Women had a mean age of 39 years, predominantly in stable relationships, and *per capita* income of R\$ 170.74. Boderline clinical forms predominated (86 – 43%), multibacillary multidrug therapy (111 – 55.5%) and zero degree of disability at diagnosis (160 – 80%). The onset/diagnosis of leprosy during pregnancy/lactation was affirmed by 50 (25%) women, and in the period of optimum fertility (16 to 35 years) was affirmed by 31 (40.2%). As to the contraception's practice 163 (81.5%) women used a CM, the most cited was tubal ligation (71 – 43.5%), the combined oral contraceptive (41 – 25.1%) and male condom (30 – 18.4%), and 58 (35.3%) women were using a contraindicated CM for their condition. Limited knowledge level was predominated (114 – 57%) in the assessment of risks to the baby, moderate (95% - 47.5%) in the assessment of risks to the mother, and limited (107 – 53.5%) in assessment of safe use of CM. There was no statistically significant association between time to diagnosis and DD ($p = 0.0461$) between appearance of signs and symptoms of leprosy diagnosis with pregnancy or lactation, the values of $p = 0.335$ and 0.871 , respectively, and between the use of combined hormonal contraceptive and the onset/diagnosis of leprosy reaction ($p = 0.156$). It was concluded that women with leprosy requires contraceptive care with effective guidance for the CM indicated for their condition to contribute to achieving the level of extensive knowledge. Although the study doesn't establish a statistically significant association between pregnancy/lactation with the onset/diagnosis of leprosy, the search for suspects in cases in prenatal consultations, especially in hyperendemic areas, should be a routine in primary care.

KEYWORDS: Leprosy. Family Planning. Knowledge. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do número de casos de acordo com período gestacional de detecção da hanseníase, aspectos clínicos desta e condições do recém-nascido. CINAHL, MEDLINE/PubMed via <i>National Library of Medicine</i> , e SCOPUS; dez. 2010.....	31
Tabela 2. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo perfil demográfico e socioeconômico. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.	50
Tabela 3. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo perfil da patologia. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.	53
Tabela 4. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo tempo até o diagnóstico da hanseníase e o GIF. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.	56
Tabela 5. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo prática anticoncepcional atual. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.....	58
Tabela 6. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo uso de método hormonal com estrógeno e presença de reação hansênica. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.	59
Tabela 7. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo nível de conhecimento sobre os Métodos Anticoncepcionais adequados a sua condição clínica. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.	62
Tabela 8. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo o surgimento dos sinais e sintomas e o período gestacional ou lactação. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.	65
Tabela 9. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo o diagnóstico da patologia e o período gestacional ou lactação. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.....	66
Tabela 10. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo complicações percebidas relacionadas ao evento hanseníase e gravidez. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.	67

Tabela 11. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo nível de conhecimento sobre os riscos da interação hanseníase e gravidez para o bebê. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.68

Tabela 12. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo nível de conhecimento sobre os riscos da interação hanseníase e gravidez para a mãe. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.69

Tabela 13. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo nível de conhecimento total. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.....69

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Distribuição do número de artigos por base de dados e conforme o processo de seleção realizado. CINAHL, MEDLINE/PubMed via <i>National Library of Medicine</i> , e SCOPUS; dez. 2010.	31
Quadro 2. Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa. CINAHL, MEDLINE/PubMed via <i>National Library of Medicine</i> e SCOPUS; dez. 2010.	33
Quadro 3. Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais em taxa de gravidez não planejada por 100 mulheres.	40
Quadro 4. Especificidades ao manejo dos MAC na hanseníase.	41
Quadro 5. Categorias relativas a métodos contraceptivos segundo critério clínico.	42
Quadro 6. Especificidades ao manejo dos MAC na hanseníase, com critério clínico limitado.	46
Quadro 7. Escala <i>Likert</i> de avaliação do nível de conhecimento.	47
Quadro 8. Escala <i>Likert</i> de avaliação do nível de conhecimento sobre os riscos fetais e respectivas notas.	48
Quadro 9. Escala <i>Likert</i> de avaliação do nível de conhecimento sobre os riscos maternos e respectivas notas.	48
Quadro 10. Escala <i>Likert</i> de avaliação do nível de conhecimento sobre contracepção e respectivas notas.	49
Gráfico 1. Distribuição do percentual de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil em uso de MAC por categoria de indicação. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.	61
Quadro 11. Destaques do estudo e respectivas recomendações para o SUS.	73

LISTA DE SIGLAS

AIC	Anticoncepcional Injetavel Combinado
AIP	Anticoncepcional Injetável exclusivo de Progestágeno
AOC	Anticoncepcional Oral Combinado
BL	Boderline-lepromatosos
CDERM	Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CO	Contraceptivos Orais
CPN	Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DIU-CU	Dispositivo Intra-Uterino com Cobre
DIU-LNG	Dispositivo Intra-Uterino com Levonogestrel
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EN	Eritema Nodoso
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
GIF	Grau de Incapacidade Funcional
HBB	Hanseníase Boderline-Boderline
HBV	Hanseníase Boderline –Virchowiana
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HT	Hanseníase Tuberculóide
HV	Hanseníase Virchowiana
HVV	Hanseníase Virchowiana-Virchowiana
IB	Índice Baciloscópico

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
iNOS	Enzima Óxido Nítrico Sintase Induzível
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAM	Lactação com Amenorréia
LH	Hormônio Luteinizante
LL	Lepromatoso-Lepromatosos
MAC	Métodos Anticoncepcionais
MB	Multibacilar
MBPF	Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PB	Paucibacilar
PF	Planejamento Familiar
PIB	Produto Interno Bruto
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PP	Pílula só de Progestágeno
PQT	Poliquimioterapia
RR	Reação Reversa
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 Perfil clínico-epidemiológico e políticas públicas de saúde voltadas ao controle da hanseníase.....	21
3.2 Hanseníase e Gravidez.....	27
3.3 Manejo dos MAC em portadoras de hanseníase e promoção da saúde....	35
4 METODOLOGIA	
4.1 Tipo de estudo.....	43
4.2 Local do estudo.....	43
4.3 População e amostra.....	44
4.4 Coleta de dados.....	44
4.4.1 Primeira etapa: Coleta de dados demográficos e socioeconômicos, reprodutivos, características da hanseníase e prática anticonceptiva.....	44
4.4.2 Segunda etapa: Avaliação do conhecimento.....	45
4.5 Organização dos dados para análise.....	46
4.6 Aspectos éticos.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 Aspectos socioeconômicos e clínicos de mulheres com hanseníase em idade fértil.....	50
5.2 Perfil reprodutivo e prática anticoncepcional de mulheres com hanseníase.....	57
5.2.1 Adequabilidade dos MAC em uso por mulheres com hanseníase em idade fértil.....	60
5.2.2 Conhecimentos de mulheres com hanseníase sobre os MAC adequados frente a respectiva patologia.....	62

5.3 Características de mulheres com hanseníase cuja ocorrência da gravidez e da lactação correspondeu ao início da patologia, das reações hansênicas e/ou de recidivas.....	64
5.3.1 Conhecimento de mulheres com hanseníase sobre riscos maternos e fetais associados à patologia durante a gestação em mulheres com hanseníase.....	68
5.4 Conhecimento total de mulheres com hanseníase sobre riscos maternos e fetais associados à patologia durante a gestação em mulheres com hanseníase, e os MAC adequados à associação clínica.....	69
6 CONCLUSÕES	71
7 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE – A: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	86
APÊNDICE – B: RESULTADOS DA INTERAÇÃO ENTRE HANSENÍASE E GRAVIDEZ PARA A MÃE.	89
APÊNDICE – C: RESULTADOS DA INTERAÇÃO ENTRE HANSENÍASE E GRAVIDEZ PARA O BEBÊ.	90
APÊNDICE – D: PLACA SOBRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.	91
APÊNDICE – E: AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A ADEQUABILIDADE DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PARA MULHERES COM HANSENÍASE.	92
APÊNDICE – F: FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS DA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO.	93
APÊNDICE - G: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	95
ANEXO - A: AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	96

1 INTRODUÇÃO

Nosso primeiro contato com o conteúdo voltado para a hanseníase foi ainda durante o Curso de Graduação em Enfermagem. Iniciando a vida profissional como docente, recebemos o desafio de ministrar as aulas abordando a referida patologia, bem como o de acompanhar as práticas disciplinares nessa área, em um Centro de Referência para Dermatologia Sanitária, que abrange o atendimento em hanseníase. Assim, a decisão pela realização desta pesquisa foi decorrente de nossa experiência em assistir pacientes portadores de hanseníase, com os quais compartilhamos os desafios de sua evolução clínica diante de reações hansênicas, incapacidades neurofuncionais, agravamentos e recidivas, associados a eventos que poderiam potencializá-la, apesar de evitáveis, como é o caso da gravidez. Nesse contexto, estudos abordando a prevenção da gravidez entre portadoras de hanseníase, a abranger a prática contraceptiva dessa população, tornam-se relevantes.

A hanseníase é uma doença infecciosa, contagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo de alta infectividade, baixa patogenicidade e de multiplicação lenta, fator que leva a doença a apresentar um período de incubação variável entre dois e cinco anos, dificultando, assim, o diagnóstico precoce. A principal via de eliminação do bacilo pelo doente são as vias aéreas superiores, através de contato íntimo e prolongado com o doente de hanseníase multibacilar, forma clínica com potencial de transmissibilidade (BRASIL, 2008a).

Apesar da baixa letalidade, a hanseníase é a principal causa de incapacidade física permanente dentre as doenças infecto-contagiosas (BRASIL, 2008b). A maneira mais eficaz de prevenir tais incapacidades é o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos, antes de ocorrerem lesões neurais. O tratamento adequado das complicações da hanseníase, incluindo reações e neurites, pode prevenir ou minimizar o aparecimento de outras incapacidades. A doença e as deformidades associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os pacientes e suas famílias, em muitas sociedades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005).

Em estudo realizado com o objetivo de fazer projeções sobre o avanço da hanseníase no mundo, foi previsto que entre os anos 2000 e 2020 serão detectados cinco milhões de casos novos e que, em 2020, haverá um milhão de pessoas incapacitadas pela hanseníase, fato preocupante, pois a doença afeta, principalmente, pessoas jovens que teriam sua capacidade de trabalho diminuída e conseqüentemente sua independência (RICHARDUS; HABBEMA, 2007). Assim, essa população jovem também estaria em plena capacidade reprodutiva,

devendo ter o cuidado anticoncepcional inserido no tratamento e no acompanhamento dos casos, para prevenir agravamentos por eventuais gestações.

No ano de 2010 foram detectados 228.474 casos novos de hanseníase no mundo, enquanto que o número de casos novos detectados durante 2009 foi de 244.796, excluindo os poucos casos registrados na Europa. O Brasil contribuiu com 15,2% desses casos, alcançando o segundo lugar em número de casos no mundo e o primeiro lugar no Continente Americano, com 34.894 casos novos, em 2010 (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2011).

A doença tende a incidir mais em homens, embora essa diferença entre os sexos venha diminuindo, estando próximo de uma equivalência (OLIVEIRA, 1998). No Brasil, de 2001 a 2007, os valores médios de coeficientes de detecção eram de 2,8/10.000 habitantes para o sexo masculino, e 2,2/10.000 habitantes para o sexo feminino (BRASIL, 2008c). Já o município de Fortaleza apresenta um percentual aproximado para os dois gêneros. No ano de 2009, por exemplo, foram detectados 449 (51,1%) casos novos pertencentes ao sexo feminino e 431 (48,9%) ao sexo masculino (FORTALEZA, 2011).

A hanseníase vem sendo estudada em mulheres, na perspectiva de que acomete o sexo feminino em plena capacidade reprodutiva, função afetada pela patologia, nos aspectos da concepção e da anticoncepção. Estudo realizado na Índia, em 2002, com 86 portadoras de hanseníase multibacilar, que não fossem nulíparas, com o objetivo de avaliar o perfil hormonal (níveis séricos de FSH, LH e prolactina) e da função menstrual destas pacientes, verificou que 12 (14%) mulheres apresentavam sinais de infertilidade, e destas, 7 (58%) tinham as concentrações dos hormônios folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH) aumentadas, quase atingindo os níveis de castração (NEENA et al., 2003). Este estudo traz o enfoque para a importância de acompanhar os portadores de hanseníase com equidade, com especial atenção as diferenças de gênero, pois em estudos anteriores apenas era relatado o risco de disfunção sexual em homens (MINUZZO, 2008; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999).

A interação entre gestação e hanseníase também gera resultados desfavoráveis. Os níveis elevados de esteróides, hormônio tireóideo e de estrógenos na gestação, causam uma diminuição na imunidade celular, principal resposta de defesa contra o bacilo de Hansen. Com isso há um aumento da proliferação do bacilo, o que pode antecipar o aparecimento ou piorar a doença, levando a danos neurais permanentes. O período crítico para a gestante com hanseníase é compreendido entre o último trimestre e os três primeiros meses de lactação, quando a imunossupressão atinge seu ápice, e muitas vezes o fator desencadeante é o estresse do parto (LYDE, 1997).

A gravidez também é descrita como fator de risco para recidivas em hanseníase. Estudo sugere que a puberdade e a gravidez são fatores de risco em razão das alterações hormonais e metabólicas que acontecem nesses eventos, já discutidos anteriormente (CESTARI; MAROJA, 2006). Em pesquisa realizada, em 1981, na Etiópia, com 114 gestantes portadoras de hanseníase, foi encontrado que 12 gestantes consideradas curadas apresentaram recidiva e outras 46 apresentaram piora do quadro (DUNCAN et al., 1981).

Outro estudo, analisando 70 gestantes portadoras de hanseníase, detectou a ocorrência de resistência à sulfona (dapsona), medicamento que compõe a poliquimioterapia estabelecida pela OMS para casos de hanseníase, em 28 (40%) gestantes (DUNCAN; PEARSON; REES, 1981). Este medicamento também é conhecido por causar anemia hemolítica em seus usuários, porém aliando este fator à anemia fisiológica da gestação, teríamos anemias ainda mais graves nas gestantes portadoras de hanseníase (SANTOS et al., 2006).

Em estudo do tipo coorte aberta prospectiva, realizado de 1975 a 2003, que acompanhou 156 portadoras de hanseníase e seus filhos (gerados durante a patologia), objetivando verificar a implicação da gravidez concomitante a hanseníase no que concerne ao crescimento e desenvolvimento destas crianças, foi constatado que os bebês de mães com hanseníase apresentaram menor peso ao nascer, placenta menor, crescimento lento, maior incidência de infecções e mortalidade na infância do que aqueles de mães não-portadoras (DUNCAN et al., 2007).

Em face aos agravos decorrentes da interação entre gravidez e hanseníase discutida na literatura, percebemos que estes podem ser evitados, tendo as portadoras de hanseníase acesso a orientações sobre a importância de adiar a gestação e adotar Métodos Anticoncepcionais (MAC) adequados à situação clínica instalada.

Na Portaria Nº 3.175, que versa sobre diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase no Brasil, a atenção à saúde sexual e reprodutiva da portadora não está destacada, porém em alguns tópicos é ressaltada a segurança no uso da poliquimioterapia (PQT) durante a gravidez e a lactação, a possível interação entre a rifampicina e os contraceptivos orais, e a importância de receber aconselhamento quanto ao adiamento de uma possível gestação para após a conclusão do tratamento (BRASIL, 2010a). Sobre este último aspecto, ressalta-se o adiamento da gestação por um período de dois anos após a alta por tratamento, algo omitido na referida Portaria (DUNCAN, et al., 2007). Destaca-se, pois a importância de um atendimento integralizado destas pacientes, pois se faz necessário um acompanhamento em planejamento familiar de qualidade, condizente com a patologia associada.

Diante do exposto surgiu o interesse por investigar o conhecimento e a prática da anticoncepção de mulheres portadoras de hanseníase, estudo definido pela relevância em retratar o potencial de informação e auto-cuidado das mulheres para atuarem como responsáveis na prevenção da gravidez em face da hanseníase, bem como obter um diagnóstico de como os profissionais de saúde estão desempenhando-se nesta área do cuidado, com base no perfil reprodutivo e de contracepção das mulheres pesquisadas. Nesse contexto, foram elaboradas as seguintes questões: Qual o conhecimento das pacientes sobre as especificidades da anticoncepção e dos riscos maternos e fetais em face da hanseníase? Quais os MAC utilizados por mulheres com hanseníase em idade fértil e com vida sexual ativa? Os respectivos métodos estariam com indicação correta? A gravidez e/ ou a lactação seriam citadas como fator desencadeante da hanseníase, de reações hansênicas ou de recidivas?

Com o intuito de responder aos questionamentos apresentados foram elaborados os objetivos de pesquisa apresentados a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a prática anticoncepcional e o conhecimento de mulheres portadoras de hanseníase com enfoque na gravidez, amamentação, surgimento da patologia, reações hansênicas e recidivas.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil reprodutivo e o perfil da hanseníase em um grupo de mulheres em idade fértil.
- Conhecer a prática anticonceptiva do grupo pesquisado e sua adequabilidade com relação à presença da hanseníase;
- Avaliar o conhecimento de mulheres com hanseníase sobre as particularidades do uso de MAC relacionadas à patologia e sobre os riscos maternos e fetais associados à mesma;
- Verificar associação estatística entre o intervalo de tempo até o diagnóstico de hanseníase e o grau de incapacidade física apresentado pelas mulheres no momento do diagnóstico; surgimento ou diagnóstico da hanseníase com o período da gravidez e/ou da lactação e pós-parto imediato; e ser usuária de Anticoncepcional Hormonal Combinado e apresentar reação hansênica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Perfil clínico-epidemiológico e políticas públicas de saúde voltadas ao controle da hanseníase.

A hanseníase é uma doença endêmica que representa um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil. No primeiro trimestre de 2011, foi registrada uma prevalência mundial da hanseníase de 192.246 casos e o número de casos novos detectados durante o ano de 2010, conforme relatado por 130 países foi de 228.474 (WHO, 2011).

O Brasil representa um dos países com a maior carga de hanseníase no mundo. Registram-se, em média, a cada ano, 47 mil novos casos, dos quais 23,3% com graus de incapacidade I e II (BRASIL, 2008b; SOUSA *et al.*, 2009). Embora o coeficiente de prevalência tenha sido reduzido de 16 casos por 10 mil habitantes para 1,24 por 10 mil habitantes entre 1985 e 2010, o declínio da detecção não ocorreu de modo semelhante. De fato, o coeficiente de detecção de casos novos aumentou de 1,3 até 1,5 por 10 mil habitantes ao longo do mesmo período acima (BRASIL, 2011; MEIMA *et al.*, 2004).

Não obstante, existe uma considerável discrepância na distribuição regional destes casos ao longo do país. Em 2010, o coeficiente de prevalência mais alto foi observado na região Norte (3,28/10.000), seguida pelas regiões Centro – Oeste (3,15/10.000), Nordeste (1,56/10.000), Sudeste (0,56/10.000), e na região Sul (0,46/10.000). Determinantes históricos e socioeconômicos, associados à ocupação da Amazônia Legal e à manutenção de iniquidades sociais na região Nordeste ajudam a explicar o acúmulo de pessoas infectadas, em se tratando de doença de longo período de incubação (BRASIL, 2011; RAMOS JÚNIOR *et al.*, 2008).

Estudos realizados no país vêm contribuindo para uma maior compreensão desse aspecto da epidemiologia da doença. Estes citam que os municípios com maior desigualdade social apresentam os maiores coeficientes de detecção e prevalência de hanseníase, reforçando que indicadores socioeconômicos e ambientais são importantes preditores de hanseníase (HELENE; SALUM, 2002; MAGALHÃES; ROJAS, 2007). Um exemplo é o estudo realizado no estado de Minas Gerais com o objetivo de analisar a relação entre os coeficientes de detecção da hanseníase no período 2003-2006 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios do Estado citado. Tratou-se de um estudo ecológico, transversal, cujos dados foram coletados dos Relatórios Técnicos da Secretaria Estadual de

Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os resultados sugeriram que os municípios com condições socioeconômicas desfavoráveis possuem menor controle da endemia (LANA *et al.*, 2009).

Os desafios operacionais de controle da hanseníase em áreas com baixo IDH, que compreende Produto Interno Bruto (PIB), longevidade e educação estão associados, pois, há uma estrutura deficiente da rede de serviços de saúde, com baixa resolubilidade aos problemas existentes, culminando em difícil acesso ao diagnóstico e ao tratamento da hanseníase. Acrescenta-se a este cenário, o despreparo de parte dos profissionais de saúde; além do desconhecimento da população sobre os aspectos básicos da doença, o que a afasta da auto-descoberta ou suspeita dos casos.

Sendo assim, outros fatores devem ser associados com o perfil clínico-epidemiológico do paciente, de forma a caracterizar com mais fidelidade a situação onde está inserida a doença. Quando se propõe analisar o perfil clínico de portadores de hanseníase é preciso reconhecer que esta doença possui largo espectro de apresentações clínicas, cujo diagnóstico baseia-se principalmente na presença de lesões de pele, perda de sensibilidade e espessamento neural. O quadro neurológico acomete os nervos periféricos, atingindo desde as terminações na derme até os troncos nervosos, sendo clinicamente uma neuropatia mista, que compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A sensibilidade é alterada em suas modalidades térmica, dolorosa e tátil (BRASIL, 2008a).

As variadas formas clínicas de apresentação são determinadas por diferentes níveis de resposta imune celular ao *Mycobacterium leprae* (MARTELLI, 2002). Sendo assim, existem duas classificações para as diferentes apresentações da doença: a de Madri, e a de *Ridley* e *Jopling*. A de Madri foi estabelecida por Rabelo em 1953, no Congresso Internacional de Hansenologia realizado na cidade de Madri, onde os pacientes passaram a ser classificados quanto à forma clínica em indeterminados, tuberculóides, dimorfos e virchowianos, tomando por base a apresentação dos sinais e sintomas. Porém em 1966, *Ridley* e *Jopling* introduziram um sistema de classificação da doença baseado em achados da histopatologia e na imunidade celular do paciente, estabelecendo cinco grupos, sendo dois polares (tuberculóide e virchowiano) e três intermediários (tuberculóide - dimorfo, dimorfo-dimorfo, dimorfo-virchowiano), e a forma indeterminada incluía os casos que não se enquadrassem nas especificidades de nenhum dos cinco grupos (RIDLEY; JOPLING, 1966).

