

Samilly Girão de Oliveira¹
 Clodis Maria Tavares²
 Escolástica Rejane Ferreira Moura³
 Ruth França Cizino da Trindade⁴
 Ana Maria Almeida⁵
 Emiliana de Omena Bomfim⁶

GESTAÇÃO E HANSENÍASE: UMA ASSOCIAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

*Pregnancy and leprosy: a association of risk
 in the health services*

RESUMO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Teve por objetivos levantar aspectos sociodemográficos de um grupo de mulheres com hanseníase, em idade fértil; verificar características clínicas da hanseníase no mesmo grupo; e identificar risco de exposição de mulheres em tratamento de hanseníase a uma gestação, bem como a prática anticoncepcional destas. Os dados foram coletados em outubro de 2006, em um Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, localizado em Fortaleza-CE. Participaram 80 mulheres portadoras de hanseníase, em idade fértil (30% do total das cadastradas no serviço). Foram excluídas mulheres histerectomizadas e menopausadas. Destas, 10 (12,5%) estavam na faixa etária da adolescência; 38 (47,5%) eram casadas ou viviam de forma consensual; 16 (20%) mantinham o desejo de conceber; 39 (48,8%) utilizavam métodos anticoncepcionais, sendo que 9 (23%) faziam sem a orientação de um profissional; e 66 (82,5%) desconheciam os efeitos da gestação na hanseníase. Oito (10%) manifestaram a hanseníase na gravidez, 32 (40%) apresentaram reações hansênicas e 4 (13%) fizeram uso de Talidomida (fármaco teratogênico em mulheres em idade fértil). Com base nos resultados encontrados podemos afirmar que mulheres portadoras de hanseníase em tratamento, ficam expostas a uma gravidez de alto risco,

Oliveira SG, Tavares CM, Moura ERF, Trindade RFC, Almeida AM, Bomfim EO. Gestação e hanseníase: uma associação de risco nos serviços de saúde. Hansen Int. 2011; 36(1), p. 31-38.

aumentando as chances e a gravidade das reações hansênicas e das recidivas, o que deve ser amenizado pela atenção adequada em anticoncepção.

Palavras-chave: **Gravidez; Hanseníase; Anticoncepção.**

ABSTRACT

Descriptive study with quantitative approach. Aimed to raise sociodemographic aspects from a group of women with leprosy in childbearing; verify clinical characteristics of leprosy in the same group, and identify exposure of pregnant women in treatment for leprosy and the contraceptive practice of these. Data were collected in October 2006 in a Reference Center in Sanitary Dermatology, located in Fortaleza, Brazil. Participated 80 women with leprosy, in childbearing age (30% of total enrolled in the service). Were excluded hysterectomized

Recebido em 29/03/2011.
 Corrigido em 10/06/2011.
 Aceito em 20/06/2011.

- 1 Enfermeira do Programa de Saúde da Família – Morada Nova – Ceará. Especialista.
- 2 Enfermeira. Profa. Mestre da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL – clodistavares@yahoo.com.br
- 3 Enfermeira. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC
- 4 Enfermeira Profa. Dra. da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas - UFAL
- 5 Enfermeira. Profa. Dra. da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP
- 6 Graduada em Enfermagem do Centro Universitário CESMAC – emiliana_bomfim@hotmail.com

women and postmenopausal. Of these, 10 (12.5%) were aged teens, 38 (47.5%) were married or living in a consensual manner, 16 (20%) had the desire to conceive, 39 (48.8%) used contraceptive methods, and 9 (23%) were without the guidance of a professional, and 66 (82.5%) ignored the effects of pregnancy on leprosy. Eight (10%) had leprosy in pregnancy, 32 (40%) had reactions and 4 (13%) made use of Thalidomide (drug teratogenic in women of childbearing age). Based on these results we can affirm that women with leprosy treatment, are exposed to a high risk pregnancy, increasing the likelihood and severity of the reactions and relapses, which should be mitigated by proper care in contraception.

Key-Words: Pregnancy; Leprosy; Contraception

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou Bacilo de Hansen. Caracteriza-se por sintomas clínicos, neurológicos e dermatológicos que acarretam, em geral, após longo tempo de evolução, deformidades e mutilações que tanto contribui para a estigmatização da doença¹.

Segundo a classificação de Madri, a hanseníase apresenta-se sob as formas indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana. Na forma indeterminada, geralmente, encontra-se apenas uma lesão, de cor mais clara que a pele normal, com diminuição da sensibilidade; na tuberculóide, as lesões são poucas (ou única), de limites bem definidos, pouco elevados, com ausência de sensibilidade, alterações nos nervos próximos à lesão, podendo causar dor, fraqueza e atrofia muscular; na dimorfa há múltiplas lesões em forma de placas, que podem atingir extensas áreas da pele; na virchowiana, a imunidade é nula e o bacilo tem maior multiplicação, levando a um quadro mais grave, sistêmico, com anestesia de pés e mãos, que favorecem os traumatismos e as deformidades².

A doença possui um período de incubação médio de dois a sete anos e o contágio ocorre pelo contato por via aérea com o paciente Multibacilar (MB), não tratado. Para fins de tratamento, os casos de hanseníase são classificados conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) em Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB). O PB apresenta até cinco lesões de pele ou apenas um tronco nervoso acometido. O-achado de bacilos é difícil, visualizando-os apenas em exames histopatológicos, sendo a baciloscopia de linfa de pele sempre negativa. Entram neste grupo as formas indeterminada e tuberculóide. O MB apresenta mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido. Este grupo apresenta baciloscopia de linfa de pele positiva, correspondendo as formas dimorfa e virchowiana³.

Os esquemas de Poliquimioterapia da OMS (PQT/OMS) para o tratamento ambulatorial da hanseníase PB

e MB promovem a cura dos pacientes em tempo relativamente curto, não havendo necessidade de especialistas ou de tecnologias de alta complexidade³.

O Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos de hanseníase no mundo. Em 2004 foram diagnosticados 49.026 casos novos de hanseníase, com taxa de detecção de 2,77 por 10.000 habitantes. No registro ativo havia 30.693 casos de hanseníase, em curso de tratamento, com uma taxa de prevalência pontual de 1,71 para cada 10.000 habitantes, considerada elevada para os parâmetros nacionais da meta de eliminação, que é de menos de um caso por 10.000 habitantes para o final de 2005⁴.

O Ceará, cenário deste estudo, necessita de esforços especiais para intensificar a estratégia de eliminação, pois ocupa o quarto lugar da região Nordeste em número de casos, apresentando elevadas taxas de detecção e de prevalência. Em 2004 foram diagnosticados 2.675 casos novos de hanseníase, com taxa de detecção de 3,4