Ademais, para fins de operacionalização do tratamento, a OMS propõe uma classificação que reúne os pacientes em Paucibacilares (PB), aqueles com até cinco lesões; e em Multibacilares (MB), com mais de cinco lesões. Quando disponível, a baciloscopia de pele

poderá ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB (BRASIL, 2008a).

Outro aspecto importante deste perfil é a avaliação do Grau de Incapacidade Funcional (GIF) no momento do diagnóstico e na alta, pois este parâmetro faz parte dos indicadores preconizados pela OMS, que permite determinar a eficácia das medidas e ações de detecção precoce da doença. O GIF varia de zero a dois, onde zero corresponde a nenhuma incapacidade instalada; um a alteração de sensibilidade em olhos, mãos e pés; e dois quando existem alterações sensitivas e/ou motoras em um dos três locais destacados acima, sendo que o surgimento dessas alterações deve estar associado à hanseníase (BRASIL, 2008b).

Em estudo realizado na cidade de Botucatu-SP, de janeiro de 2004 a dezembro de 2006, com o objetivo de conhecer o perfil socioeconômico e demográfico de 37 pacientes atendidos em um Centro de Saúde Escola, foi evidenciada a predominância de indivíduos com união estável (78%), brancos (92%), com idade entre 30 e 49 anos (51%), com baixo nível de escolaridade e com renda familiar per capita menor que um salário mínimo (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007).

Em estudo descritivo, realizado a partir das 1940 fichas de notificação de hanseníase cadastradas no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no período de 2000 a 2005, com o objetivo de descrever o perfil dos pacientes portadores de hanseníase, constatou-se que 30,1% dos pacientes analisados estavam na faixa de quatro a sete anos de estudo, a faixa etária predominante foi entre 20-39 anos (47,8%), e a forma clínica foi a tuberculóide (28%). Na distribuição por gênero, predominou o sexo masculino com 1054 casos novos (54,2%). No sexo masculino a forma virchowiana foi a mais freqüente com 343 casos novos (32,5% do total do gênero), e no sexo feminino a forma tuberculóide com 297 casos (33,5% do total do gênero). Ao analisar o GIF, verificou-se que 62,3% dos pacientes era grau zero (LIMA; PRATA; MOREIRA, 2008).

Em outra análise feita em Centro de Referência em Dermatologia de Fortaleza no Ceará no ano de 2004, com o objetivo de descrever as características clínicas e epidemiológicas dos 967 pacientes detectados no referido ano, observou-se que a maior detecção de casos apresentou-se na faixa etária de 35 a 54 anos (35,8%), a forma dimorfa foi predominante (54,6%), 78,3% apresentaram GIF zero no diagnóstico, e a distribuição por gênero foi quase equivalente, sendo de 483 (49,95%) para homens e 484 (50,05%) para mulheres, resultado este, semelhante ao encontrado em pesquisa realizada com o mesmo objetivo em Centro de Saúde de São Luis no Maranhão, onde não houve diferença

significativa no número de casos detectados entre homens e mulheres, com 51% e 49%, respectivamente (GOMES *et al.*, 2005; LIMA *et al.*, 2010).

A magnitude da epidemia de hanseníase apresenta desafios para a organização das ações de controle e de assistência no sistema de serviços de saúde de todo mundo. Apesar dos esforços, o desenvolvimento de ações de controle da doença torna-se complexo, pois envolve não apenas os aspectos relativos ao diagnóstico, ao tratamento de novos casos e à abordagem dos seus contatos, mas também ao seguimento dos casos após a alta, e os aspectos sociais, econômicos, psicológicos e físicos (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA; 2008).

Diante destes aspectos destacam-se a importância do acesso a informação sobre a doença por parte da população em geral e dos profissionais de saúde, e disponibilizar meios para estabelecer diagnóstico e tratamento. As mudanças nas formulações das políticas de saúde e intervenções na hanseníase culminaram com os atuais programas de controle cujo declínio da prevalência, eliminação da hanseníase no mundo, tratamento ambulatorial de curta duração e cura, são termos incorporados na atual visão da doença, em substituição ao legado de segregação, isolamento, deformidade física e estigma (RAMOS JÚNIOR *et al.*, 2008).

A despeito da história de preconceito e segregação enraizados na evolução do controle da hanseníase no mundo, nos últimos 20 anos, as autoridades de saúde tentaram inserir a doença e o portador no cotidiano da sociedade.

No Brasil essa mudança de atitude iniciou em 1986 com a implementação da PQT/OMS, sendo adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde, em 1991, como o tratamento recomendado para todos os casos de hanseníase (GOULART *et al.*, 2002).

Os esforços das políticas pós-implantação dos esquemas PQT, na década de 1980 até a motivação pela eliminação na década de 1990, impulsionaram a precocidade do diagnóstico, o que fez elevar o número de casos da doença. Um aspecto importante para essa publicidade da doença foi a possibilidade de difusão da cura da doença e a desmistificação associada à terminologia anteriormente utilizada - "*lepra*". Desde 1970 havia uma luta para a mudança do termo "*lepra*" para hanseníase, porém somente em 29 de março de 1995, por intermédio da Lei federal N^o. 9.010, tornou-se obrigatório o uso da nova terminologia (OPROMOLLA; MARTELLI, 2005).

Outro marco importante, já citado anteriormente, foi a formulação do pacto para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no mundo proposto pela OMS, em 1991, com objetivo de redução para menos de um caso para 10.000 habitantes. O Brasil assume este compromisso, pois se mantinha como um dos líderes em números de casos e contava com um serviço de atenção primária desestruturado ao longo das décadas anteriores,

de superespecializações, prontoatendimentos e hospitais em detrimento das unidades descentralizadas de saúde.

Em 2000, o Brasil divulga no “Informe da Atenção Básica N.º. 3”, a redução de 80% na taxa de prevalência de hanseníase entre 1991 e 1999, passando de 17,4/10.000 habitantes, em 1991, para 3,6/10.000 habitantes, em 1999. Este documento ressalta o papel diretamente ativo da Atenção Primária nas ações de erradicação da doença, principalmente após a criação do Programa Saúde da Família, mas admitiu que a meta para o ano 2000 não seria alcançada, por causa das altas taxas de prevalência e detecção persistentes, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Até então, apenas os Estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina haviam alcançado as taxas preconizadas pela OMS, e cinco outros Estados – Paraná, São Paulo, Distrito Federal, Alagoas e Rio Grande do Norte, estavam em vias de atingir a meta (BRASIL, 2000b).

Em 2005, o Brasil registrou uma taxa de prevalência de 1,7 pacientes por 10 mil habitantes, ainda uma das maiores do mundo, ficando apenas atrás da Índia, com população quase seis vezes maior. Mas a queda expressiva no número de casos sugeria que a atenção primária brasileira continuava mantendo esforços, e que conseguiria oferecer suporte adequado ao controle da hanseníase (CUNHA, 2005).

Em 2007, um novo Informe da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) apontou 47 mil novos casos anuais de hanseníase, e ainda uma alta endemicidade nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Com este cenário o país permanecia como o segundo país em números absolutos e o quinto em prevalência, não mais acompanhado pela Índia (BRASIL, 2007). Neste mesmo ano o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) elege o indicador “coeficiente de detecção em menores de 15 anos de idade” para monitorar a endemia no país, em 2007, ousando inseri-lo no Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), com meta de redução de 10% ao final do plano (BRASIL, 2008d). A escolha deste indicador deveu-se a relação que se faz com a possibilidade de transmissão recente da doença, já que em média a doença apresenta um período de incubação de cinco anos.

Essa iniciativa, somente foi possível após 20 anos de implantação da PQT e descentralização das ações de controle, impõe a focalização da doença e agilidade no desempenho de medidas de vigilância epidemiológica. Estas incluem, dentre outras, o registro completo dos dados de notificação de caso e o exame dos respectivos contatos, visando a interrupção da cadeia de infecção.

Em 2008, o Brasil manteve um coeficiente de detecção de 2,1 casos novos/10.000 habitantes, e adotou como estratégia a partir de 2009 o controle da doença em detrimento de

sua erradicação, após nove anos de atraso em relação ao acordado com a OMS (BRASIL, 2008d; BRASIL, 2010b).

Neste intermédio, com o objetivo de reduzir ainda mais os valores de detecção e prevalência da doença e reparar as questões não resolvidas no Plano de Eliminação, a OMS lançou a Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase proposta para 2006-2010. Os resultados esperados para o fim de 2010 foram: diminuição dos níveis da hanseníase para valores muito baixos; elevação da qualidade dos serviços de saúde com profissionais mais capacitados para detecção da doença, melhor sistema de gestão, melhora da qualidade dos registros dos casos e acessibilidade a serviços especializados; recursos para garantir a prevenção de incapacidades e a reabilitação quando necessárias e promover a integração e parcerias com outras instituições (OMS, 2005).

Atento a estas novas especificações, o PNCH foi sendo remodelado para propor estratégias e tecnologias mais efetivas do que aquelas desenvolvidas anteriormente para o alcance da meta prevista pela OMS para o ano de 2010 (menos de um caso para cada 10.000 habitantes). As estratégias anteriores superestimavam o alcance da referida meta e subestimavam o comportamento epidemiológico da doença (BRASIL, 2010b).

Para o alcance destas metas, o PNCH estabeleceu diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações, articuladas e integradas, que pudessem em todas as frentes de trabalho propiciar às pessoas que adoecem serem atendidas nas suas necessidades e direitos, sem perder de vista o desafio da horizontalização e da descentralização nos serviços de saúde.

Embora ainda longe do ideal, já é possível observar a aproximação da real incidência da doença em algumas áreas onde há um bom desempenho da captação de casos e tratamento da doença. Com isso, é alcançada uma desaceleração na produção de casos novos nas áreas de endemia mais antiga, com melhor IDH e melhor infraestrutura de serviços de saúde (regiões Sul e Estado de São Paulo). Da mesma forma, mas em menor escala, a desaceleração pode ser vista como resultante de um esforço contínuo das ações estaduais de controle nos últimos 20 anos em Estados como Acre e Amazonas. Porém, o impacto alcançado na incidência da hanseníase, em todo o mundo é aquém do esperado (MEIMA *et al.*, 2004).

Reconhecendo, pois, um novo atraso no alcance das metas pactuadas em 2006, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS realizaram, em 2010, na República Dominicana uma reunião de Gerentes dos Programas de Controle de Hanseníase para a apresentação da Estratégia Global para a Redução de Morbidade por Hanseníase e Controle da Doença nos países endêmicos (2011-2015), cujos principais objetivos determinados foram:

uso da taxa de casos novos com incapacidade grau 2 entre casos novos por 100.000 habitantes, como o principal indicador para monitorar o progresso da endemia (além dos demais indicadores utilizados na Estratégia Global 2006-2010); melhorar a qualidade dos serviços de diagnóstico, tratamento e prevenção das incapacidades; melhorar os serviços de reabilitação; garantir a administração de medicamentos PQT, com distribuição gratuita e eficaz em todos os países endêmicos; apoiar as iniciativas para promover reabilitação de base comunitária, com atenção especial as atividades encaminhadas à redução do estigma e discriminação as pessoas afetadas e suas famílias; e promover o desenvolvimento de medicamentos mais eficazes / regimes para o tratamento da hanseníase e suas complicações (OPAS, 2010).

Essas novas medidas estão sendo debatidas e, gradativamente, incorporadas às estratégias anteriores, mas fica destacado o intuito de promover ainda mais as ações de diagnóstico precoce e a necessidade de atenção para as medidas de reinserção do portador de hanseníase na sociedade.

3.2 Hanseníase e Gravidez.

A hanseníase desperta interesse pelo rico espectro clínico e a gravidade dos episódios reacionais, que podem ocorrer durante o curso natural da doença, no tratamento e até mesmo persistir anos após a conclusão do tratamento específico (MACHADO, 2006).

As reações hansênicas podem ser definidas como manifestações clínicas resultantes de fenômenos de instabilidade e hiperreatividade imunológica, em resposta à presença de antígenos do bacilo na pele e em nervos periféricos. Esses episódios inflamatórios agudos que afetam principalmente pele e nervos, cujo impacto na qualidade de vida e potencial de causar seqüelas e incapacidades nos pacientes constituem-se no grande desafio ao manejo da hanseníase, são a principal causa de morbidade e incapacidade da função do nervo periférico (MACHADO, 2006; REGO *et al.*, 2007). Essas reações são classificadas em dois tipos: Reação tipo 1 e Reação tipo 2 (RIDLEY; JOPLING, 1966).

A Reação tipo 1 ou Reação Reversa (RR), que ocorre freqüentemente em Paucibacilares (PB) e *pacientes borderlines* durante a PQT, ocorre em razão do mecanismo de hipersensibilidade tardia a antígenos de *M. Leprae*. Durante a RR, a imunidade celular contra o bacilo está fortemente aumentada, promovendo mecanismos de destruição bacteriana. Contudo, o processo inflamatório tecidual desencadeado pode produzir danos intensos e

irreversíveis, principalmente nos nervos periféricos (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; MACHADO, 2006).

Na RR, as lesões cutâneas apresentam epiderme espessada, com aumento de células de *Langerhans*, aumento da expressão de HLA-DR pelos queratinócitos, além de infiltração de células T na epiderme. Na derme, encontra-se um denso infiltrado celular, composto, principalmente, por monócitos e células CD4+, com edema associado ao granuloma. O aumento da resposta de imunidade celular nos pacientes com Reação tipo 1 está associado a uma mudança no perfil de produção de citocinas, que passa de Th2 para Th1 nos pacientes Multibacilares (MB). Estes indivíduos desenvolvem capacidade de proliferação linfocitária frente aos antígenos do *M. Leprae in vitro*, apresentando resposta positiva ao teste de Mitsuda. Esta reação de hipersensibilidade é tardia, avaliada após inoculação intradérmica de bacilos mortos aplicada nos pacientes, cuja endureção é medida após 21 a 28 dias (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; MACHADO, 2006).

A análise das lesões de RR mostra uma maior expressão de RNA mensageiro para IL-1 β , IL-2, IL-6, TNF- α e IFN- γ , com diminuição de IL-4, IL-5 e IL-10. Adicionalmente, clones de células T isoladas dessas lesões são, predominantemente, do tipo Th1. Essa resposta Th1 exacerbada reflete-se no aumento de níveis séricos de TNF- α , receptor solúvel de IL-2 e moléculas de adesão. Pela técnica de imunohistoquímica, foi demonstrada a presença das proteínas IFN- γ e TNF- α , associadas à detecção da enzima óxido nítrico sintase induzível (iNOS) no citoplasma dos macrófagos, determinando uma atividade macrofágica competente (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; MACHADO, 2006).

A Reação tipo 2, cuja manifestação clínica mais freqüente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), caracteriza-se por ser uma reação inflamatória sistêmica com maior incidência em pacientes *Lepromatoso-Lepromatosos* (LL) ou *Boderline-lepromatosos* (BL), apresentando imunopatologia mais complexa. Pode ocorrer em pacientes não tratados, mas um percentual expressivo de pacientes sob tratamento pode desenvolver um ou mais episódios. Em alguns pacientes, essa reação inflamatória pode se tornar crônica e aparecer mesmo após a alta (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; MACHADO, 2006).

A lesão cutânea de ENH apresenta denso infiltrado inflamatório, que pode alcançar o tecido subcutâneo, podendo ocorrer vasculite. O infiltrado é composto, principalmente, de polimorfonucleares e linfócitos, com predominância de células CD4+. Além da pele e nervos, outros órgãos podem estar envolvidos: linfonodos, fígado, baço, peritônio, testículos, olhos, articulações, tendões, músculos e ossos. Pode haver febre, leucocitose, estimulação policlonal

de anticorpos, queda do produto C3d do sistema complemento e presença de imunocomplexos nos tecidos lepromatosos (NAAFS, 1994).

Embora o dano tecidual em nervos periféricos possa estar associado à deposição de imunocomplexos e hiperatividade Th2, alguns estudos mostram que pode haver, também aumento transitório da resposta imune celular (GUERRA *et al.*, 2002).

A maior expressão de citocinas Th2, como IL-4, IL-5 e IL-10, entre outras, aumenta a produção de anticorpos contra o bacilo em pacientes que, justamente, apresentam uma grande quantidade de antígenos de *M. Leprae*, levando à formação de imunocomplexos com ativação de complemento, atração de granulócitos e inflamação com injúria tecidual. A formação de anticorpos contra antígenos cutâneos e neurais pode ocorrer, permitindo a hipótese de que o fenômeno de autoimunidade também possa estar envolvido na Reação tipo 2 (MACHADO, 2006; TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

A importância de conhecer os aspectos imunológicos da hanseníase, principalmente das reações hansênicas é relevante, pois os sinais clínicos são mais diretamente relacionados ao estado imunológico do indivíduo do que a própria evolução da doença. Assim, circunstâncias que provoquem alterações do equilíbrio entre o bacilo e o hospedeiro expõem os pacientes a maior risco. Entre estas situações, destacam-se as alterações hormonais da puberdade e a gestação, que representam um estado fisiológico de imunodepressão (CESTARI; MAROJA, 2006).

Durante a gravidez, os elevados níveis de esteróides, hormônio tireóideo e de estrógenos, provocam diminuição da imunidade celular, mais especificamente de citocinas do tipo Th1 na resposta dos linfócitos, levando a uma prevalência na resposta do tipo Th2 (PEREIRA *et al.*, 2005). Essa imunodepressão reverte em torno da 12^a semana pós-parto, mesmo em lactantes, alterando, todo o equilíbrio orgânico e podendo levar a efeitos prejudiciais nas pacientes (CESTARI; MAROJA, 2006).

Diante de possíveis implicações resultantes da interação ente hanseníase e gravidez, objetivou-se investigar as repercussões deste evento para a mulher e o bebê, por meio de revisão integrativa da literatura, uma vez que visa reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questões específicas, como metodologia sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema pesquisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foram exploradas as bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), MEDLINE/PubMed via *National Library of Medicine*, e SCOPUS. Os estudos foram levantados pelos descritores *leprosy* (hanseníase) e *pregnancy* (gravidez) de

forma integrada, por ser uma determinação das respectivas bases de dados. A busca nas bases de dados selecionadas foi feita através da ferramenta de metabusca, que permite a busca simultânea nestas bases, disponibilizada pelo portal de periódicos da CAPES, versão 2009. Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados em português, inglês, espanhol, ou francês; sem delimitação temporal; e que abordassem as repercussões entre gravidez e hanseníase para a mulher e o bebê. O processo de seleção dos trabalhos foi feito através da leitura do título, seguida pela leitura do resumo. Quando estas informações foram insuficientes o texto completo foi analisado para verificar a adequabilidade aos critérios de inclusão.

A busca foi realizada no dia 12 de dezembro de 2010, resultando em 1091 artigos, distribuídos por base de dados conforme o Quadro 1. Por meio da leitura do título, 231 artigos foram selecionados, porém 70 estavam duplicados, resultando em 161. Após a leitura do resumo foram selecionados 11 artigos e após a leitura do texto completo oito trabalhos compuseram a revisão.

Quadro 1. Distribuição do número de artigos por base de dados e conforme o processo de seleção realizado. CINAHL, MEDLINE/PubMed via *National Library of Medicine*, e SCOPUS; dez. 2010.

Bases de dados	Nº. de artigos encontrado	Nº. de artigos selecionado pelo título	Nº. de artigos duplicados	Nº. de artigos selecionado pelo resumo	Nº. de artigos da revisão
CINAHL	9	3	70	11	8
PUBMED	194	82			
SCOPUS	888	147			
TOTAL	1091	231	161		

Como resultado da revisão, todos os textos corresponderam a relato de caso, sendo estes agrupados com o intuito de estabelecer características prevalentes na relação hanseníase e gestação. Dos oito casos, seis tratavam de brasileiras, porém quatro foram diagnosticadas no Brasil; os outros países que contribuíram foram Alemanha (dois casos), Espanha (um caso) e França (um caso). A média de idade geral dos casos foi 31 anos. Nenhuma apontou tratamento anterior para hanseníase, porém três afirmaram ter contato prévio com portador de hanseníase. O tempo de início dos sinais e sintomas variou de duas semanas a três anos.

Tabela 1. Distribuição do número de casos de acordo com período gestacional de detecção da hanseníase, aspectos clínicos desta e condições do recém-nascido. CINAHL, MEDLINE/PubMed via *National Library of Medicine*, e SCOPUS; dez. 2010.

Variáveis (n=8)	Nº.
Período gestacional de detecção da hanseníase	
1º trimestre da gravidez	5
2º trimestre da gravidez	1
1º trimestre de lactação	2
Classificação OMS	
Multibacilar (MB)	7
Paucibacilar (PB)	1
Forma clínica	
Virchowiana	5
Dimorfa	2
Tuberculóide	1
Indeterminada	0
Grau de Incapacidade Funcional (GIF) no diagnóstico	
2	4
1	2
0	2
Tipo de Reação Hansênica	
Eritema Nodoso Hansênico	3
Reversa	2
Fenômeno de Lúcio	2
Não apresentou reação	1
Situação do Recém-Nascido	
Sem alterações	5
Não mencionado	2
Natimorto	1

Quanto à investigação do período em que foi diagnosticada a doença, prevaleceu o primeiro trimestre da gestação. Este achado é relevante, pois o período crítico para a gestante com hanseníase relatado na literatura é entre o último trimestre e os três primeiros meses de lactação, quando a imunodepressão atinge seu ápice (CESTARI; MAROJA, 2006).

Sobre os achados clínicos-epidemiológicos das pacientes encontradas nos relatos de caso, sete foram classificadas operacionalmente como MB, sendo cinco com a forma virchowiana, duas dimorfa e uma tuberculóide. Para Duncan (2007) o efeito da imunossupressão durante a gravidez pode precipitar o surgimento da hanseníase, recidiva, reação hansênica, bem como o desenvolvimento de resistência a dapsona, principalmente no terceiro trimestre de gravidez com o surgimento do ENH, e a RR após o parto. Isso exige

uma atenção especial durante a gravidez e durante os dois anos seguintes pós parto, para detectar precocemente uma nova reação com possível dano neural.

Em quatro das mulheres foi evidenciado GIF 2 no diagnóstico. A distribuição do tipo de reação hansenica não apresentou grande variação, pois três tiveram quadro compatível com ENH, duas com RR, duas com Fenômeno de Lúcio e uma sem nenhuma manifestação.

Segundo Cestari e Maroja (2006) as RR que estão diretamente ligadas ao aumento da imunidade celular podem ocorrer imediatamente após o parto, com pico aos 40 dias, sendo que em 50% das mulheres aparecem nessa época, pela primeira vez. Já o ENH pode ocorrer em qualquer fase gestacional pelo maior risco de infecções intercorrentes, que funcionam como gatilho para os episódios. No entanto, sua maior incidência ocorre no terceiro trimestre ou no pós-parto imediato, em razão da tensão emocional do parto e da queda brusca do cortisol plasmático.

A saúde do recém-nascido foi mencionada em seis dos casos, sendo que em um houve o relato de natimorto. Em estudo realizado de 1975 até 2003, do tipo coorte aberta prospectiva, que acompanhou 156 portadoras de hanseníase e seus filhos (gerados durante a patologia), objetivando verificar a implicação da gravidez concomitante a hanseníase no que concerne ao crescimento e desenvolvimento destas crianças, constatou-se que as portadoras de hanseníase têm menor placenta e déficit em sua função, o bebê apresenta retardo no crescimento intra-uterino, índice de Apgar baixo, baixo peso ao nascer, mortalidade mais elevada, são mais suscetíveis a infecções do que os bebês de mães não portadoras de hanseníase, sendo estes resultados mais acentuados nas crianças de mães com Hanseníase Virchowiana (HV) (DUNCAN *et al.*, 2007).

No Quadro 2, a seguir, foi descrita uma síntese dos oito estudos de caso analisados.

Quadro 2. Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa. CINAHL, MEDLINE/PubMed via *National Library of Medicine* e SCOPUS; dez. 2010.

Caso	Título do artigo	Referência	Relato de Caso
1	<i>Leprosy Reaction and Pregnancy.</i>	RODRÍGUEZ-PAZOS <i>et al.</i> , 2010.	34 anos, brasileira, residente na Espanha, no 2º mês de lactação, apresentava há duas semanas, placas eritematosas e dolorosas que se estendiam pela face e extremidades; além de edema e dor no pé esquerdo. Referiu possuir desde a infância mancha hipocrômica no braço direito, que cresceu e tornou-se eritematosa e dolorosa abruptamente. Quanto aos antecedentes trabalhou com portadores de hanseníase durante quatro anos. Na inspeção apresentava numerosas placas eritematosas, infiltradas, bem delimitadas com centro claro, com alopecia em sua superfície, e alteração de sensibilidade. Não foi observado espessamento de nervos periféricos. Baciloscopia e teste de Mitsuda apresentaram resultados negativos. Ao final, foi diagnosticada com Hanseníase Tuberculóide (HT), e quadro clínico compatível de reação reversa.
2	<i>Concomitant Lucio phenomenon and erythema nodosum in a leprosy patient: Clues for their distinct pathogeneses.</i>	BENARD; SAKAI-VALENTE; TRINDADE, 2009.	28 anos, brasileira, apresentava queixa de lesões púrpuras hemorrágicas por três anos. As primeiras lesões apareceram nos membros inferiores no quarto mês da sua primeira gestação, que evoluiu sem complicações maternas e fetais. Porém, durante o puerpério as lesões repentinamente se agravaram, aumentando de número e tamanho. Ao exame físico foi revelada infiltração difusa, mais evidente na face, cotovelos e joelhos. Também foram identificados espessamento e dor, nos nervos ulnar e tibial posterior, com alteração de sensibilidade térmica; mádarose e perda parcial do lóbulo auricular. Os achados foram compatíveis com uma fase tardia de Eritema Nodoso Hanseniano (ENH), sendo estabelecido o diagnóstico de Hanseníase Virchowiana (HV).
3	<i>Leprosy in a pregnant woman.</i>	BÖDDINGHAUS <i>et al.</i> , 2007.	29 anos, filipina, 36ª semana de gestação, queixava-se de dor nas articulações, principalmente nos dois joelhos e tornozelos, que inicialmente começou como uma dor leve mas tornou-se pior durante a gravidez. Observou-se também erupção progressiva e nódulos ao longo das extremidades. Relatava que havia trabalhado um ano como enfermeira nas Filipinas cerca de 10 anos atrás, porém não sabia referir contato prévio com portador de hanseníase. Obteve baciloscopia positiva, sendo classificada como uma forma multibacilar. A criança nasceu sem nenhuma complicação.
4	<i>Éruption de la face chez une femme enceinte .</i>	LOUNIS <i>et al.</i> , 2006.	34 anos, camaronesa, mora na França há 16 anos, 12ª semana de gestação, apresentava uma erupção no rosto que surgiu de modo abrupto. No exame clínico encontrou-se placa eritematosa no pé

			esquerdo e duas lesões hipocrômicas e hipoestésicas nos cotovelos e coxas, que existiam há 7 meses. Apresentou baciloscopia negativa. A paciente relatava contato anterior com membros de sua família portadores de hanseníase há 15 anos. Não apresentou espessamento neural. A determinação da forma da hanseníase ficou entre Hanseníase Boderline-Boderline (HBB) e Hanseníase Virchowiana-Virchowiana (HVV), e Reação Reversa (RR), provavelmente desencadeada pela imunossupressão induzida pela gravidez. O parto aconteceu sem complicação, e a criança nasceu normal.
5	Fenômeno de Lúcio (eritema necrosante) na gestação .	HELMER <i>et al.</i> , 2004.	27 anos, brasileira, 32 ^a semana de gestação, apresentava lesões eritemato-purpúricas nos membros, bem delimitadas, confluentes, encimadas por bolhas, algumas necróticas e ulceradas, com uma semana de evolução, acompanhadas de febre e intensa dor local. A baciloscopia foi positiva evidenciando globias, e a histopatologia da pele confirmou HV, compatível com fenômeno de Lúcio. A gestação evoluiu para parto normal a termo, sem intercorrências, com recém-nascido de peso adequado à idade gestacional e sem malformações.
6	Fenômeno de Lúcio (eritema necrosante) na gestação: relato de caso e revisão da literatura.	BUFFON <i>et al.</i> , 2001.	25 anos, brasileira, 21 ^a semana de gestação, sem diagnóstico prévio de hanseníase, que apresentava áreas extensas de necrose cutânea seca, com contornos irregulares, acometendo face, tronco, membros superiores e inferiores; bem como lesões eritemato- violáceas com bordas irregulares na face, madarose e rarefação ciliar; não havendo evidências de comprometimento sistêmico nem fetal no momento da admissão. Baciloscopia positiva e achados histopatológicos compatíveis com HV, e quadro característico de Fenômeno de Lúcio. Manteve-se estável até o 39 ^o dia de internação quando desenvolveu quadro compatível com a síndrome da angústia respiratória do adulto, acidose metabólica e sinais clínicos e laboratoriais de insuficiência hepática aguda. Seguiu-se parto prematuro de feto morto, com baixo peso, sem malformações externas. Em menos de 24 horas pós-parto, evoluiu com choque e parada cardiorrespiratória. O exame histopatológico da placenta revelou distúrbio circulatório caracterizado por congestão difusa dos vilos, hemorragia intervilosa e alguns depósitos de fibrina.
7	<i>Erythema leprosum – after treatment of Lepromatous Leprosy.</i>	EICKELMANN <i>et al.</i> , 2010.	33 anos, brasileira, já diagnosticada com HV, queixava-se que durante vários meses havia surgido na face, tórax, pernas e pés, nódolos dolorosos, acompanhados de madarose ciliar e supraciliar. Histologia e baciloscopia foram sugestivas da forma multibacilar da hanseníase.

			Após 1 ano de tratamento, a paciente decidiu interromper o tratamento para engravidar. Dois meses após a interrupção a paciente retorna na 9ª semana de gestação queixando-se de artralgia e edema nas articulações, e nódulos dolorosos e hemorrágicos. Os achados histológicos e clínicos foram sugestivos de ENH. O quadro sofreu agravamento após o parto, com surgimento de novos nódulos eritematosos. Durante todo esse período a paciente foi tratada com prednisolona, porém só conseguiu descontinuar a terapia após três do pós-parto.
8	Hanseníase simulando erupção liquenóide: relato de caso e revisão de literatura.	SOUSA <i>et al.</i> , 2010.	39 anos, parda, brasileira, queixava-se de “feridas” no corpo, há cerca de dois anos, surgindo como pequenos nódulos e prurido disseminado. Foi medicada com dexclorfeniramina e creme de betametasona com gentamicina, havendo melhora parcial do quadro. Após o tratamento, a paciente engravidou e apresentou recaída com aparecimento de inúmeras lesões pruriginosas disseminadas. Ao exame dermatológico, apresentava inúmeras lesões papulosas violáceas em tronco e membros, sendo algumas eritematosas e outras escoriadas, decorrentes do prurido intenso. A baciloscopia foi positiva, e o exame histopatológico revelou numerosos bacilos e globias no processo inflamatório, configurando Hanseníase Borderline - Virchowiana (HBV). A paciente apresentou regressão parcial do quadro clínico, após a quarta dose do tratamento. Não houve reação hansênica.

3.3 Manejo dos MAC em portadoras de hanseníase e promoção da saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006). Assim, a Política recomenda que devem ser consideradas as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer, e que visem o espaço para além das unidades e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

A atenção à saúde sexual e reprodutiva, inclusive informações e serviços de planejamento familiar, é reconhecida não apenas como uma medida de promoção da saúde de

homens, mulheres e crianças, mas também como um direito humano. Todos os indivíduos têm o direito ao acesso, escolha e aos benefícios do progresso científico na seleção dos métodos de planejamento familiar. Uma abordagem baseada no direito de escolha de anticoncepcionais pressupõe uma visão completa da clientela, considerando as necessidades de atenção em saúde sexual e reprodutiva manifestada, e os critérios de elegibilidade apropriados para a escolha e utilização de um determinado método de planejamento familiar (WHO, 2009).

Para que seja garantido um planejamento familiar de qualidade, a OMS lista os seguintes critérios de prestação de serviço que são relevantes para o início e acompanhamento de todo e qualquer método anticoncepcional, a saber: os clientes devem receber informações completas para que possam tomar uma decisão voluntária e esclarecida quanto a um método anticoncepcional; existência de profissional adequadamente treinado e instalações equipadas para que os métodos que requerem abordagens cirúrgicas (esterilização, implantes, DIU, diafragmas) possam ser oferecidos, devendo-se seguir os procedimentos apropriados de prevenção a infecções; os equipamentos e suprimentos adequados precisam ser mantidos e guardados em almoxarifado; devem ser fornecidas aos prestadores de serviço as diretrizes e dados dos clientes a fim de lhes permitir avaliar as condições nas quais o uso de determinados MAC implica riscos de saúde inaceitáveis; estes profissionais devem ser treinados para prestarem orientação em planejamento familiar de modo a auxiliar os clientes a tomarem decisões esclarecidas e voluntárias envolvendo a sua fertilidade (WHO, 2009).

É importante ressaltar que as informações oferecidas às clientes devem incluir, no mínimo, o seguinte: compreensão da eficácia relativa do método; uso correto do método; como o mesmo funciona; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios do método para a saúde; sinais e sintomas que necessitariam de um retorno ao serviço de saúde; retorno à fertilidade após a interrupção do uso do método; e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (WHO, 2009).

Para auxiliar os profissionais de saúde na orientação sobre os métodos indicados para o perfil do cliente que atende, desde 1994, a OMS vem revisando e estabelecendo diretrizes baseadas em evidências para o planejamento familiar. Como resultado dessas ações disponibiliza os “Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais”, documento que fornece recomendações para escolha adequada de MAC em situações especiais (WHO, 2009).

Os critérios estão na sua 4ª. edição (primeira foi em 1994), resultante da colaboração entre o Departamento da Organização Mundial de Saúde de Pesquisa em Saúde Reprodutiva e um grande número de agências internacionais e organizações no domínio das políticas e

programas de planejamento familiar, que em setembro de 2008 em Genebra, efetuou a revisão sistemática da literatura e análise de estudos e dados epidemiológicos acerca do uso dos MAC, contando com o apoio de 43 participantes de 23 países, sendo estes nove representantes de agências e organizações internacionais, junto com outros 34 outras especialistas, o que culminou na publicação dos critérios já referidos (WHO, 2009).

Este documento recomenda que a elegibilidade para o uso de cada MAC seja efetuada com base em quatro categorias: 1 - condição para a qual não há restrição quanto ao uso do MAC; 2 - condição em que a vantagem de utilizar o método geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados; 3 - condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o método; e 4 - condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o MAC seja utilizado (WHO, 2009).

Visando construir os critérios de uso de MAC para portadoras de hanseníase, já que o documento supracitado não apresenta nenhuma orientação para esta população, realizamos uma busca na literatura para identificar estudos que trouxessem evidências sobre a segurança de uso dos MAC para as portadoras.

O primeiro tópico que despertou o interesse na busca foi sobre a interação entre a Rifampicina e os Contraceptivos Orais (CO), pois já na Portaria N° 3.175, que versa sobre diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase no Brasil, é solicitada atenção especial para esta interação que resulta em diminuição da ação do contraceptivo (BRASIL, 2010a).

Em revisão de literatura realizada em 2005, observou-se ser a Rifampicina, o fármaco responsável pelo maior número de casos de interação com os anticoncepcionais orais, porém outro grupo de fármacos tem sido descrito, dentre eles destacam-se Dapsona e Minociclina, que também são drogas que podem ser utilizadas no tratamento da portadora de hanseníase (SOUZA *et al.*, 2005). Um mecanismo relacionado a esta interação é a possibilidade de ocorrer uma supressão das bactérias que hidrolisam o conjugado do Etil Etil Estradiol, impedindo a recirculação enterohepática desse componente. Em humanos, 50 a 60% do Etil Etil Estradiol sofrem metabolismo de primeira passagem no intestino e fígado, produzindo conjugados inativos (sulfato, gluconato) que são excretados pela bile, podendo ser hidrolisados por bactérias presentes no cólon e, posteriormente, reabsorvidos. Outra explicação seria a indução de enzimas hepáticas, resultando no aumento do metabolismo do CO, pois a Rifampicina é um potente indutor do sistema microsomal P-450, responsável pelo metabolismo de algumas drogas, incluindo-se o CO (SANTOS *et al.*, 2006).

Outro aspecto interessante na Portaria é a liberação para o uso da PQT durante a amamentação. Portanto se a mulher portadora de hanseníase poderia utilizar o método da lactação por amenorréia sem comprometimento para o tratamento. Porém nos questionamos quanto aos efeitos da PQT para o lactente. Sobre este assunto, o Ministério da Saúde, informa que a Rifampicina é compatível com a amamentação, pois há evidência de concentrações muito baixas no leite materno, já a Clofazimina demanda uso criterioso, pois é excretada no leite materno, podendo resultar em rubor e hiperpigmentação da pele do bebê, que é reversível após a suspensão da droga, e a Dapsona também requer uso criterioso, apesar da excreção pouco significativa no leite materno, mas é orientado observar o bebê, sobretudo se for recém-nascido, para a ocorrência hemólise e icterícia (BRASIL, 2000a).

Outro tópico que norteou a busca foi a advertência encontrada nas bulas de contraceptivos hormonais para o surgimento do Eritema Nodoso (EN) como reação adversa. Este evento já havia sido descrito na literatura por Bombardieri *et al* (1977), onde estes relatam o caso de uma mulher de 33 anos que apresentava EN a cada gestação ou uso de CO. Eles descrevem que as lesões desapareciam sempre no quinto mês de gestação ou quando os contraceptivos eram retirados. Eles concluem o estudo destacando que as concentrações de estrogênio e progesterona, ou a relação entre eles pode ser fundamental para o desenvolvimento de eritema nodoso.

Em estudo documental retrospectivo realizado em 1993, no Rio de Janeiro, que avaliou 32 prontuários de pacientes que apresentaram EN, apresentou em 12 casos como agentes causadores as drogas dipirona, aspirina e anovulatório (FERNANDES; MACEIRA; MUNIZ, 1994).

Mais recentemente, Olmo *et al.* (2010), expôs os casos de duas mulheres que manifestaram EN, após o uso de anel vaginal hormonal. O primeiro caso trata de uma mulher de 21 anos com erupção súbita de nódulos eritematosos, quentes, e dolorosos, que estavam distribuídos aleatoriamente na região pré-tibial. Três dias após procurar o serviço, a paciente retornou queixando-se de artralgia que dificultava a deambulação. Realizada a inspeção constataram que os nódulos subcutâneos haviam aumentado de tamanho e número. A remissão do quadro só foi possível após a corticoterapia e a retirada do anel vaginal. O segundo caso versa sobre mulher de 25 anos, que foi encaminhada para o serviço com o diagnóstico de EN que permanecia a um mês, sendo tratada com indometacina 25 mg, porém não apresentava melhora. Quando interrogada sobre o uso de alguma medicação nova, a paciente explicou que dois meses antes havia iniciado o uso do anel vaginal hormonal. Após a retirada do método a paciente apresentou melhora significativa em duas semanas.

Outro dado relevante para a construção dos critérios de uso é a eficácia de cada MAC, independente da condição clínica da mulher. A escolha do MAC também deve estar baseada na eficácia deste para prevenir uma gravidez não planejada, a qual, por sua vez depende, para alguns métodos, não apenas da proteção proporcionada pelo próprio método, mas também do uso correto e consistência do mesmo. O Quadro 3, apresentado a seguir, mostra a comparação do percentual de mulheres que podem apresentar gravidez indesejada durante o primeiro ano do MAC quando este é perfeitamente usado (uso consistente e correto) e quando o mesmo é utilizado de maneira rotineira (usado comumente). Devemos atentar para os demais fatores que podem influenciar o uso correto e consistente do método, tais como: idade, renda, desejo da usuária de prevenir ou adiar uma gravidez, e cultura. A maioria das usuárias tende a apresentar um uso mais consistente à medida que se tornam mais experientes com um determinado método (OMS, 2007).

Quadro 3. Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais em taxa de gravidez não planejada por 100 mulheres.

MAC	Taxa de gravidez no primeiro ano ¹		Classificação da eficácia conforme uso comumente ²
	Uso consistente e correto	Usado comumente	
Vasectomia	0.1	0.15	Muito eficaz (0-0.9)
DIU de Levonorgestrel (DIU-LNG)	0.2	0.2	
Laqueadura	0.5	0.5	
DIU com Cobre (DIU-CU)	0.6	0.8	
Lactação com Amenorréia (LAM)	0.9 ³	2 ³	Eficaz (1-9)
Anticoncepcional Injetável Combinado (AIC)	0.05	3	
Anticoncepcional Injetável exclusivo de Progestágeno (AIP)	0.3	3	
Anticoncepcional Oral Combinado (AOC)	0.3	8	
Pílula só de Progestágeno (PP)	0.3	8	
Preservativo masculino	2	15	Moderadamente eficaz (10-25)
Diafragmas com espermicida	6	16	
Preservativo feminino	5	21	
Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF) (menos método da ovulação, cuja eficácia em uso comumente não é descrita na referida fonte)	---	25	
Coito interrompido	4	27	
			Menos eficaz (26-32)

Fonte: OMS, 2007.

Após a análise das evidências encontradas na literatura supracitada sobre os possíveis resultados da utilização de determinados métodos anticoncepcionais, e o estudo da eficácia do método, elaboramos o Quadro 4 com as especificidades do manejo dos MAC para portadoras de hanseníase, de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS, e considerando a disponibilidade de tecnologia para um juízo clínico da paciente.

¹ Trussell J. *Contraceptive efficacy*. In: Hatcher R et al., editors. *Contraceptive technology*. 19th revised ed. 2007.

² Cleland J; Ali MM. *Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries*. *Obstetrics and Gynecology*. 2004; 104(2): 214-320.

³ A taxa de MAL tal como geralmente utilizada provém de Kennedy KI e outros, *Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning* (declaração de consenso: método de amenorréia lactacional para planejamento familiar.) *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1996;54(1): 55-57.

Quadro 4. Especificidades ao manejo dos MAC na hanseníase.

Categoria	Condição	Métodos Anticoncepcionais
1	Condição para a qual não há restrição quanto ao uso do MAC (os métodos são muito eficazes (0-0.9) ou eficazes (1-9) e não pioram a hanseníase).	Laqueadura, Vasectomia, DIU-CU; DIU-LNG, AIP, MAL ⁴
2	Condição em que a vantagem de utilizar o método geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados (os métodos são moderadamente eficazes (10-25), ou seja, a chance de gravidez é maior do que com os MAC da categoria 1) ⁵ e não pioram a hanseníase.	Preservativo masculino e feminino, diafragma com espermicida, métodos baseados na percepção da fertilidade (menos método da ovulação, cuja eficácia em uso comumente não está citada na referida fonte).
3	Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o método (o MAC é menos eficaz (26–32) ⁵ oferecendo mais chances de gestações virem a ocorrer na hanseníase).	Coito interrompido, muco cervical
4	Condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o MAC seja utilizado (apesar de serem MAC eficazes (1-9), riscos teóricos estão descritos com relação a interação da rifampicina e os anticoncepcionais hormonais orais – AOC e PP, ambos podem se tornar menos eficazes na presença da rifampicina; os anticoncepcionais hormonais que contêm estrógeno, ou seja, AOC e AIC podem favorecer o surgimento do EN, evento comprovado na puberdade, fase em que há elevação do referido hormônio (CESTARI; MAROJA, 2006).	AOC; AIC; PEP

Segundo a Organização Mundial da Saúde quando os recursos para um juízo clínico forem limitados, tais como em serviços comunitários, as quatro categorias são simplificadas em duas. Por meio desta simplificação, uma classificação na categoria 3 que indicaria um rigoroso acompanhamento e acesso a serviços clínicos, sugere então que uma mulher não está em condições médicas de utilizar aquele método, ou seja, passaria para a categoria 4 (Quadro 5) (WHO, 2009).

⁴ Ter atenção quanto ao possível surgimento de anemia no recém nascido de baixo peso (BRASIL, 2000).

⁵ Riscos teóricos estão descritos com relação as alterações hormonais da gravidez principalmente a partir do 3º trimestre, até o fim do 1º trimestre de lactação, sendo recomendado o adiamento da gestação até dois anos após alta por tratamento (DUNCAN *et al.*, 2007).

Quadro 5. Categorias relativas a métodos contraceptivos segundo critério clínico.

Categoria	Com critério clínico	Com critério clínico limitado
1	Condição para a qual não há restrição quanto ao uso do MAC.	Sim (Use o método)
2	Condição em que a vantagem de utilizar o método geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados.	
3	Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o método.	Não (Não utilize o método)
4	Condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o MAC seja utilizado.	

Fonte: WHO,2009.

Com base nesta informação, e considerando que o aconselhamento em anticoncepção e acompanhamento de mulheres portadoras de hanseníase é feito na atenção básica, onde considera-se a falta de acessibilidade a recursos que permitam formular um julgamento clínico, orientamos a utilização do quadro 4, somando as categorias 1 e 2 para “utilize o método” e as categorias 3 e 4 para “não utilize o método”.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo:

Estudo avaliativo, transversal. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo e os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados determinado. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). De acordo com estas mesmas autoras os estudos avaliativos são usados para se conhecer como funciona um programa, tratamento, prática ou política, a incluir os seus resultados, em que passa a se tratar da avaliação de impacto.

4.2 Local do estudo:

Correspondeu ao Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), localizado em Fortaleza-CE. Este centro desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa na área de Dermatologia, buscando desenvolver e apoiar políticas, com destaque para a hanseníase, constituindo referência nacional e estadual para acompanhamento de portadores de hanseníase, atendendo uma média de 800 casos novos da doença e cerca de 1.300 pacientes subseqüentes, por ano, concentrando 70,25% dos casos de hanseníase no município de Fortaleza. Outras doenças, como câncer de pele, vitiligo e psoríase também são atendidas neste Centro (FORTALEZA, 2008).

A unidade oferece estágios nas áreas de Dermatologia geral e sanitária, principalmente hanseníase, para médicos, enfermeiros e outros profissionais da Estratégia Saúde da Família do Estado, médicos do programa de residência médica de saúde da família e comunitária da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Ceará, estágios para acadêmicos de enfermagem da UFC, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza. Este desenvolve atividades de assistência, pesquisa e ensino (FORTALEZA, 2008).

4.3 População e amostra:

São notificados, aproximadamente, 900 casos novos de hanseníase e cerca de 1.300 estão em tratamento, por ano, no município de Fortaleza, já incluindo os casos novos (CEARÁ, 2009). No ano de 2010 foram detectados 418 casos novos no sexo feminino. Sendo

essa população estatisticamente finita e fixando-se um coeficiente de confiança de 95%, um erro amostral de 5% e uma prevalência do fenômeno P de 50%, obteve-se um n amostral de 200 mulheres, que constituiu a amostra final deste estudo. Adotamos a prevalência do fenômeno em 50%, por não dispormos de dados que determinassem esse valor.

Participaram do estudo mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: portadoras de hanseníase em idade fértil (16 a 49 anos), que se encontravam em acompanhamento no CDERM e que possuíam vida sexual ativa. Para efeito deste estudo, foi considerada sexualmente ativa a mulher que afirmou ter pelo menos, uma relação sexual mensal, condição essencial que responderia por uma possível gravidez. Foram excluídas as pacientes histerectomizadas, ooforectomizadas, e menopausadas.

Foi adotada a idade mínima de 16 anos para mulher em idade fértil, esta faixa etária favorece a coleta de dados, que passa a não exigir a autorização por parte do responsável, mantendo obediência aos preceitos éticos.

4.4 Coleta de dados:

4.4.1 Primeira etapa: Coleta de dados demográficos e socioeconômicos, reprodutivos, características da hanseníase e prática anticonceptiva.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, que seguiu um formulário contendo perguntas sobre dados demográficos e socioeconômicos, reprodutivos, características da hanseníase e prática anticonceptiva das participantes (APÊNDICE - A). Os dados referentes aos aspectos clínicos da hanseníase foram coletados no prontuário de cada participante e complementados com a mesma, na entrevista.

As participantes foram selecionadas pela revisão dos prontuários separados para o atendimento diário. Isto é feito pela atendente dos consultórios de Enfermagem, que solicita os prontuários ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), na medida em que as pacientes agendadas chegam ao serviço. Antes que os prontuários fossem enviados para os consultórios de Enfermagem, a pesquisadora fazia a seleção daqueles cujas pacientes obedecessem aos critérios de inclusão, os identificava com um marca-texto vermelho, passando a contar com a colaboração da atendente, pois a paciente era encaminhada pela mesma para a entrevista, com o prontuário identificado, antes ou após a consulta de Enfermagem.

As entrevistas foram realizadas nos dois turnos, em ambiente de sala de espera para consulta de Enfermagem, Médica, ou de prevenção de incapacidades, sempre em espaço

privativo, de modo a não interferir na confiança da participante. Os dados foram registrados pela pesquisadora no próprio formulário, paralelamente à entrevista.

4.4.2 Segunda etapa: Avaliação do conhecimento.

Para coletar os dados quanto ao conhecimento das mulheres sobre os riscos maternos e fetais na presença de hanseníase, foram utilizadas duas placas, contendo targetas com os malefícios causados à mãe (APÊNDICE – B) e os malefícios causados ao bebê (APÊNDICE - C), em linguagem técnica e popular. Cada placa continha targetas com informações verdadeiras e falsas, sendo quatro verdadeiras para as conseqüências para a mulher, e três para o bebê. Ao início da avaliação, as mulheres foram apresentadas as placas informativas dos dois painéis, e qualquer dúvida que surgisse sobre a linguagem ou a atividade foram dirimidas pela pesquisadora. Após este momento a participante foi orientada a indicar quais riscos ela considerava possíveis de acontecer com a mulher e com o conceito.

Os riscos ressaltados na literatura e discutidos anteriormente para a mulher são: surgimento dos primeiros sinais ou agravamento da hanseníase, surgimento ou agravamento de reações hansênicas, recidiva da doença e evolução para a forma Virchowiana; e para o bebê são: recém-nascido com baixo peso e pequeno para a idade gestacional, maior incidência de infecções e de mortalidade durante a infância, e dermatite esfoliativa nas primeiras horas de vida.

Na avaliação do conhecimento sobre a anticoncepção das mulheres portadoras de hanseníase, primeiro a participante foi apresentada a uma placa contendo todos os MAC aceitos no país (APÊNDICE - D). Neste momento também foi permitido que a participante esclarecesse dúvidas com a pesquisadora com relação a não perceber a aparência do método. Posteriormente, a participante organizou os MAC de acordo com o Quadro 6, que foi adaptado para a utilização por pessoas que não tenham acesso ao julgamento clínico para uso de MAC, em uma outra placa (APÊNDICE – E).

Quadro 6. Especificidades ao manejo dos MAC na hanseníase, com critério clínico limitado.

Com critério clínico limitado	Critério.	Métodos Anticoncepcionais
SIM (USE O MÉTODO)	Posso usar com maior segurança, pois falham pouco e não pioram a hanseníase.	Laqueadura, Vasectomia, DIU-CU; DIU-LNG, MAL, AIP, Preservativo masculino e feminino, diafragma com espermicida, métodos baseados na percepção da fertilidade (menos método do muco cervical).
NÃO (NÃO USE O MÉTODO)	É melhor evitar, pois podem piorar a hanseníase.	AOC; AIC; PEP.
	É melhor evitar, pois falham mais.	Coito interrompido

Os dados referentes à avaliação de conhecimento foram registrados em formulário específico (APÊNDICE – F). O tempo médio para realização da entrevista mais a avaliação de conhecimento teve duração média de 15 minutos.

Ressalta-se que os dados foram coletados pela pesquisadora e por uma aluna do último semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Esta já havia cursado a disciplina curricular teórico-prática que aborda o conteúdo da hanseníase e também encontrava-se desenvolvendo sua Monografia de conclusão do Curso abordando o mesmo tema. Foi treinada pela pesquisadora a respeito de como realizar a coleta adequada dos dados, inclusive sobre os aspectos éticos para lidar com os participantes. As 20 primeiras participantes foram entrevistadas pela dupla, sendo dirimidas as eventuais dúvidas.

4.5 Organização dos dados para a análise:

Os dados foram armazenados em banco de dados em dois programas: o Excel, que gerou planilha de dados, e no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, que processou esses dados e gerou tabelas. Parte foi apresentada em gráficos para uma melhor visualização.

Para os dados relacionados à primeira etapa do estudo (entrevista estruturada) foi realizada análise estatística descritiva utilizando frequência absoluta, frequência relativa, média (χ), desvio padrão (S) e Intervalos de Confiança (IC).

Realizamos análise bivariada para verificar associação estatística entre: o intervalo de tempo até o diagnóstico de hanseníase e o grau de incapacidade física apresentado pelas mulheres no momento do diagnóstico; surgimento ou diagnóstico da hanseníase com o período da gravidez e/ou da lactação e pós-parto imediato; e ser usuária de Anticoncepcional

Hormonal Combinado e apresentar reação hansênica. Para tanto os resultados foram apresentados em tabelas, quando foram calculadas as frequências simples e percentuais. Calcularam-se as medidas, média e desvio padrão do tempo de diagnóstico. As associações entre as variáveis categóricas foram realizadas por meio dos testes de Qui-Quadrado, Qui-Quadrado com correção de continuidade e Qui-Quadrado de tendência. Para todas as análises foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com $p=0,05$.

Para as respostas obtidas na etapa de avaliação do conhecimento, foi atribuída uma nota global, referente ao número de acertos da participante. No tópico sobre as implicações para a mãe existem quatro placas verdadeiras, no tópico sobre as implicações para o bebê três, e no tópico sobre o uso dos MAC existem três critérios que agrupa os métodos. Desta maneira, o primeiro tópico valeu quatro pontos, o segundo três pontos, e o terceiro três pontos, um ponto para cada categoria, sendo que para alcançar este ponto a mulher teria que acertar todos os métodos desta. Ao final, somando as notas obtidas em cada tópico, a nota global atribuída para a participante versou entre zero e dez.

Para analisar o nível de conhecimento da participante de acordo com a nota final obtida, elaboramos uma escala *Likert*, com os níveis de conhecimento: 1- NENHUM; 2- LIMITADO; 3- MODERADO; 4- SUBSTANCIAL; 5- EXTENSO. O nível de conhecimento de cada participante foi atribuído de acordo com a pontuação global alcançada, conforme mostra o Quadro 7.

Quadro 7. Escala *Likert* de avaliação do nível de conhecimento.

Nível de conhecimento	Nota
NENHUM	0 ponto
LIMITADO	1 a 4 pontos
MODERADO	5 pontos
SUBSTANCIAL	6 a 7 pontos
EXTENSO	8 a 10 pontos

A presente escala foi construída pela pesquisadora tomando por base o raciocínio intuitivo em comparação com as avaliações formais do ensino no país, em que a nota 7,0, geralmente, representa o ponto de corte de aprovação ou de apreensão de conhecimento satisfatório (substancial).

Além do número total de acertos, cada participante recebeu uma pontuação referente ao número de acertos em cada tópico de conhecimento, ou seja, os riscos maternos, riscos fetais e a contracepção. Para cada um desses tópicos também foi atribuído às mulheres um nível de conhecimento específico, também baseado em escalas *Likert*. A escala do nível de conhecimento na categoria riscos fetais se dividiu em cinco níveis: 1- NENHUM equivalente a nenhum acerto; 2- LIMITADO equivalente a um acerto; 3- MODERADO equivalente a dois acertos; 4- SUBSTANCIAL equivalente a dois acertos, quando incluso a opção “nascer com baixo peso” e 5- EXTENSO equivalente a três acertos (Quadro 8).

Quadro 8. Escala *Likert* de avaliação do nível de conhecimento sobre os riscos fetais e respectivas notas.

Nível de conhecimento	Nota
NENHUM	0 acerto
LIMITADO	1 acerto
MODERADO	2 acertos
SUBSTANCIAL	2 acertos, desde que inclua “nascer com baixo peso”
EXTENSO	3 acertos

Para a categoria de conhecimento sobre riscos maternos, a escala também foi dividida em cinco níveis de conhecimento: 1- NENHUM que corresponde a nenhum acerto; 2- LIMITADO que corresponde a um acerto; 3- MODERADO que corresponde a dois acertos; 4- SUBSTANCIAL que corresponde a três acertos e 5- EXTENSO que corresponde a quatro acertos (Quadro 9).

Quadro 9. Escala *Likert* de avaliação do nível de conhecimento sobre os riscos maternos e respectivas notas.

Nível de conhecimento	Nota
NENHUM	0 acerto
LIMITADO	1 acerto
MODERADO	2 acertos
SUBSTANCIAL	3 acertos
EXTENSO	4 acertos

Para a categoria de conhecimento sobre contracepção, ou seja, sobre os critérios de uso para os MAC por portadoras de hanseníase, a escala foi dividida em cinco níveis de

conhecimento da seguinte forma: 1- NENHUM para nenhum acerto; 2- LIMITADO quando fossem acertados todos os MAC de pelo menos uma categoria de uso; 3- MODERADO quando fossem acertados todos os MAC de duas categorias; 4- SUBSTANCIAL quando fossem acertados todos os MAC de duas categorias, desde que inclua a categoria “É melhor evitar, pois podem piorar a hanseníase” e 5 – EXTENSO quando acertados todos os MAC pertencentes às três categorias (Quadro 10).

Quadro 10. Escala *Likert* de avaliação do nível de conhecimento sobre contracepção e respectivas notas.

Nível de conhecimento	Nota
NENHUM	0 acerto
LIMITADO	1 acerto (todos de uma categoria)
MODERADO	2 acertos (todos de duas categorias)
SUBSTANCIAL	2 acertos (todos de duas categorias, desde que inclua a categoria “é melhor evitar, pois podem piorar a hanseníase”)
EXTENSO	3 acertos (todos de 3 categorias)

4.6 Aspectos éticos:

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, segundo Resolução nº 196/96 (BRASIL, 2003). A pesquisa obteve parecer favorável sob protocolo número 012/2011 (ANEXO – A).

Foi garantida às participantes do estudo a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não-estigmatização, e a não-utilização das informações em prejuízos das pessoas. Assim sendo, à estas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE-G), contendo informações sobre justificativa, objetivos e procedimentos que foram utilizados na pesquisa, por meio de linguagem acessível aos respondentes, que uma vez aceitando em participar livremente, assinaram o termo, quando só então foi iniciada a entrevista.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Aspectos socioeconômicos e clínicos de mulheres com hanseníase em idade fértil.

Tabela 2. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo perfil demográfico e socioeconômico. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.- out., 2011.

Variáveis (n= 200)	Nº	%
Idade (em anos completos) $\chi= 39,02$ $S= 9,04$		
16 a 19	10	5,0
20 a 29	30	15,0
30 a 39	59	29,5
40 a 49	101	50,5
Procedência		
Fortaleza	157	78,5
Interior	43	21,5
Condição de união		
Parceiro fixo	137	68,5
Parceiro eventual	63	31,5
Escolaridade (em anos) $\chi= 6,5$ $S= 3,43$		
Sem escolaridade	11	5,5
1 a 3	25	12,5
4 a 7	81	40,5
8 a 11	80	40
12 ou mais	3	1,5
Nº de pessoas na família $\chi= 4,59$ $S= 2,11$		
1 a 3	72	36
4 a 6	97	48,5
7 ou mais	31	15,5
Renda familiar mensal $\chi= R\$ 783,72$ $S= R\$584,68$		
Classe A1*	1	0,5
Classe B1 **	8	4,0
Classe B2 ***	59	29,5
Classe C ****	90	45,0
Classe D *****	25	12,5
Classe E *****	17	8,5

* Renda familiar de R\$ 4.648,00 a R\$ 7.793,00. ** Renda familiar de R\$ 1.669,00 a R\$ 2.804,00. *** Renda familiar de R\$ 927,00 a R\$ 1.669,00. **** Renda familiar de R\$ 424,00 a R\$ 927,00. ***** Renda familiar de R\$ 207,00 a R\$ 424,00. ***** Renda familiar inferior a R\$ 207,00.

A idade das mulheres variou de 16 a 49 anos, com uma média de 39,02 anos e desvio padrão de 9,04, encontrando-se maior prevalência de mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, ou seja, 101 (50,5%). A ocorrência da hanseníase é realmente mais prevalente na população adulta e idosa, o que se justifica no aumento do contato social com o início da idade adulta somado ao longo período de incubação da hanseníase, que pode estender-se de 2 a 10 anos,

podendo variar de acordo com o padrão imunológico do paciente infectado (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

A procedência de 157 (78,5%) das mulheres foi Fortaleza, como município de residência, resultado semelhante ao encontrado por Gomes et al. (2005), em estudo realizado com 967 pacientes com hanseníase acompanhados no mesmo centro de referência, universo do presente estudo, ao revelar que 795 (82,2%) dos participantes eram provenientes do município de Fortaleza. É sabido que parte considerável dos municípios do Estado do Ceará, mesmo com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionando, negligencia a captação e o acompanhamento dos pacientes de hanseníase, sendo motivo de procura destes pacientes pela metrópole. Outra motivação por esta procura fora de seu município de origem é o preconceito, em que os pacientes temem que seu diagnóstico perca o sigilo e passem a sofrer discriminação. Portanto, o percentual de pacientes de origem de Fortaleza pode estar superestimado.

Das entrevistadas, 137 (68,5%) afirmaram ter parceiro fixo, e destas, 22 (16%) não utilizavam Método Anticoncepcional (MAC). Este tipo de união costuma figurar entre os motivos para a descontinuidade no uso do MAC, particularmente do preservativo masculino, pois na medida em que a relação vai se tornando duradoura aumenta a confiança.

Em estudo realizado com 409 universitárias da região Sul no ano de 2009, 382 (93,4%) entrevistadas tinham relações sexuais com parceiro fixo (namorado ou marido), sendo que 292 (71,3%) não faziam uso de preservativo. Foi revelada associação entre o uso de preservativo em todas as relações sexuais quando o parceiro era casual ($p = 0,002$), e mulheres casadas ou amasiadas revelaram menor adesão ao uso do preservativo ($p < 0,001$) (FAÉ et al., 2011).

Foi revelada uma média de 6,5 anos de estudo com desvio padrão de 3,43, encontrando-se uma prevalência aproximada entre 4 a 7 anos de estudos entre 81 (40,5%) mulheres, e de 8 a 11 anos de estudos entre 80 (40,0%). Estudo realizado em Uberaba – Minas Gerais, com 403 pessoas com hanseníase demonstrou prevalência nos anos de estudos de 4 a 7 anos, correspondendo a 65 (32,0%) pessoas (MIRANZI et al., 2010). Do ponto de vista reprodutivo, admite-se que o baixo nível socioeconômico das mulheres interfere diretamente na baixa adesão ao uso de MAC, pois se observa que a taxa de fecundidade é maior entre as adolescentes e jovens que apresentam menor escolaridade (PRADO; SANTOS, 2011).

A renda mensal variou de zero a R\$5.600,00, com uma média de R\$783,72 e um desvio padrão de R\$584,68, sendo a classe C referida por 90 (45%) das participantes, seguida

pela classe B2 referida por 59 (29,5%). Ressalta-se que 6 (3%) mulheres não tinham renda, vivendo de doações. Associando o fator classe econômica e o número médio de pessoas em casa, que foi de 4,59, encontramos uma renda *per capita* de R\$ 170,74. Historicamente, a hanseníase esteve relacionada às condições socioeconômicas desfavoráveis, incluindo baixa renda (LANA et al., 2007).

Ainda diante da média encontrada de 4,59 pessoas residindo em uma mesma casa, destacamos a necessidade de ações de proteção destes contatos intradomiciliares (busca de sinais suspeitos, e posterior imunização), e acompanhamento pós-alta dos pacientes, pois em estudo do tipo caso-controle retrospectivo realizado com 150 pacientes com hanseníase acompanhados em Mato Grosso, evidenciou-se que as condições de moradia, mais de cinco pessoas vivendo na mesma residência, hábitos de vida, organização dos serviços de saúde, formas clínicas e esquemas terapêuticos, são fatores diretamente relacionados com o risco de recidiva (FERREIRA; IGNOTTI; GAMBA, 2011).

Tabela 3. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo perfil da patologia. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Variáveis	Nº	%
Formas clínicas da hanseníase (n=200)		
Dimorfa	86	43
Tuberculóide	62	31
Virchowiana	28	14
Indeterminada	24	12
Esquema poliquimioterápico em uso (n=200)		
Multibacilar	111	55,5
Paucibacilar	86	43,0
Esquemas alternativos	3	1,5
Índice Baciloscópico (n=200)		
Negativo	140	70
Positivo	60	30
Contato prévio com portador de hanseníase (n=200)		
Sim	87	43,5
Não	113	56,5
Grau de parentesco (n=87)		
Familiar	72	82,7
Vizinho	13	14,9
Outros	3	2,4
Erro diagnóstico (n=200)		
Sim	80	40,0
Não	120	60,0
Grau de incapacidade física no diagnóstico (n=200)		
0	160	80,0
1	29	14,5
2	11	5,5
Reação hansênica (n=200)		
Sim	47	23,5
Não	153	76,5
Tipo de Reação hansênica (n=47)		
Reação reversa	37	78,7
Eritema nodoso hansênico	10	21,3

Foram encontradas 86 (43%) mulheres com a forma clínica dimorfa, sendo a mais prevalente no grupo pesquisado, seguida pela forma tuberculóide, encontrada em 62 (31%) mulheres. Esse resultado reflete no esquema poliquimioterápico (PQT) utilizado, em que prevaleceram 111 (55,5%) entrevistadas classificadas operacionalmente como Multibacilares (MB). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos recentes, como na pesquisa documental realizada por Miranzi et al., (2010) em Uberaba-MG, em que a forma dimorfa esteve presente em 317 (69,7%) casos de hanseníase, e também em investigação realizada por Lima et al. (2010), que caracterizou o perfil epidemiológico das 91 mulheres com hanseníase atendidas em centro de saúde de referência em São Luis – MA, encontrando como forma clínica predominante a dimorfa em 30 (54,9%) participantes, seguida pela tuberculóide em 16

(17,5%), e revelando um uso da PQT/MB por 71 (78%) mulheres. Ressaltamos, a existência de 3 (1,5%) pacientes que faziam uso de tratamentos alternativos, sendo duas, o MB com 24 doses supervisionadas, por não responder ao esquema convencional com 12 doses, e uma o esquema composto por Rifampicina, Ofloxacina, e Minociclina (ROM).

Baseado em estudo multicêntrico, duplo cego, randomizado, realizado em nove centros de tratamento de hanseníase na Índia, o qual recomendou o uso do esquema ROM para pacientes com lesão única, o Ministério da Saúde brasileiro indicou, em 1997, o esquema dose única ROM para casos de lesão única, paucibacilar (formas indeterminada e tuberculóide), sem nervo periférico afetado, índice baciloscópico negativo, em Centros de Referência para a doença no país (BRASIL, 1997). Em estudo realizado em Vitória – ES, com 54 pacientes que fizeram uso do esquema supracitado, identificou-se que após 7 a 9 anos do tratamento, 29 (85,2%; IC95%: 70-100,4) pacientes avaliados estavam curados, 5 (14,7%; IC95%: 7,4-22,0) recidivaram e 20 pacientes não retornaram; porém, não havia outra notificação de reingresso no sistema da Secretaria Estadual de Saúde, destacando, assim, uma taxa de cura de 90,8%, corroborando a eficácia deste tipo de tratamento (DINIZ; CATABRIGA; SOUZA FILHO, 2010).

O Índice Baciloscópico (IB) médio foi de 0,95, com desvio padrão de 1,71, este valor diminuído justifica-se por somente 60 (30%) pacientes, apresentarem IB positivo, pois esta positividade é característica das formas MB (dimorfa e virchowiana), porém a forma dimorfa, em sua maioria, admite a baciloscopia negativa (TEIXEIRA et al., 2008).

Quanto ao contato prévio com portador de hanseníase, 87 (43,5%) mulheres afirmaram esta condição, enquanto 113 (56,5%) mulheres desconheciam casos próximos. Das mulheres que conheciam, 72 (82,7%) haviam convivido com algum familiar com hanseníase, 13 (14,9%) com vizinhos, e 3 (2,4%) com alunos ou colega de trabalho. A hanseníase carrega um passado histórico de estigma e de segregação social, temido até hoje pelos pacientes diagnosticados, que muitas vezes escondem a enfermidade de parentes e amigos, o que dificulta o alcance de metas relacionadas aos exames de contatos intradomiciliares (DESSUNTI et al., 2008).

O tempo médio entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico foi de 2,16 anos, com desvio padrão de 2,55. Durante este período, 80 (40%) das entrevistadas afirmaram ter recebido outro diagnóstico para os mesmos sinais e sintomas que levaram ao diagnóstico de hanseníase, sendo a condição mais confundida, a micose, referida por 56 (67,4%) das pacientes. Neste grupo foram incluídas a pitiríase versicolor, a eczemátide, e a tínea do corpo. A segunda patologia confundidora mais presente foi a alergia, referida por 19

(22,8%) das mulheres. Artrite e outras, foram referidas por 4 (4,9%) mulheres cada, sendo que neste último grupo, incluiu-se o vitiligo e a psoríase. Tais condições são amplamente discutidas na literatura, e o atual achado soberano na decisão diagnóstica é a alteração de sensibilidade nas manifestações dermato-neurológicas, condição exclusiva da hanseníase em comparação com tais morbidades (TALHARI et al., 2006 ; RIBEIRO et al., 2009; ALIKHAN et al., 2011). Contudo, não se pode deixar de comentar a necessidade de melhor formação de enfermeiros e médicos para lidar com o diagnóstico da hanseníase, a começar pela graduação e que se mantenha por meio do processo de educação continuada, uma vez que boa parte dos diagnósticos diferenciais poderia ser evitada, contribuindo para a instalação precoce do tratamento da hanseníase. Em estudo realizado em Cuiabá-MT com 344 registros, cujo objetivo foi analisar as formas de entrada do caso de hanseníase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), verificou-se que 21 (6,1%) registros receberam alta por erro diagnóstico, sendo encaminhados posteriormente para novos tratamentos (FERREIRA et al., 2010).

A proporção de casos novos com algum Grau de Incapacidade Física (GIF) ao diagnóstico é um indicador de monitorização da eficácia das medidas de controle da hanseníase adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, este é utilizado, também, como fator preditivo de diagnóstico tardio e característica para estimar a prevalência oculta da doença, ou seja, os casos de hanseníase de determinada área que naquele ano não foram diagnosticados (FERREIRA, 1998; OMS, 2010).

No presente estudo, 160 (80%) mulheres apresentaram GIF zero ao diagnóstico, 29 (14,5%) GIF I, e 11 (5,5%) GIF II. Em estudo realizado com 2337 pacientes com hanseníase, cujo objetivo foi comparar características epidemiológicas e clínicas entre homens e mulheres, revelou um percentual maior em indivíduos do sexo masculino, e as características relacionadas a este evento foram: demora na procura por atendimento, não aceitação do diagnóstico e abandono do tratamento (LANA et al., 2010).

Outra consequência do GIF no diagnóstico é o surgimento de reações hansênicas, que podem acontecer antes, durante ou após o tratamento. No presente estudo, 47 (23,5%) mulheres apresentaram reação hansênica, sendo 37 (78,7%) reação do tipo I ou reação reversa, e 10 (21,3%) reação do tipo II ou eritema nodoso hansênico.

Em estudo realizado em Belo Horizonte – MG que acompanhou 595 pacientes diagnosticados no período de 1993 a 2003, encontrou-se que o GIF na admissão e o IB associaram-se fortemente à ocorrência de reação hansênica, onde quem teve GIF 1 na admissão teve um risco 2,2 vezes maior de ter reação do que aqueles que foram classificados

como GIF 0. Já quem apresentou GIF 2 teve um risco 1,6 vezes maior comparado com quem teve GIF 0 (GONÇALVES et al., 2008). Estes dados sinalizam para a necessidade do diagnóstico precoce da hanseníase, bem como do acompanhamento neurológico regular e intervenções adequadas, baseadas em prioridades de acordo com o perfil clínico do paciente.

No presente estudo não foi encontrada associação estatística entre o tempo até o diagnóstico e o GIF ($p = 0,461$) (Tabela 4). Pode-se observar que a proporção de mulheres na linha de Grau 0 é quase igual em todos os tempos (variando de 75 a 85%) e, de maneira idêntica, na segunda linha de Grau 1 e 2 a proporção também não varia muito, situando-se entre 17,9 e 25%.

Tabela 4. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo tempo até o diagnóstico da hanseníase e o Grau de Incapacidade Física no diagnóstico. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Tempo (em anos) até o diagnóstico da hanseníase (n= 200)	GIF 0 no diagnóstico		GIF 1 e 2 no diagnóstico	
	Nº	%	Nº	%
0	24	75,0	8	25,0
1	54	76,1	17	23,9
2 a 3	59	85,5	10	14,5
4 a 18	23	82,1	5	17,9

$\chi^2 = 1,59$; $p = 0,461$.

Quando questionadas sobre qual evento poderia ter desencadeado a reação hansênica, 33 (70,2%) mulheres não conseguiram destacar um evento, 9 (19,1%) associaram à gravidez ou lactação, e 5 (10,6%) citaram fatores comportamentais como estresse e depressão.

A perfeita descrição da cadeia que antecede o aparecimento da reação hansênica permanece desconhecida, porém sabe-se que a gestação pode desencadear ou piorar a hanseníase e as reações hansenianas, principalmente no último trimestre da gravidez e nos três primeiros meses de lactação, estas surgem através de mecanismos de resposta imunológica frente ao antígeno do bacilo de Hansen, e que podem ocorrer com mais frequência nas formas clínicas tuberculóide, dimorfa e virchowiana. Na literatura, temos como fatores desencadeantes mais citados as infecções intercorrentes como, por exemplo, a co-infecção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vacinação, gravidez, puerpério, uso de medicamentos iodados, estresse físico e emocional (MENDONÇA et al., 2008; JUNQUEIRA; CAIXETA, 2008).

Em estudo prospectivo que acompanhou durante 10 anos 50 pacientes com Eritema Nodoso, encontrou uma prevalência aumentada do sexo feminino, na proporção de 6

mulheres para cada homem, e em 27 (54%) casos conseguiu-se identificar o fator etiológico, sendo a gravidez um deles, presente em 1 (2%) paciente (MERT et al., 2004).

5.2 Perfil reprodutivo e prática anticoncepcional de mulheres com hanseníase.

A nuliparidade foi afirmada por 25 (12,5%) das mulheres. Essa parcela da amostra pode estar mais desejosa por conceber, visto que a maternidade é um sonho construído ainda na infância e que chega na fase jovem e adulta encontrando todo um potencial reprodutivo para ser concretizado. Assim, compete aos profissionais que assistem essas mulheres a tornarem a orientação sobre a importância do adiamento da gestação ainda mais ostensiva, com explicações compreensíveis, capazes de gerar tomada de decisão eficaz por parte das mesmas.

Entre as 175 (87,5%) mulheres que tinham filhos, 137 (78,2%) tinham de 1 a 3 filhos e 38 (21,8%) tinham 4 filhos ou mais. A média de filhos foi de 2,31, com desvio padrão de 1,88. Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) realizada, em 2006, foi revelada queda na taxa de fecundidade da mulher brasileira de 15 a 49 anos de idade nos últimos 30 anos, passando de 2,3 filhos por mulher para uma taxa de fecundidade atual de 1,8 filhos por mulher (BRASIL, 2009). Portanto, a fecundidade média do grupo pesquisado mostrou-se relativamente mais elevada que a fecundidade nacional. No entanto, esse dado não implica no relaxamento da prática anticoncepcional segura por parte do grupo, tampouco de uma menor valorização por parte dos profissionais de saúde das ações de educação em saúde voltadas para a importância da anticoncepção durante todo o tratamento e certo período pós-parto, visto que são todas mulheres férteis e com um risco reprodutivo importante. Conforme orienta Lyde (1997) o período crítico da associação gestação e hanseníase vai do último trimestre de gravidez até os três primeiros meses de lactação, quando a imunossupressão atinge seu ápice e, muitas vezes, o fator desencadeante é o estresse do parto, sendo recomendado, ainda, o adiamento da gravidez para após 2 anos a alta por cura (DUNCAN, 2007).

Tabela 5. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo prática anticoncepcional atual. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Variáveis	Nº	%
Utiliza MAC (n=200)		
Sim	163	81,5
Não	37	18,5
MAC em uso (n= 163)*		
Laqueadura	71	43,5
Anticoncepcional Oral Combinado (AOC)	41	25,1
Preservativo masculino	30	18,4
Anticoncepcional Injetável Combinado (AIC)	16	9,8
Outros	9	3,2
Orientação para o uso do MAC (n=163)		
Por conta própria	101	61,9
Serviço de Planejamento Familiar	47	28,8
Serviço de Hanseníase	7	4,2
Outros	8	5,1
Profissional (n= 63)		
Enfermeiro	40	63,5
Médico	23	36,5

*Responderam este tópico 163 mulheres, porém 4 faziam uso conjugado de 2 Métodos Anticoncepcionais o que gerou um N total de 165.

A tabela 5 revela resultado de elevada importância no que concerne a qualidade da assistência prestada às mulheres com hanseníase e em idade fértil, pois quando nenhuma poderia estar sem uso de um MAC, 37 (18,5%) foram assim encontradas e, portanto, expostas aos riscos maternos e fetais associados a ocorrência da gestação no transcurso da hanseníase.

A predominância da laqueadura no grupo estudado não se baseia em recomendações de décadas passadas, quando se aceitava que a mulher com hanseníase não tinha cura e que poderia ocorrer transmissão vertical da patologia, sendo determinada sua esterilização (DUNCAN et al., 1981). Estes aspectos foram esclarecidos pela Ciência e, portanto, não constitui justificativa para predomínio de laqueaduras no referido grupo. Assim, esse resultado pode ser uma repetição daquilo que é encontrado na população geral de mulheres férteis no país e no sítio do presente estudo, ou seja, o MAC de prevalência mais elevada é a laqueadura (BRASIL, 2009). Outro aspecto a ser discutido é a média de idade das mulheres, pois correspondendo a 39,02 anos favorece a que a maioria opte por um MAC definitivo.

O uso do AOC e do preservativo masculino vem se tornando prevalente devido a facilidade de acesso no Sistema Único de Saúde (SUS), comparado a outros MAC. Estudo realizado em São Gonçalo do Amarante – CE com 158 usuárias assistidas no serviço de planejamento familiar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontrou predomínio de uso de AOC, quando 142 (89,8%) mulheres afirmaram utilizar o MAC, seguido pelo preservativo

masculino citado por 137 (86,7%) (TELES et al., 2010) . Essas autoras acrescentam que a elevada taxa de uso de AOC e de preservativo masculino não significa uso seguro, correto e consistente dos mesmos. No país, de acordo com a PNDS (2006), o AOC e o preservativo masculino aparecem como os MAC de maior uso abaixo da laqueadura (BRASIL, 2009). Assim, o uso de AOC e de preservativo masculino encontrado no grupo de mulheres com hanseníase foi semelhante ao demonstrado na população geral de mulheres em idade fértil.

O uso do Anticoncepcional Injetável Combinado (AIC) referido por 16 (9,8%) das mulheres ocupou o quarto lugar em prevalência de uso, resultado que também é similar aos resultados da PNDS (2006), tanto no âmbito nacional quanto da área de abrangência do estudo.

Tabela 6. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo uso de método hormonal com estrógeno e presença de reação hansênica. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Método anticoncepcional em uso (n=163)	Reação hansênica	
	Nº	%
AOC (n=41)	6	15,0
AIC (n=16)	2	12,5
Outros (n=107)	39	27,1

p = 0,156

Não foi encontrada associação estatística significativa entre o uso de MAC hormonal combinado (que contém estrógeno) e o surgimento ou diagnóstico de reação hansênica (p=0,156).

Pouco mais de 60% das mulheres (101 – 61,9%) referiram usar o MAC por conta própria, achado inaceitável uma vez que a escolha anticoncepcional de mulheres com hanseníase guarda particularidades que só o enfermeiro e/ou o médico poderão orientá-la adequadamente.

Ademais, entre as mulheres que receberam orientação, somente 47 (28,8%) afirmaram ter sido em serviço de PF e 7 (4,2%) no serviço de hanseníase (referência). Quer dizer, a cobertura da assistência em PF mostra-se baixa neste grupo, lacuna que recai sobre a ESF por ser a responsável pela ação. Conforme o Pacto de Gestão, a atenção ao PF constitui uma das áreas prioritárias da Estratégia Saúde da Família (ESF), não sendo, pois, responsabilidade do serviço de referência em hanseníase (BRASIL, 2005).

Observa-se, ainda, que o serviço de referência para hanseníase traz alguma contribuição ao atendimento dessas mulheres em PF (7 – 4,2%), aspecto positivo sob o ponto de vista da integralidade da atenção, mas que não tem a recomendação normativa de

responder por tal cuidado. Isso não implica dizer que o serviço de referência em hanseníase não possa abordar essa questão tão crucial. Ao contrário, deve investigar cada mulher sobre a prática anticoncepcional, orientar quanto as particularidades dessa prática e a hanseníase e encaminhar para a ESF. Nesse contexto, ressaltamos a importância de ser realizado o matriciamento da assistência em PF de mulheres com hanseníase, que consiste no intercâmbio de saberes do nível de referência para as equipes da ESF, em que os profissionais de notório saber em hanseníase potencializarão o saber das equipes da rede básica em questões específicas, no caso do PF.

O profissional que mais contribuiu para o uso orientado do MAC foi o enfermeiro, citado por 40 (63,5%) mulheres.

Estudo realizado, em 2009, com 107 mulheres com Diabetes *Mellitus* (DM) em Fortaleza-CE, revelou que 55 (52,9%) faziam uso de MAC por conta própria. Das 45 (43,2%) mulheres que receberam suporte técnico, 33 (31,7%) procuraram o serviço de PF, e 9 (8,6%) o serviço de acompanhamento para DM. O profissional mais citado pelas participantes como orientador do uso foi o médico, indicado por 37 (82,3%) mulheres (EVANGELISTA, 2009). Esses resultados se assemelham aos do presente estudo por revelar uma prevalência do uso de MAC por populações específicas, sem a devida orientação. Tanto mulheres com hanseníase quanto mulheres com DM necessitam de orientações particulares quanto aos MAC, que sejam direcionadas para sua condição clínica individual.

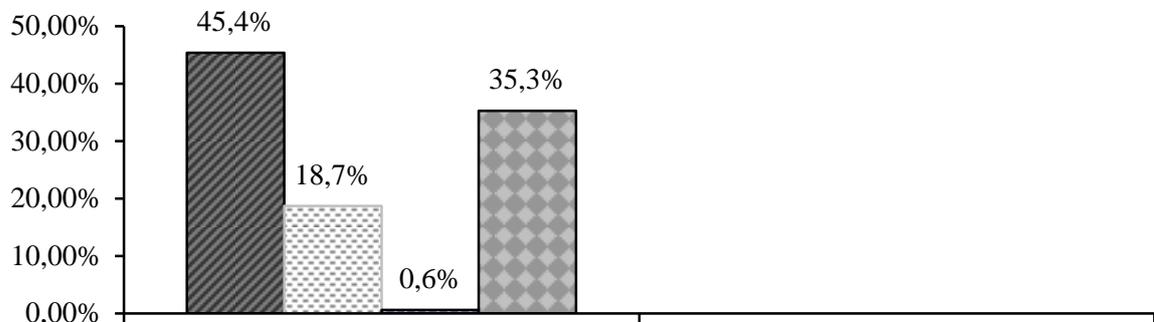
5.2.1 Adequabilidade dos MAC em uso por mulheres com hanseníase em idade fértil.

Para auxiliar os profissionais de saúde nesta orientação direcionada para situações específicas, desde 1994, a Organização Mundial da Saúde, vem revisando e estabelecendo diretrizes baseadas em evidências para o planejamento familiar, disponibilizadas sob o título “Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais”. Este documento recomenda que a elegibilidade para o uso de cada MAC seja efetuada com base em quatro categorias: 1 - condição para a qual não há restrição quanto ao uso do MAC; 2 - condição em que a vantagem de utilizar o método geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados; 3 - condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o método; e 4 - condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o MAC seja utilizado (WHO, 2009).

O planejamento familiar de mulheres com hanseníase requer atenção para adequabilidade dos MAC, de modo que não venha a ocasionar uma gravidez não-planejada e,

consequentemente, contribuir para o agravamento da patologia. Desta forma, ressaltamos as 75 (45,4%) mulheres em uso de MAC na categoria 1, na qual o uso não causa nenhum comprometimento à saúde da mulher e aqui, em particular, pela presença da hanseníase, e das 31 (18,7%) mulheres em uso de MAC da categoria 2. Porém, 58 (35,3%) mulheres estavam em uso de MAC a constituir a categoria 4, na qual os MAC não podem ser utilizados por mulheres com hanseníase pela possibilidade de acarretar piora no quadro materno. Estes métodos são: AOC, AIC e a Pilula exclusiva de Progestágeno (PP).

Gráfico 1. Distribuição do percentual de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil em uso de MAC por categoria de indicação. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.



- Categoria 1: Condição para a qual não há restrição quanto ao uso do MAC.
- ▣ Categoria 2: Condição em que a vantagem de utilizar o MAC geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados
- Categoria 3: Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o MAC.
- Categoria 4: Condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o MAC seja utilizado.

Além do risco ora relatado, soma-se o número de mulheres que não fazem uso de MAC algum, condição revelada por 37 (18,5%) mulheres com hanseníase em exposição natural a conceber. Esse achado constitui negligência por parte do serviço de referência, em não abordar esse cuidado com as pacientes. Ademais, não podemos afirmar que também houve negligência por parte da ESF, pois não investigamos se as mulheres estavam ou não engajadas no serviço de planejamento familiar, aspecto que se caracterizou com limitação do presente estudo. Portanto, este grupo deve ser alvo de orientação anticoncepcional, para revelar os motivos do não uso de MAC, e baseado nesta informação, realizar a escolha do MAC mais indicado para a situação de saúde-doença atual.

Segundo o Ministério da Saúde, a principal competência do profissional de saúde atuante no serviço de planejamento familiar, assistir em concepção e contracepção, informando aos indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil: Billings, temperatura basal, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, DIU, hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (BRASIL, 2010c).

Uma dos possíveis obstáculos adicionais para o uso de MAC adequados seria a provisão insuficiente e irregular, e a limitada variedade de MAC, porém destaca-se que os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF) são métodos gratuitos, que dependem apenas da correta orientação e acompanhamento do uso por parte dos profissionais de saúde, e tanto estes quanto a Lactação com Amenorréia (LAM) são métodos incluídos na categoria 1.

5.2.2 Conhecimentos de mulheres com hanseníase sobre os MAC adequados frente a respectiva patologia.

Tabela 7. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo nível de conhecimento sobre os Métodos Anticoncepcionais adequados a sua condição clínica. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Itens de conhecimento (n=200)	Nº	%	IC95%
(1)Reconhece todos os MAC que pode usar com maior segurança, pois falham pouco e não pioram a hanseníase (Laqueadura, Vasectomia, DIU-CU; DIU-LNG, AIP, Lactação com Amenorréia (LAM), Preservativo masculino e feminino, diafragma com espermicida, métodos baseados na percepção da fertilidade (menos método do muco cervical).	---	---	---
(2)Reconhece todos os MAC que se deve evitar, pois apresentam alta taxa de falha (Coito interrompido e Muco cervical).	98	49	42,1 – 55,8
(3)Reconhece todos os MAC que se deve evitar, pois podem piorar a hanseníase (AOC, AIC, PP).	12	6	3,4 – 10,1
Nível de conhecimento das participantes			
Nenhum*	92	46	39,2 – 52,9
Limitado**	107	53,5	46,5 – 60,2
Moderado***	---	---	---
Substancial****	1	0,5	0,09 – 2,8
Extenso *****	---	---	---

*Nenhum acerto; **Acerto de pelo menos um dos 3 itens; *** Acerto de pelo menos dois dos 3 itens; **** Acerto de pelo menos dois dos 3 itens, incluindo necessariamente o item (3); Acerto de todos os 3 itens.

Uma observação feita durante a aplicação da avaliação de conhecimento deste tópico, é que apesar de ser enfatizado que as participantes deveriam pensar como mulheres com

hanseníase, muitas indicavam os MAC baseados em uma experiência com o método anterior à doença, onde algumas relataram a ocorrência de gravidez não-planejada durante o uso dos MBPF. Outra característica que despertou interesse foi o desconhecimento do diafragma como MAC, e até mesmo a incapacidade de reconhecer sua aparência, ou seja, algumas mulheres afirmaram nunca ter ouvido a respeito deste tipo de método.

Estes dois fatos podem ter contribuído para que nenhuma mulher acertasse o item 1 completamente, e conseqüentemente, atingissem a totalidade do item 2, hipótese que se confirma ao constatarmos as menores prevalências de acerto destes MAC no item 1, sendo estas: LAM (36 – 18%), temperatura corporal basal (39 – 19,5%), tabela (40 -20%), e diafragma (91 – 45,5%).

Os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF) são métodos que utilizam os sinais e sintomas físicos que acompanham as flutuações hormonais durante o ciclo menstrual de uma mulher para predizer a o período fértil, durante este período a mulher pode reduzir a chance de gravidez abstendo-se de ter relações sexuais ou usando métodos de barreira (WHO, 2009).

Em revisão da literatura realizada nos Estados Unidos por Stephen e Bergus (2009) sobre a utilização dos MBPF, revelou que o principal fator associado ao não uso destes é o baixo nível de conhecimento dos profissionais de saúde, que conseqüentemente, reflete-se em seus clientes. O mesmo estudo apontou que estes métodos são orientados com mais qualidade em grupos religiosos, e que quando é fornecida informação correta e positiva mais de uma em cada 5 mulheres, manifestaram desejo em utilizá-los.

No Brasil, o enfermeiro é o principal profissional a atuar junto a esta clientela da ESF durante a consulta em Planejamento Familiar (PF). Estudo realizado em 2007, com 71 enfermeiros atuantes na ESF no município de Fortaleza-CE, cujo objetivo foi verificar o conhecimento de enfermeiros acerca de métodos contraceptivos no contexto da Estratégia Saúde da Família, revelou que estes demonstraram maior conhecimento acerca dos MBPF, porém 37(52,1%) enfermeiros não sabiam identificar os sinais indicativos do período fértil usando o método do muco cervical, e 25 (35,2%) desconheciam a eficácia do método da temperatura corporal basal (LOPES et al., 2010).

Dentre os métodos com melhor prevalência de acerto no item 1 temos a vasectomia (190 – 95%) e a laqueadura (177 – 88,5%). Este achado relaciona-se com o conhecimento coletivo de perceber estes métodos como definitivos e irreversíveis, porém sabe-se que existem técnicas cirúrgicas para o restabelecimento da fecundidade, como é o caso da reconstrução cirúrgica tubária.

Em pesquisa documental retrospectiva realizada no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN) em Fortaleza-CE, com 277 prontuários de mulheres laqueadas, revelou que dentre os motivos para a eleição da laqueadura como método de planejamento familiar estavam: o desconhecimento, a insegurança, a existência de mitos em relação aos demais métodos, a falta ou dificuldade de acesso a esses métodos, além da escassez de esclarecimento, por parte dos profissionais de saúde, de que a laqueadura é um método anticoncepcional cirúrgico de difícil reversão (NICOLAU et al., 2011).

Os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, ao acompanhar mulheres em idade reprodutiva precisam incentivar o uso dos demais MAC a fim de diminuir futuros arrependimentos. Estudo realizado com 13 mulheres que buscaram a reconstrução cirúrgica tubária em maternidade pública de referência terciária de Fortaleza – CE, identificou como principal motivo para procura do procedimento, a mudança de parceiro (11) (MOURA; VIEIRA, 2010).

No item 3, que aborda os MAC que não devem ser utilizados, por constituir risco a saúde, tivemos um baixo índice de acerto, somente 12 (6%) mulheres. Este é um dado preocupante visto o risco de acontecer uma gravidez não-planejada e que pode trazer risco para o bebê e para a gestante com hanseníase, ao associarmos anticoncepcionais orais hormonais e a rifampicina, e também pelo risco potencial, descrito na literatura, atribuído aos anticoncepcionais compostos por estrógeno em causar eritema nodoso (BRASIL, 2010a; OLMO et al., 2010). Acredita-se que o resultado acima esteja relacionado com a grande demanda de uso e de oferta dos MAC contidos nesta categoria (AOC, AIC, PP), que são os mais disponíveis nos serviços de planejamento familiar, o que mais uma vez indica que estas mulheres não estão recebendo orientação em anticoncepção condizentes com sua condição clínica.

Como resultado final da avaliação de conhecimento deste tópico, encontramos que 107 (53,5%) mulheres apresentaram conhecimento limitado fator relacionado principalmente ao maior percentual de acerto do item 2.

5.3 Características de mulheres com hanseníase cuja ocorrência da gravidez e da lactação correspondeu ao início da patologia, das reações hansênicas e/ou de recidivas.

A influência da gravidez ou lactação como evento relacionado ao surgimento da hanseníase, e até mesmo de reações hansênicas e recidivas, vem sendo descrita na literatura desde os anos 50 até os dias atuais, visto a relevância do tema na proteção da saúde de

mulheres com hanseníase e seus conceitos (GARZON, 1951; DUNCAN et al., 1981; OLIVEIRA et al., 1996; DUNCAN et al., 2007).

No presente estudo 50 (25%) mulheres afirmaram ter percebido o surgimento ou agravamento dos sinais e sintomas da hanseníase, ou terem recebido o diagnóstico durante a gravidez ou a lactação. Se analisarmos as 77 (38,5%) mulheres que estavam em período de alta fertilidade, isto é, entre 18 e 35 anos de idade, a prevalência do fenômeno sobe para 40,2% (n=31), revelando a gravidez ou lactação como um importante fator etiológico para o surgimento da hanseníase em populações de áreas hiperendêmicas, como é o caso do Estado do Ceará.

Quanto ao período da gravidez e/ou lactação que foram percebidos os sinais da hanseníase, 3 (6%) mulheres não recordavam do momento exato, porém dentre as 47 (94%) que lembravam os mais citados foram: último trimestre da gravidez, correspondendo a 17 (36,3%) mulheres; primeiro trimestre de lactação, 15 (31,9%) mulheres; primeiro trimestre de gravidez, 12 (25,5%) mulheres; e segundo trimestre de lactação, 3 (6,3%) mulheres. Ressalta-se, que a representatividade dos dados supracitados pode sofrer viés de memória por parte das entrevistadas.

Os dados apresentados acima corroboram o descrito na literatura, em que o período prevalente para o surgimento da hanseníase concomitante à gravidez e/ou lactação é do último trimestre de gravidez ao primeiro trimestre de lactação, momento relacionado à alterações hormonais e, conseqüentemente, imunológicas, que favorecem o avanço da doença (CESTARI; MAROJA, 2006; DUNCAN et al., 2007).

Tabela 8. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo surgimento da doença por trimestre da gravidez ou da lactação e pós-parto imediato. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Variáveis (n=50)	Nº	%
1 – 1º Trimestre de gravidez	10	24,4
2 – 2º Trimestre de gravidez	5	12,2
3 – 3º Trimestre de gravidez	9	22,0
4 – Pós- parto imediato	1	2,4
5 – 1º Trimestre de lactação	8	19,5
6 – 2º Trimestre de lactação	6	14,6
7 – 3º Trimestre de lactação	2	4,9

Quanto ao período crítico da gravidez/ lactação para surgimento de sinais e sintomas da hanseníase as proporções dentro de cada período foram consideradas estatisticamente

iguais ($p=0,335$), apesar de no período 4 e 7 ser muito baixo o percentual de mulheres (apenas 2,4% e 4,9%, respectivamente).

Tabela 9. Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase em idade fértil segundo o diagnóstico da patologia e o período gestacional ou lactação. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Período da gravidez/lactação durante o diagnóstico da hanseníase (n=50)	Nº	%
1 – 1º Trimestre de gravidez	5	20,8
2 – 2º Trimestre de gravidez	3	12,5
3 – 3º Trimestre de gravidez	1	4,2
4 – Imediatamente após o parto	1	4,2
5 – 1º Trimestre de lactação	5	20,8
6 – 2º Trimestre de lactação	5	20,8
7 – 3º Trimestre de lactação	4	16,7

$p=0,871$

Quanto ao período crítico da gravidez/ lactação para o diagnóstico da hanseníase as proporções dentro de cada período foram consideradas estatisticamente iguais ($p=0,871$), apesar de no período 3 e 4 ser muito baixo o percentual de mulheres (apenas 4,2% em ambos os períodos).

Para uma melhor visualização deste panorama, foi solicitada a entrevistada a data de nascimento do último filho e relacionada com a data de abertura do prontuário no Centro de Dermatologia. O tempo médio entre o nascimento do último filho e a percepção dos sinais e sintomas foi de 2,3 meses, e entre o nascimento do último filho e o diagnóstico da hanseníase foi de 29,5 meses, destacando o longo período de espera para receber o diagnóstico.

A gravidez na hanseníase pode levar a complicações para a mãe e para o bebê. As principais implicações para a mulher seriam: detecção dos primeiros sinais de hanseníase, surgimento ou agravamento de reações hansênicas, evolução para a forma clínica virchowiana, e recidiva (DUNCAN et al., 1981; CESTARI; MAROJA, 2006). Já para os bebês as principais alterações discutidas na literatura são: baixo peso ao nascer ($< 2.000g$), dermatite esfoliativa nas primeiras horas de vida, maior incidência de infecções e de mortalidade durante a infância (DUNCAN, 2007; DUNCAN et al., 2007).

Para avaliação das complicações resultantes da interação hanseníase e gravidez, excluiu-se o evento “detecção dos primeiros sinais e sintomas”, por ter sido avaliado separadamente, e já apresentado neste estudo.

Tabela 10. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo complicações percebidas relacionadas ao evento hanseníase e gravidez. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Variáveis (n=50)*	Nº	%
Mãe e bebê sem complicações	24	48
Recém-nascido de baixo peso (< 2.000g)	12	24
Surgimento de Reação Hansênica	11	22
Agravamento da hanseníase em direção à forma clínica Virchowiana	5	10
Recidiva	4	8
Criança apresenta mais infecções na infância	2	4
Dermatite esfoliativa	1	2
Recém-nascido prematuro	1	2

*Destaca-se que 8 mulheres apresentaram 2 eventos, e uma mulher 3, gerando um total maior que n.

Das 50 (25%) mulheres que afirmaram ter percebido relação entre a última gravidez e a hanseníase, 8 (16%) citaram duas complicações, e 1 (2%) entrevistada citou 3 complicações.

A ausência de complicações foi afirmada por 24 (48%) mulheres. A possível justificativa para este achado ser prevalente, pode ser o delineamento transversal do estudo, que permitiu apenas um encontro com as pacientes, ressaltando a existência de 5 (10%) gestantes e de 5 (10%) mulheres em amamentação neste grupo. Já as implicações mais relatadas foram: recém-nascido de baixo peso, citado por 12 (24%) mulheres; surgimento de reação hansênica, citado por 11 (22%) mulheres; agravamento da hanseníase em direção à forma clínica virchowiana, citado por 5 (10%) mulheres; e recidiva, citada por 4 (8%) mulheres.

Durante as entrevistas e a análise dos dados clínicos dos prontuários pode-se perceber que o surgimento da reação hansênica associado à gravidez ou lactação, foi fator decisivo para o diagnóstico clínico das 11 (22%) mulheres que apresentaram tal condição, pois as manifestações clínicas das reações hansênicas as fizeram procurar o Centro de referência. Esta observação sugere uma melhor diferenciação diagnóstica entre as dermatoses típicas do período gestacional e a hanseníase, por ocasião das consultas de pré-natal.

Uma característica que não foi investigada neste estudo com as 4 (8%) mulheres que apresentaram recidiva, mas que representaria uma melhor visão da relação da gestação com este evento, foi o período entre a alta por cura da hanseníase anterior e o nascimento do último filho, pois recomenda-se para a mulher com hanseníase adiar a gravidez para 2 anos após a alta por cura, visto que este período é crítico para o surgimento de recidivas e de reações hansênicas (DUNCAN et al., 2007).

5.3.1 Conhecimento de mulheres com hanseníase sobre riscos maternos e fetais associados à patologia durante a gestação em mulheres com hanseníase.

Foi investigado junto às participantes se estas já haviam recebido alguma orientação quanto as conseqüências que uma gravidez durante a hanseníase, ou até dois anos após a alta por cura, poderia trazer para ela e para o bebê, e o resultado foi que 198 (99%) mulheres não receberam nenhum tipo de orientação, e as 2 (1%) mulheres que receberam, as informações apreendidas estavam incorretas, pois foi citado sobre a criança nascer cega ou com hanseníase. Essa situação merece reflexão quanto a competência técnica de provedores de serviços em hanseníase, pois as duas afirmaram ter recebido a informação de profissionais do Centro de referência.

Tabela 11. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo nível de conhecimento sobre os riscos da interação hanseníase e gravidez para o bebê. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Itens de conhecimento (n= 200)	Nº	%	IC95%
(1) Baixo peso ao nascer	90	45	38,2 – 51,9
(2) Dermatite esfoliativa nas primeiras horas de vida.	104	52	45,1 – 58,8
(3) Maior incidência de infecções e de mortalidade durante a infância.	66	33	26,8 – 39,7
Nível de conhecimento das participantes			
Nenhum*	14	7	4,2 – 11,4
Limitado**	114	57	50,0 – 63,6
Moderado***	20	10	6,0 – 14,9
Substancial****	48	24	18,6 – 30,3
Extenso*****	4	2	0,07 – 5,2

*Nenhum acerto. ** Acerto de 1 item. *** Acerto de 2 itens. **** Acerto de 2 itens, sendo um destes “nascer com baixo peso”. ***** Acerto dos 3 itens.

A média de acertos por participantes foi de 1,2, com desvio padrão de 0,6, achado que reflete no maior número de mulheres com nível de conhecimento limitado, correspondendo a 114 (57%) mulheres.

Conhecer esses itens significa uma tomada de consciência por parte das mulheres sobre as condições as quais seus bebês poderão ficar expostos se a gravidez não for postergada para além do tratamento da hanseníase.

Destaca-se que durante a entrevista muitas mulheres relacionaram as conseqüências para o bebê com as que a hanseníase havia trazido para estas como as alterações dermatológicas e a perda de peso devido a PQT, principalmente, quando ocorre a anemia hemolítica, por isso encontrou-se maior percentual de acerto no item 2 – dermatite esfoliativa nas primeiras horas de vida (104 – 52%), e 3 – baixo peso ao nascer (90 - 45%).

Tabela 12. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo nível de conhecimento sobre os riscos da interação hanseníase e gravidez para a mãe. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Itens de conhecimento (n= 200)	Nº	%	IC95%
(1) Detecção dos primeiros sinais de hanseníase.	113	56,5	49,5 – 63,1
(2) Recidiva.	104	52,0	45,1 – 58,8
(3) Surgimento ou agravamento de reações hansênicas.	103	51,5	44,6 – 58,3
(4) Evolução para a forma clínica virchowiana.	49	24,5	19,0 – 30,9
Nível de conhecimento das participantes			
Nenhum*	1	0,5	0,09 – 2,8
Limitado**	68	34,0	27,7 – 40,8
Moderado***	95	47,5	40,6 – 54,4
Substancial****	34	17	12,4 – 22,8
Extenso*****	2	1,0	0,02 – 3,5

*Nenhum acerto. ** Um acerto. *** Dois acertos. **** Três acertos. ***** Todos os quatro.

Neste tópico, a média de acertos foi de 1,84 com desvio padrão de 0,73. O item 1 – detecção dos primeiros sinais e sintomas foi o mais acertado, sendo citado por 113 (56,5%), destas 32 (28,3%) mulheres faziam parte do grupo que apresentou este evento, fator que pode ter influenciado no acerto.

Quanto ao nível de conhecimento das participantes, encontrou-se uma prevalência do nível moderado (95 - 47,5%), dentre as mulheres deste grupo estavam 22 (32,3%), as quais já haviam passado pelo evento hanseníase e gravidez.

Ressalta-se que a tomada de decisão sobre quais pontos eram verdadeiros pelas entrevistadas parece ter sido baseada em experiências anteriores, ou até mesmo resultado de escolha aleatória, já que nenhuma das participantes recebeu informação profissional adequada sobre este assunto.

5.4 Conhecimento total de mulheres com hanseníase sobre riscos maternos e fetais associados à patologia durante a gestação em mulheres com hanseníase, e os MAC adequados à associação clínica.

Tabela 13. Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo nível de conhecimento total. Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza-CE, mar.-out., 2011.

Nível de conhecimento das participantes (n= 200)	Nº	%	IC95%
Nenhum*	---	---	---
Limitado**	153	76,5	70,1 – 81,8
Moderado***	35	17,5	12,8 – 23,3
Substancial****	12	6,0	3,4 – 10,1
Extenso*****	---	---	---

* Nenhum acerto. ** 1 a 4 acertos. *** 5 acertos. **** 6 a 7 acertos. ***** 8 a 10 acertos.

A média de acertos foi de 3,72 com desvio padrão de 1,15. O nível de conhecimento predominante foi o limitado presente em 153 (76,5%) mulheres.

A falta de informação apresentada pelas participantes é um reflexo, inclusive, da escassez de publicações nesta temática. Em busca realizada no mês de novembro de 2011, utilizando os termos hanseníase (*leprosy*) e conhecimento (*knowledge*) de forma integrada nas bases de dados LILACS, IBECs e MEDLINE, foram encontrados 332 trabalhos, porém nenhum abordava as consequências da interação entre hanseníase e gravidez, ou até mesmo os MAC indicados para adiá-la. Dentre os temas mais abordados estava o conhecimento sobre características da doença entre os portadores, os contatos intradomiciliares e estudantes da área da saúde.

6 CONCLUSÕES

O perfil demográfico, socioeconômico, e clínico do grupo investigado (idade média de 39 anos, renda *per capita* R\$ 170,74, tempo médio de estudo de 6,5 anos, e forma clínica dimorfa (86 – 43%)), mostrou-se similar ao de outros grupos pesquisados, do que se conclui existir uma forte relação destas características epidemiológicas com o evento hanseníase. Quanto ao perfil reprodutivo, a análise comparativa com estudos envolvendo mulheres em idade fértil da população em geral permitiu concluir características semelhantes do grupo pesquisado, aspecto que demonstra ser um grupo com potencial sexual e reprodutivo preservado e que, portanto, reforça a necessidade da atenção em anticoncepção pela indicação do adiamento da gestação.

O conhecimento de mulheres com hanseníase, em idade fértil, sobre as implicações para si e para os bebês decorrentes da interação entre hanseníase e gravidez/lactação ao mostrar-se predominantemente limitado em escala tipo *Likert* que variou entre nenhum conhecimento, conhecimento limitado, moderado, substancial e extenso permite concluir que há necessidade em bem informar esse público-alvo sobre a respectiva temática, pois só assim, estas mulheres formarão atitudes positivas para o adiamento de gestações em face da hanseníase.

Sobre o conhecimento a respeito dos Métodos Anticoncepcionais (MAC) adequados para sua condição clínica (hanseníase), o resultado também se mostrou predominantemente limitado, em escala tipo *Likert* de iguais níveis de conhecimento, do que se conclui que atividades de educação em saúde voltadas para este conteúdo parecem escassas ou ausentes nas práticas da atenção básica, particularmente de enfermeiros, quando 198 (99%) mulheres referiram nunca ter recebido estas informações específicas. Esta constitui uma importante área a ser trabalhada junto às mulheres com hanseníase, pois estas precisam conhecer os MAC com indicação segura para a condição clínica instalada, o que não foi observado neste estudo.

Outro reflexo deste conhecimento limitado sobre os MAC indicados para uso durante a hanseníase foi revelado na avaliação da adequabilidade da prática anticoncepcional do grupo pesquisado, em que 37 (18,5%) mulheres não usavam nenhum MAC e, entre as que usavam, 58 (35,3%) faziam uso de métodos contra-indicados (categoria 4 – OMS). Esta talvez seja uma limitação do serviço de saúde (principalmente da atenção básica) que deve acolher esta paciente com suas demandas de anticoncepção, promovendo um planejamento familiar eficaz.

A prevalência de mulheres que afirmou o surgimento dos sinais e sintomas e/ou diagnóstico de hanseníase durante a gravidez/lactação correspondente a 50 (25%). Aspecto já detectado por outros autores. Essa mesma prevalência vista entre as mulheres com idade de 16 a 35 anos (período de fertilidade ótima) foi de 31 (40,2%). Contudo, não foi encontrada associação estatística significativa entre o surgimento dos sinais e sintomas da hanseníase ou diagnóstico com gestação e lactação, sendo os valores de $p=0,335$ e $0,871$, respectivamente.

Também não foi encontrada associação estatística significativa entre o tempo até o diagnóstico e GIF ($p=0,0461$), e entre o uso de MAC hormonal combinado e o surgimento ou diagnóstico de reação hansênica ($p=0,156$).

Destacamos como limitações do estudo o delineamento transversal, que não permitiu o acompanhamento de casos novos de gestação em mulheres com hanseníase ou de pacientes que já estavam grávidas ou amamentando (10 – 5,0%) no período da pesquisa. O estudo longitudinal permitiria uma melhor percepção das manifestações do evento hanseníase e gravidez, até mesmo no âmbito social e pessoal.

7 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Quadro 11. Destaques do estudo e respectivas recomendações para o SUS.

Destaques	Recomendações para o SUS (gestores, profissionais de saúde e população em geral).
<p>Perfil socioeconômico das mulheres com hanseníase em idade fértil marcado por predomínio de baixa renda e baixa escolaridade.</p>	<p>Considerando que compete a ESF a atenção da maioria das mulheres com hanseníase e que apresentam demandas no campo da anticoncepção, recomenda-se um olhar diferenciado para as variáveis renda e escolaridade, uma vez que estão associadas a maior número de gestações, evento a ser evitado neste grupo. Cabe nesta instância a implementação de ações intersetoriais com educação e ação social.</p>
<p>Conhecimento limitado para os riscos maternos e fetais decorrentes da gravidez na presença de hanseníase e para os MAC indicados durante a patologia.</p>	<p>A ESF tem o compromisso com a educação em saúde das populações adstritas. Nesse contexto, orientações individuais e/ou coletivas devem ser desenvolvidas com o objetivo de informar sobre as particularidades que envolvem a anticoncepção e hanseníase, bem como os riscos maternos e fetais que as envolvem. A consulta de enfermagem deve ser com cada mulher, a tratar especificamente dessas demandas. Para tanto, é indispensável o compromisso dos gestores municipais na garantia de infra-estrutura, insumos, reorganização de demandas e capacitação profissional continuada.</p>
<p>Prática anticoncepcional ausente e/ou insegura.</p>	<p>Sendo o PF uma ação prioritária na ESF, compete a equipe preparar-se para assistir adequadamente populações específicas, como é o caso de mulheres com hanseníase, de modo a reduzir ou eliminar o número de mulheres sem prática anticoncepcional, bem como promover uma prática eficaz e segura. Uma mudança que ocorreu no local da pesquisa foi a introdução de perguntas no formulário de consulta de</p>

	<p>enfermagem para abordar a prática anticoncepcional das pacientes. Para tanto recomendamos o uso dos critérios médicos de elegibilidade para uso de MAC da OMS, 2009. Para tanto, é indispensável o compromisso dos gestores municipais na garantia de MAC e capacitação profissional continuada.</p>
<p>Interação entre hanseníase e gravidez/lactação.</p>	<p>A associação entre gravidez e/ou lactação com o surgimento/diagnóstico da hanseníase sugere que a busca de casos suspeitos em consultas de pré-natal, especialmente em áreas hiperendêmicas, seja uma rotina, devendo ser incluído este tema nas sessões educativas de sala de espera.</p>

REFERÊNCIAS

ALIKHAN, A.; FELSTEN, L.M.; MEAGHAN, D.; PETRONIC-ROSIC, V. Vitiligo: A comprehensive overview: Part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v.65, n.3, p. 473-91, sep, 2011.

BENARD, G.; SAKAI-VALENTE, N.; TRINDADE, M.A.B. Concomitant Lucio Phenomenon and Erythema Nodosum in a Leprosy Patient: Clues for Their Distinct Pathogeneses. **Am J Dermatopathol**. v. 31, n.3, mai, 2009.

BÖDDINGHAUS, B. K.; LUDWIG, R.J.; KAUFMANN, R.; ENZENSBERGER, R.; GIES, V.; KRAMME, S.; BRADE, V.; BRANDT, C.M. Leprosy in a pregnant woman. **Infection**. v. 35, n. 1, p. 37-9, 2007.

BOMBARDIERI, S.; MUNNO, O.; PUNZIO, C.; PASERO, G. Erythema nodosum associated with pregnancy and oral contraceptives. **British Medical Journal**, v. 1, p. 1509-10, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Piloto para Utilização do Esquema ROM (Rifampicina, Ofloxacina, Minociclina) para casos Paucibacilares com lesão única no Brasil**. Documento. 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança. **Amamentação e uso de drogas**. Brasília, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica n. 3**. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS nº196/96 e outras**. 2. ed. Brasília, 2003.

_____ Ministério da Saúde. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília, 2005.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília, 2006.

_____ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica. n. 42, vol. VIII.** Brasília, 2007.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 21. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 1ª ed. Brasília, 2008a.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1. **Manual de prevenção de incapacidades.** 3ª Ed. Brasília, 2008b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.** 1ª Ed. Brasília, 2008c.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.** Brasília, 2008d.

_____ Ministério da saúde. Centro brasileiro de análise e planejamento **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – pnbs 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília, 2009.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 7 de outubro de 2010a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hansenise_2010.pdf>

Acesso em: 03 de Fevereiro de 2011.

_____ Ministério da Saúde. **Política Nacional de Controle da Hanseníase**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466> Acesso em: 15 de Novembro de 2010b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010.

_____ Ministério da Saúde. **Situação Epidemiológica Hanseníase Brasil – 2011**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseniaze_2011_final.pdf> Acesso em: 20 de Novembro de 2011.

BUFFON, L.P.; VIDIGAL, M.R.; PIRES, M.C.; LEAL, R.; GATTI, T.S.R.; REIS, V.M.S. Fenômeno de Lúcio (eritema necrosante) na gestação: relato de caso e revisão da literature. **An bras Dermatol**. v. 76, n. 4, p. 441-8, jul-ago, 2001.

CESTARI, T.F.; MAROJA, M.F. Hanseníase e Gestação. *In*: TALHARI, S.; NEVES, R.G.; PENNA, G.O.; OLIVEIRA, M.L.V. (ORG) **Hanseníase**. 4ª Ed. Manaus, 2006.

CUNHA, V.S. **O Isolamento Compulsório em Questão. Políticas de Combate à Lepra no Brasil (1920-1941)**. 2005. 142f. Dissertação – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

DESSUNTI, E.M.; SOUBHIA, Z.; ALVES, E.; ARANDA, C.M.; BARROS, M.P.A.A.A. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. spe, nov. 2008 .

DINIZ, L.M.; CATABRIGA, M.D.S.; SOUZA FILHO, J.B. Avaliação de hansenianos tratados com esquema alternativo dose única ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina), após sete a nove anos. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.43, n.6, p.695-9, nov-dez, 2010.

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, número especial, set-out, 2007.

DUNCAN, M.E. The A9 study: the longest cohort study in the history of leprosy--an overview. **Ethiop Med J.** v. 45, suppl. 1, p. 1-7, out, 2007.

DUNCAN, M.E.; MELSON, R.; PEARSON, J.M.R.; RIDLEY, D.S. The association of pregnancy and leprosy I. **Lepr. Rev.** v. 52, p. 245-262, 1981.

DUNCAN, M.E.; MIKO, T.; HOWE, R.; HANSEN, S.; MENZEL, S.; MELSOM, R.; FROMMEL, D.; BEZUNEH, E.; HUNEGNAW, M.; AMARE, G.; WAGAYE W, A.; CHALLIS, A.; ASEFFA, A. Growth and development of children of mothers with leprosy and healthy controls. **Ethiop Med J.**; v. 45, n.1, p. 9-23, out. 2007.

DUNCAN, M.E.; PEARSON, J.M.H.; REES, R.J.W. The association of pregnancy and leprosy II. **Lepr. Rev.** v. 52, p. 263-270, 1981.

EICKELMANN, M.; STEINHOFF, M.; METZE, D.; TOMIMORI-YAMASHITA, J.; SUNDERKÖTTER, C. Erythema leprosum – after treatment of Lepromatous Leprosy. **JDDG.** v. 8, p. 450-3, 2010.

EVANGELISTA, D.R. **Pré-concepção e prática anticoncepcional de mulheres portadoras de Diabetes Mellitus: avaliação de impacto.** 2009. 96f. Dissertação – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

FAÉ, A.S.; SOMMACAL, L.F.; HEINZEN, R.B.; PINHEIRO, F.K.B.; TREVISOL, F.S. Planejamento familiar: escolhas contraceptivas e comportamento sexual entre alunas de uma universidade no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS.** v.55, n.2, p.147-154, 2011.

FERREIRA, J. Validade do grau de incapacidades como indicador de diagnóstico tardio da hanseníase. **Hansen. Int.** Special, 1998.

FERREIRA, S.M.B.; IGNOTTI, E.; SENIGALIA, L.M.; SILVA, D.R.X.; GAMBA, M.A. Recidivas de casos de hanseníase no estado de Mato Grosso. **Rev Saúde Pública,** v.44, n.4, p. 650-7, 2010.

FERREIRA, S.M.B.; IGNOTTI, E.; GAMBA, MA. Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública,** v. 45, n. 4, Ago. 2011.

FERNANDES, N.C.; MACEIRA, J.; MUNIZ, M.M. Erythema Nodosum: prospective study of 32 cases. **Rev. Inst. Med. Trop.**, v. 36, n. 6, p. 507-13, Nov/dez., 1994.

FIGUEIRA, T.R.; FERREIRA, E.F.; SCHALL, V.T.; MODENA, C.M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 6, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase**. Bol. Saúde Fortaleza, v.15, n.1, jan-jun, 2011.

GARZON, R. Leprosy and pregnancy. **Rev Fac Cienc Med Cordoba.**, v.9, n.1, p. 17-32, Jan-Feb., 1951.

GOMES, C.C.D.; PONTES, M.A.A.; GONÇALVES, H.S.; PENNA, G.O. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bras Dermatol**. v. 80, n. 3, p. 283-288, 2005.

GONCALVES, S.D.; SAMPAIO, R.F.; ANTUNES, C.M.F. Ocorrência de neurite em pacientes com hanseníase: análise de sobrevida e fatores preditivos. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.41, n.5, out., 2008 .

GOULART, I.M.B.; ARBEX, G.L.; CARNEIRO, M.H.; RODRIGUES, M.S.; GADIA, R. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Rev Soc Bras Med Trop**. v. 35, n. 5, p. 453-60, 2002.

GOULART, I.M.B.; PENNA, G.O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. **Rev Soc Bras Med Trop**. v. 35, p 365-75, jul-ago, 2002.

GUERRA, J.G.; PENNA, G.O.; CASTRO, L.C.M.; MARTELLI, C.M.T.; STEFANI, M.M.A. Eritema Nodoso Hansênico: atualização clínica e terapêutica. **An Bras Dermatol**. v.77, n. 4, p. 389-410, 2002.

HELENE, L.M.F.; SALUM, M.J.L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. v. 18, n.1, p. 101-13, jan-fev, 2002.

HELMER, K.A.; FLEISCHFRESSER, I.; KUCHARSKI-ESMANHOTO, L.D.;
FILLUS NETO, J.; SANTAMARIA, J.R. Fenômeno de Lúcio (eritema necrosante) na
gestação. **An bras Dermatol**, v. 79, n. 2, p. 205-10, mar.-abr., 2004.

JUNQUEIRA, A.V.; CAIXETA, L.F. Hanseníase: Revisão Para o Neurologista. **Rev Bras Neurol**, v.44, n.3, p.27-30, 2008.

LANA, F.C.F.; AMARAL, E.P.; LANZA, F.M.L; LIMA, P.L.; CARVALHO, A.C.N.;
DINIZ, L.G.. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais,
Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** v.60, n.6, p.696-700, 2007.

LANA, F.C.F.; DAVI, R.F.L.; LANZA, F.M.; AMARAL, E.P. Detecção da hanseníase e
Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Eletr.
Enf.** v. 11, n. 3, p. 539-44, 2009.

LANA, F.C.F.; CARVALHO, A.P.M.; DAVI, R.F.L. Perfil epidemiológico da hanseníase na
microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc Anna Nery.** v.15, n.1, p.
62-7, jan-mar, 2011.

LIMA, H.M.N.; SAUAIA, N.; COSTA, V.R.L.; COELHO NETO, G.T.; FIGUEIREDO,
P.M.S. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em
São Luís, MA. **Rev Bras Clin Med.** v.8, n. 4, p. 323-7, 2010.

LIMA, M.A.R.; PRATA, M.O.; MOREIRA, D. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no
período de 2000 a 2005. **Com. Ciências Saúde.** v. 19, n. 2, p. 163-170, 2008.

LOPES, E.M.; SILVA, S.F.; MORAES, M.L.C.; AQUINO, P.S.; AMÉRICO, C.F.;
PINHEIRO, A.K.B. Conhecimento de enfermeiros sobre métodos contraceptivos no contexto
do programa saúde da família. **Enfermería Global.**, n.20, out. 2010.

LOUNIS, Y.; VALEYRIE-ALLANORE, L.; PICARD-DAHAN, C.; MARINHO, E.;
DESCAMPS, V.; CRICKX, B. Éruption de la face chez une femme enceinte. **Ann
Dermatol Venereol.** v. 133, p. 283 -5, 2006.

LYDE, C. B. Pregnancy in patients with Hansen disease. **Archives of dermatology.** v.133, n.
5, p. 623-627, 1997.

MACHADO, P.R.L. Imunologia. *In*: TALHARI, S.; NEVES, R.G.; PENNA, G.O.; OLIVEIRA, M.L.V. (ORG) **Hanseníase**. 4ª Ed. Manaus, 2006.

MAGALHÃES, M.C.C.; ROJAS, L.I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 16, n. 2, p. 75 – 84, 2007.

MARTELLI, C.M.T.; STEFANI, M.M.A.; PENNA, G.O.; ANDRADE, A.L.S.S. Endemias e Epidemias Brasileiras, Desafios e Perspectivas de Investigação Científica: Hanseníase. **Rev Bras Epidemiol**. V. 5, p. 273-85, 2002.

MARTINS, B.D.L.; TORRES, F.N.; OLIVEIRA, M.L.W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **An Bras Dermatol**. v. 83, n. 1, p. 39-43, 2008.

MEIMA, A.; SMITH, W.C.S.; OORTMARSSSEN, G.J.; RICHARDUS, J.H.; HABBEMA, J.D.F. The future incidence of leprosy: a scenario analysis. **Bull World Health Organ**. v. 82, n. 5, p. 373-80, 2004.

MENDONÇA, V.A.; COSTA, R.D.; BRITO-MELO, G.E.; ANTUNES, C.M.; TEIXEIRA, A.L. Imunologia da hanseníase. **An Bras Dermatol**. v.83, n.4, p.343-50, 2008.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 758 -64, out-dez, 2008.

MERT, A.; OZARAS, R.; TABAK, F.; PEKMEZCI, S.; DEMIRKESEN, C.; OZTURK, R. Erythema nodosum: an experience of 10 years. **Scand J Infect Dis**. v.36, p. 424-7, 2004.

MINUZZO, D.A. **O homem paciente da hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal**. 2008. 148f. Dissertação – Universidade de Évora, Évora, 2008.

MIRANZI, S.S.C.; PEREIRA, L.H.M.; NUNES, A.A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 01, n. 43, p.62-67, jan - fev. 2010.

MOURA, E.R.F.; VIEIRA, R.P.R. Reconstrução cirúrgica tubária e condições de realização das laqueaduras. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.3, p. 536- 43, set., 2010.

NAAFS, B. Leprosy Reactions. **Tropical and Geographical Medicine.** v. 46, p.80-4, 1994.

NEENA, K.; AMMINI, A.C.; SINGH, M.; PANDHI, R. K. Ovarian Function in Female Patients with Multibacillary Leprosy. **Int. Journal Lepr.** v. 71, n. 2, p. 101–105, 2003.

NICOLAU, A.I.O.; MORAES, M.L.C.; LIMA, D.J.M.; AQUINO, O.S.; PINHEIRO, A.K.B. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. **Rev Esc Enferm USP.**, v.45, n.1, p.55-61, 2011.

OLIVEIRA, V.L.; BITENCOURT, K.M.A.; LEITE, C.A.S.; SILVA, F.S.M.; MENDONÇA, F.; MENDONÇA, D. Lepra e gravidez . **J. bras. Ginecol.** v.106, n.5, p.171-5, mai, 1996.

OLIVEIRA, M.H.P.; GOMES, R.; OLIVEIRA, C.M. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, n. 1, jan. 1999 .

OLMO, I.V.; SANCHO, M.I.; ROSSELL, L.G.; CASAS, M.S.; BALBÁS, G. M.; MILLET, P.U. Eritema nodoso inducido por anillo vaginal. **Med Cutan Iber Lat Am.**, v. 38, n. 1, p. 52-4, 2010.

OPROMOLLA, P.A.; MARTELLI, A.C.C. A terminologia relativa à hanseníase. **An Bras Dermatol.** v. 80, n. 3, p. 293-4, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase** (Período do Plano: 2006-2010). 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf>> Acesso em: 30/07/2009.

_____ Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Escola de Bloomberg de Saúde Pública/ Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins. **Planejamento Familiar: Um Manual para Prestadores de Serviços de Saúde.** Baltimore e Genebra, 2007.

_____ **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015 : diretrizes operacionais (atualizadas)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Estratégia Global para a Redução de Morbidade por Hanseníase 2011- 2015**. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=886&Itemid=259> Acessado em: 20 de Novembro de 2010.

PEREIRA, A.C.; JÉBUS, N.R.; LAGE, L.V.; LEVY, R.A. Imunidade na Gestação Normal e na Paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 3, p. 134-40, mai./jun., 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell, 7. ed., Porto Alegre, editora: Artmed, 2011.

PRADO, D.S.; SANTOS, D.L. Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 33, n.7, p. 143-9, 2011.

RAMOS JUNIOR, A.N.; HEUKELBACH, J.; GOMIDE, M.; HINDERS, D.C.; SCHREUDER, P.A. M. Investigações em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos no Brasil. **Cad. Saúde Colet**. v. 16, n. 2, p. 147 -68, 2008.

REGO, V.P.A.; MACHADO, P.R.L.; MARTINS, I.; TRINDADE, R.; PARANÁ, R. Características da reação tipo 1 e associação com vírus B e C da hepatite na hanseníase. **Rev Soc Bras Med Trop**. v. 40, n. 5, p. 546-9, set-out, 2007.

RIBEIRO, S.L.E.; GUEDES, E.L.; PEREIRA, H.L.A.; SOUZA, L.S. Manifestações sistêmicas e ulcerações cutâneas da hanseníase: diagnóstico diferencial com outras doenças reumáticas. **Rev Bras Reumatol**. v.49, n.5, p.623-9, 2009.

RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, J. D. F. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae*: is elimination being attained?. **Lepr. Rev.** v.78, p. 330–337, 2007.

RIDLEY, D.S.; JOPLING, W.H. Classification of leprosy according to immunity. A five group system. **Int J Lepr Other Mycobact Dis.** v.34, p. 255-73, 1966.

RODRÍGUEZ-PAZOS, L.; GÓMEZ-BERNAL, S.; SÁNCHEZ-AGUILARY, D., TORIBIO J.. Leprorreacción tipo 1 y embarazo. **Actas Dermo-Sifiliográficas.** v.101, n. 2, p. 190-1, mar. 2010.

SANTOS, M.V.; LOYOLA, G.S.I.; MORAES, M.L.C.; LOPES, L.C. A eficácia dos contraceptivos orais associados ao uso de antibióticos. **Rev. Ciênc. Méd.,** v.15, n.2, p.143-9, mar./abr., 2006.

SOUSA, A.R.D.; COSTA, C.O.; QUEIROZ, H.M.C.; GONÇALVES, P.E.S.; GONÇALVES, H.S. Hanseníase simulando erupção liquenóide: relato de caso e revisão de literatura. **An Bras Dermatol.** v.85, n. 2, p. 224-6, 2010.

SOUSA, P.R.A.; SAMPAIO, R.C.; SOUSA, S.P.O.; NÉTTO, O.B.S. Estratégias e Tecnologias efetivas requalificam Programa de Controle da Hanseníase. *In: Publicação Científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CEUT.* 7ª Ed. 2009.

SOUZA, F.R.; MEIRA, A.L.T.; MENDES, L.M.; COSTA, A.L.C. Associação de antibióticos e contraceptivos orais. **R. Ci. méd. biol.,** Salvador, v. 4, n. 3, p. 221-225, set./dez. 2005
STEPHEN, R.P.; BERGUS, G.R. Fertility Awareness-Based Methods: Another Option for Family Planning. **J Am Board Fam Med.,** v.22, p.147-57, 2009.

TALHARI, S.; NEVES, R.G.; OLIVEIRA, M.L.W.; ANDRADE, A.R.C.; RAMOS, A.M.C.; PENNA, G.O.; TALHARI, A.C. Manifestações cutâneas e diagnóstico diferencial. *In: TALHARI, S.; NEVES, R.G.; PENNA, G.O.; OLIVEIRA, M.L.V., editores. Hanseníase.* 4 ed. Manaus: Editora Lorena; 2006. p. 21-58.

TEIXEIRA, A.C.; CRUVINEL, D.L.; ROMA, F.R.; LUPPINO, L.F.; RESENDE, L.H.P.; SOUSA, T.; BÜHRER- SÉKULA, S.; GOULART, I.M.B. Avaliação da concordância entre exames clínicos e laboratoriais no diagnóstico da hanseníase. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.41, supl.II, p.48-55, 2008.

TEIXEIRA, M.A.G.; SILVEIRA, V.M.; FRANÇA, E.R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.43, n. 3, p. 287-92, mai-jun, 2010.

TELES, L.M.R.; SILVA, S.S.; EDUARDO, K.G.T.; MOURA, E.R.F.; DAMASCENO, A.K.C. Atenção em anticoncepção oferecida por equipe de PSF em São Gonçalo do Amarante – CE **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.4, p. 711-8, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a17.htm>> . Acesso em: 30 nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 4^a ed. Genebra; 2009.

_____ Leprosy update - 2011. **Weekly epidemiological record**. v.86, n. 36, p.389-400, 2011.

APÊNDICE – A: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

No. prontuário: _____

Perfil demográfico e socioeconômico

1. Idade (anos): _____ 1_____
2. Município de residência: _____ 2_____
3. Renda Familiar mensal : _____ 3_____
4. Condição de união: 1() parceiro fixo 2() parceiro eventual 3() ambos 4_____
5. Escolaridade (anos de estudo): _____ 5_____
6. Número de pessoas residentes na mesma casa: _____ 6_____

Perfil da patologia de base (Dados contidos no prontuário)

7. Tempo de diagnóstico de Hanseníase (ano e mês): _____ 7_____
8. Tempo de surgimento das lesões (ano e mês): _____ 8_____
9. Nesse intervalo foi tratada para outra doença? 1() Sim 2() Não 9_____
10. Caso sim, qual(is)? _____ 10() NDN 10_____
11. Contato prévio portador de MH? 1() Sim 2() Não 11_____
12. Caso sim, parentesco? _____ 12_____
13. Classificação da Hanseníase: 1() Indeterminada 2() Tuberculóide 3() Dimorfa
4() Virchowiana 5() Sem Resposta (SR) 13_____
14. Índice baciloscópio no diagnóstico: _____ 2() SR 14_____
15. Esquema operacional de tratamento:
1() Paucibacilar 2() Multibacilar 3() ROM 4() MB-24 meses 5() SR 15_____
16. Grau de Incapacidade Funcional (GIF) no diagnóstico:
0() 0 1() 1 2() 2 3() SR 16_____
17. GIF Atual: 0() 0 1() 1 2() 2 3() SR 17_____

Dados relacionados à gestação, amamentação, surgimento da doença e reações hansênicas

18. Número de gestações: _____ 18_____
- Data da última gestação: _____ () Não lembra
19. Paridade: _____ 19_____
- Data de nascimento do último filho: _____ () Não lembra
20. Amamentação () 1 Sim () 2 Não 20_____

Por quanto tempo amamentou o ultimo filho: _____ () Não lembra

21. Aborto: _____ 21_____

Data do ultimo aborto: _____ () Não lembra

22. Quando os sinais/sintomas surgiram estava grávida ou amamentando? **(Caso Não passe para a questão 24)**

1() Sim 2 () Não 22_____

23. Caso sim, encontrava-se? 1() 1º. trim 2() 2º.trim 3 () 3º.trim 4() após o parto 5()

1º trimestre de lactação 5() outros: _____ 10() NSA 23_____

24. Quando foi diagnosticada com hanseníase estava grávida ou amamentando? **(Caso Não passe para a questão 26)**

1() Sim 2() Não 24_____

25. Caso sim, encontrava-se? 1() 1º. trim 2() 2º.trim 3 () 3º.trim 4() após o parto 5()

1º trimestre de lactação 5() outros: _____ 10() NSA 25_____

26. Se você esteve grávida enquanto portadora de hanseníase apresentou: 26_____

1() Surgimento de Reações Hansênicas 2() Agravamento de Reações Hansênicas

3() Recidiva 4() Agravamento da Doença (em direção ao pólo Virchowiano)

5() RN de baixo peso 6() Não lembra 7() Bebê apresentou dermatite esfoliativa

8() Outros: _____ 9() Bebê mais infecções na infância 10() NSA

27. Você apresentou Reação Hansênica? **(Caso Não passe para a questão 32)**

1() Sim 2() Não 27_____

28. Se sim, qual tipo? 1() Reação Reversa 2 () ENH 3() Fenômeno de Lúcio

10 () NSA 28_____

29. Caso tenha tido ou tenha reação hansênica esta surgiu: 29_____

1 () gestação 2() lactação 3() Infecções intercorrentes: _____

4 () Vacinações 5 () Cirurgias 6 () Outros: _____

7 () Não lembra 10 () NSA

30. Caso a reação hansênica tenha surgido na gestação em qual período se encontrava:

1() 1º trimestre 2() 2º trimestre 3() 3º trimestre 10 () NSA 30_____

31. Caso a reação hansênica tenha surgido durante a lactação em qual período se encontrava:

1 () 1º trimestre de lactação 2 () Outros: _____ 10 () NSA 31_____

32. Você recebeu alguma informação sobre os riscos que a gravidez pode trazer para uma

mulher com hanseníase? **(Caso Não passe para a questão 34)**

1() Sim 2() Não 32_____

33. Caso sim, quem prestou as informações? 33_____

1 () Serviço de PF 2() Serviço de Hanseníase 3() ambos 4() Outros _____
 10 ()NSA

Prática anticonceptiva

34. Atualmente utiliza algum método anticoncepcional? 1() Sim 2() Não 34_____

35. Caso sim, qual? _____ 10 ()NSA 35_____

36. Categoria de elegibilidade do MAC utilizado(ver quadro abaixo):

1() um 2()dois 3()três 4()quatro 10 ()NSA 36_____

Categoria	Métodos Anticoncepcionais
1	Laqueadura, Vasectomia, DIU-CU; DIU-LNG, AIP, MAL
2	Preservativo masculino e feminino, diafragma com espermicida, métodos baseados na percepção da fertilidade (menos método da ovulação, cuja eficácia em uso comumente não está citada na referida fonte).
3	Coito interrompido e Método do muco cervical.
4	AOC; AIC; PEP

37. Faz uso de MAC: 37_____

1() Por conta própria 2() Com orientação recebida no serviço de PF 10 ()NSA

3() Com orientação recebida no serviço de Hanseníase 4() Outros: _____

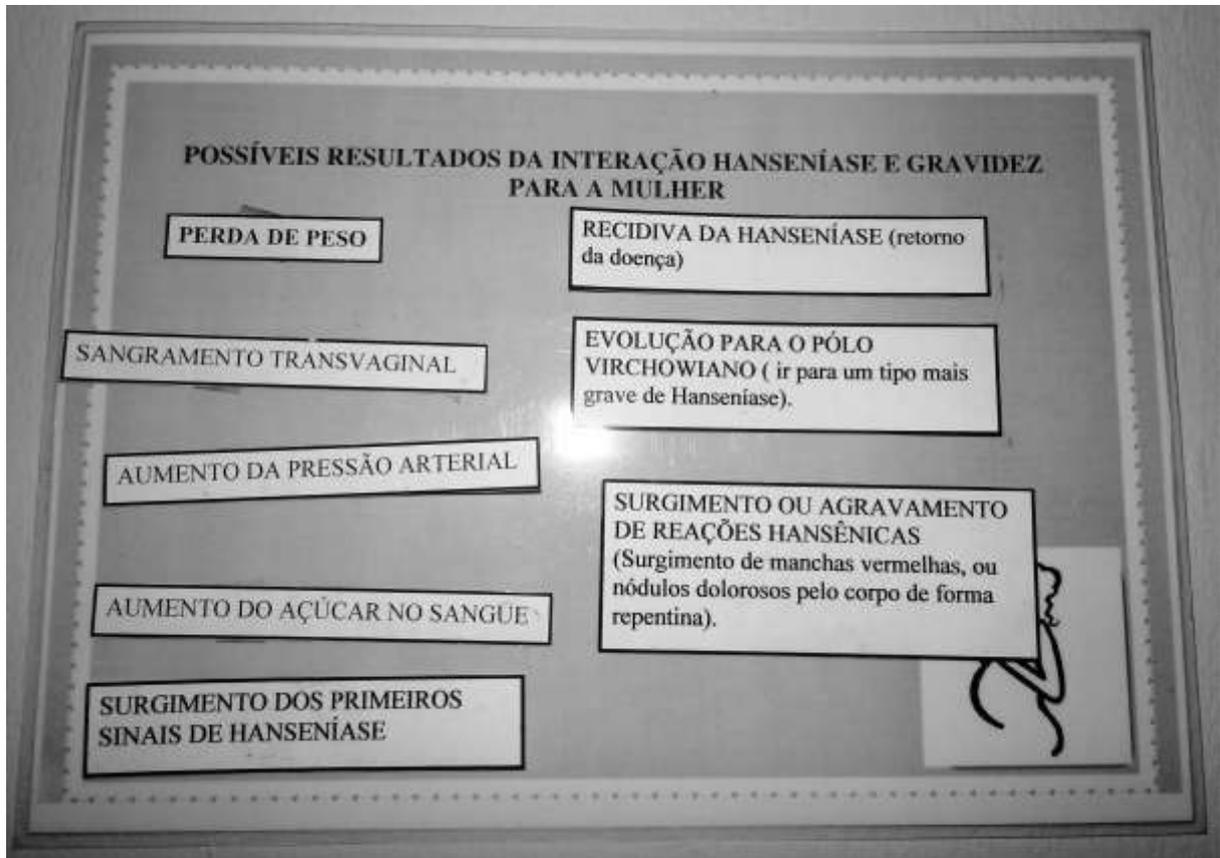
38. Se com orientação nos serviços de saúde, quem orientou? 38_____

1() Médico 2() Enfermeiro 3() Outros: _____

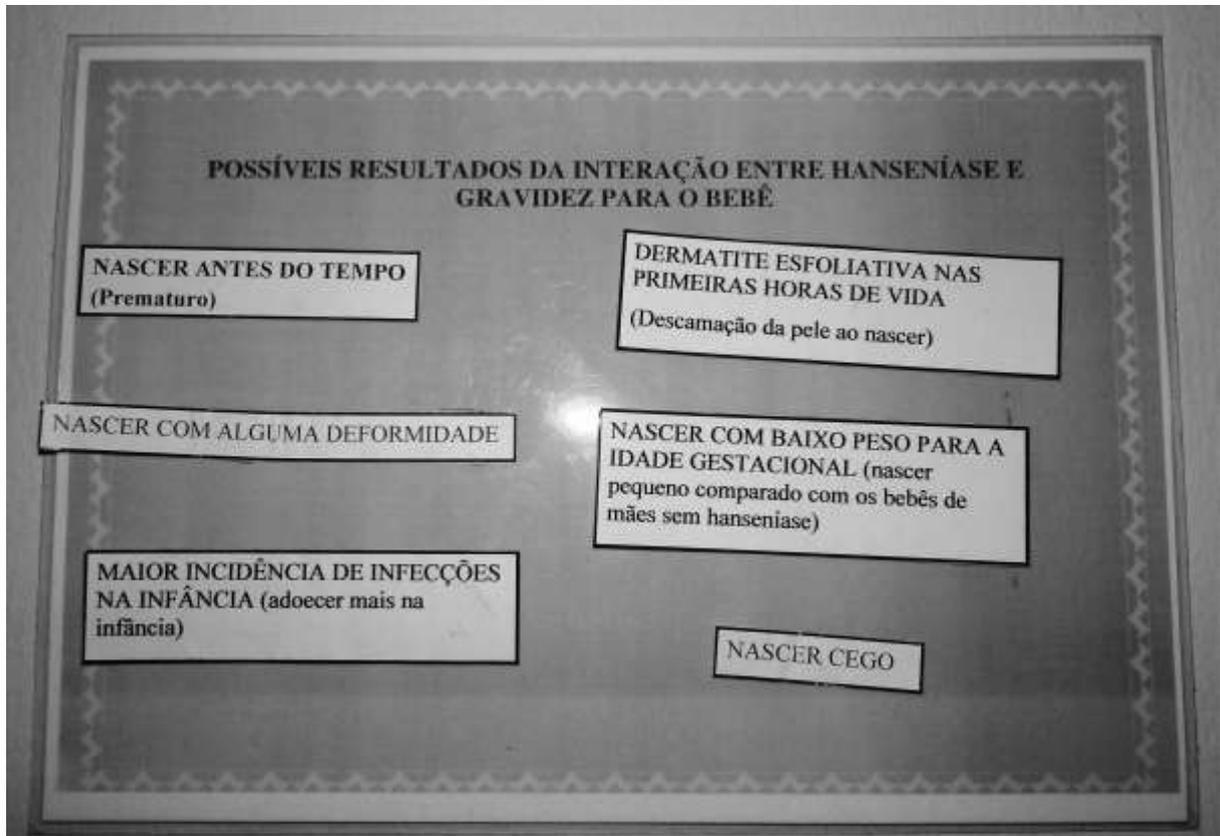
10 ()NSA

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE – B: RESULTADOS DA INTERAÇÃO ENTRE HANSENÍASE E GRAVIDEZ PARA A MÃE.



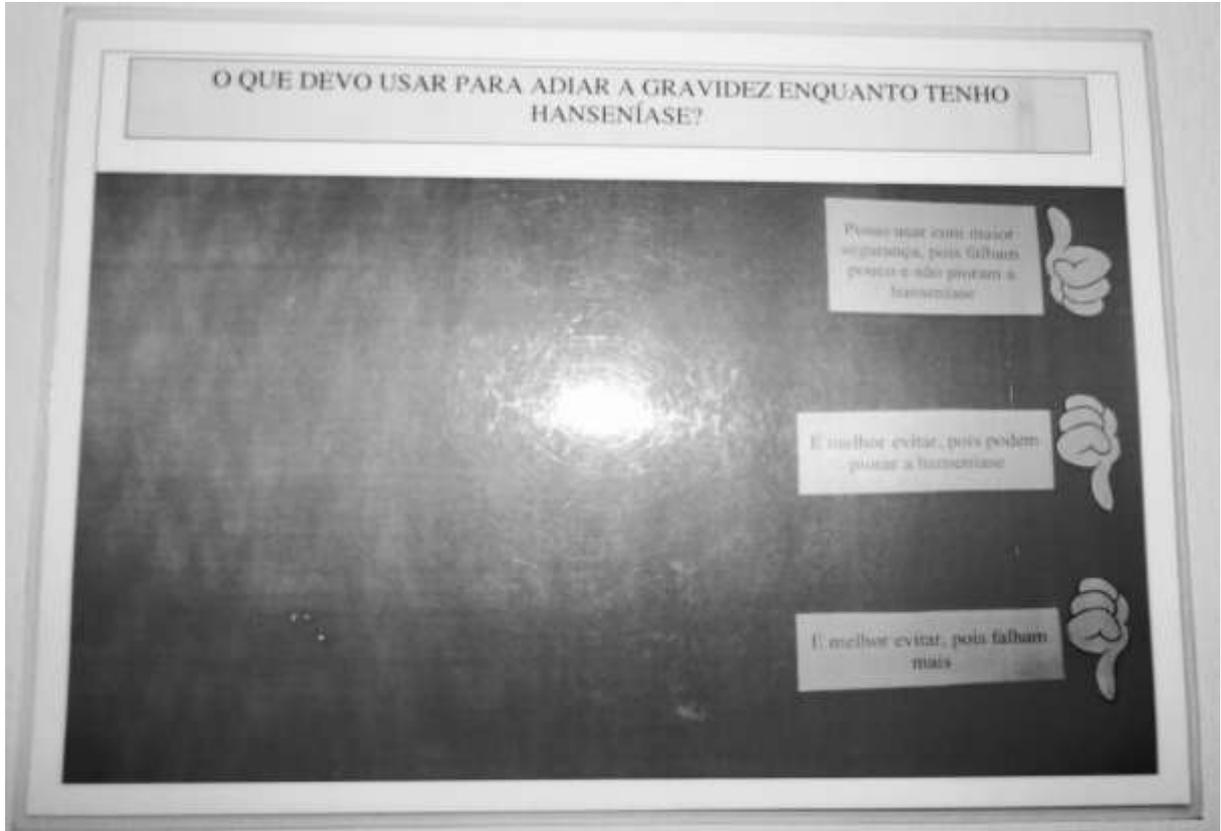
APÊNDICE – C: RESULTADOS DA INTERAÇÃO ENTRE HANSENÍASE E GRAVIDEZ PARA O BEBÊ.



APÊNDICE – D: PLACA SOBRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.



APÊNDICE – E: AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A ADEQUABILIDADE DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PARA MULHERES COM HANSENÍASE.



APÊNDICE – F: FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS DA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO.

No. prontuário: _____

Legenda: Marque com um X se a participante acertou ou não o tópico.

Avaliação do conhecimento sobre os riscos da interação hanseníase e gravidez para o bebê.	PRÉ-TESTE	
	SIM	NÃO
Nascer com baixo peso.		
Dermatite esfoliativa nas primeiras horas de vida.		
Maior incidência de infecções e de mortalidade durante a infância.		
Nº de acertos		

Nível de conhecimento sobre os riscos para a criança		PRÉ-TESTE
1 -NENHUM	Nenhum acerto	_____
2-LIMITADO	Um acerto	
3 -MODERADO	Dois acertos	
4-SUBSTANCIAL	Dois acertos, desde que inclua “ nascer com baixo peso. ”	
5-EXTENSO	Todos três.	

Avaliação do conhecimento sobre os riscos da interação hanseníase e gravidez para a mãe.	PRÉ-TESTE	
	SIM	NÃO
Detecção dos primeiros sinais de hanseníase.		
Recidiva.		
Surgimento ou agravamento de reações hanseníase.		
Evolução para a forma clínica virchowiana.		
Nº de acertos		

Nível de conhecimento sobre os riscos para a mãe		PRÉ-TESTE
1 -NENHUM	Nenhum acerto	_____
2-LIMITADO	Um acerto	
3 -MODERADO	Dois acertos	
4-SUBSTANCIAL	Três acertos	
5-EXTENSO	Todos quatro	

Avaliação do conhecimento sobre o critério de uso para os métodos anticoncepcionais por portadoras de hanseníase.	PRÉ-TESTE	
	SIM	NÃO
Posso usar com maior segurança, pois falham pouco e não pioram a hanseníase.		
Laqueadura		
Vasectomia		
DIU – CU; DIU –LNG		
AIP		
LAM		
Preservativo masculino e feminino		
Diafragma		
Tabelinha		
Temperatura corporal basal		
É melhor evitar, pois falham mais		
Coito interrompido		
Muco cervical		
É melhor evitar, pois podem influenciar na hanseníase		
AOC		
AIC		
PEP		
Nº de acertos		

Nível de conhecimento sobre o critério de uso para os métodos anticoncepcionais por portadoras de hanseníase.		PRÉ-TESTE
1 -NENHUM	Nenhum acerto	_____
2-LIMITADO	Todos de uma categoria	
3 -MODERADO	Todos de duas categorias	
4-SUBSTANCIAL	Todos de duas categorias, desde que inclua a terceira.	
5-EXTENSO	Todos das três categorias	

Nº Total de acertos: _____

Nível de conhecimento sobre os três temas investigados.		PRÉ-TESTE
1 -NENHUM	Nenhum acerto	_____
2-LIMITADO	1 a 4 acertos	
3 -MODERADO	5 acertos	
4-SUBSTANCIAL	6 a 7 acertos	
5-EXTENSO	8 a 10 acertos	

APÊNDICE - G: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Eu, Paula Sacha Frota Nogueira, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal Ceará, estou desenvolvendo um estudo sobre o planejamento familiar de portadoras de hanseníase. Para tanto, convido você a participar, respondendo a uma entrevista. O mesmo será aplicado em um momento único, que ocorrerá antes ou após a consulta de enfermagem para o dia em que você já estiver agendado, aspecto tratado e planejado com a direção do centro e chefia de enfermagem, conforme fluxo de atendimento dos pacientes. Cada participante será entrevistada pela pesquisadora, e as informações ditas serão mantidas de forma sigilosa e privativa.

Gostaríamos de informar, ainda, que:

- Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os passos e os resultados da pesquisa, inclusive para retirar quaisquer dúvidas;
- Você terá o direito e a liberdade de se negar a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto lhe traga prejuízo no atendimento, moral, físico ou social;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade (seu nome) será mantida no anonimato (em segredo), bem como qualquer informação que possa identificá-lo;

Para quaisquer esclarecimentos estaremos disponíveis nos telefones abaixo:

- Paula Sacha Frota Nogueira – (85) 34762871/88590093;
- Você também pode ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia.– (85) 31015435.

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

Pesquisadora responsável

Responsável pela entrevista

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar da Pesquisa que tem como título: Hanseníase em mulheres: uma avaliação na perspectiva da anticoncepção e da gestação.

Fortaleza, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável pela entrevista

Digitais, caso não assine o nome.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA DONA
LIBÂNIA - CDERM

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto CEP/CDERM – 012/2011

Título: Hanseníase em mulheres: uma avaliação na perspectiva da anticoncepção e da gestação.

Pesquisador responsável: Paula Sacha Frota Nogueira

Proposição do (a) relator (a):

(X) aprovação

() não aprovação

Data da primeira análise pelo CEP/CDERM _02_/_03_/_2011__

Data do parecer final do projeto pelo CEP/CDERM: _02_/_03_/_2011__

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS nº 196/96, que regulamenta a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia CDERM, em sua reunião realizada em 02/03/2011, decidiu APROVAR, de acordo com o parecer do (a) Relator (a), o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.

Observações:

1. O(s) pesquisador (es) deve(m) apresentar relatório final da pesquisa ao CEP/CDERM.

Fortaleza, 03 de março de 2011.


Dra. Maria Irismar da Silva Silveira
Coordenadora do CEP/CDERM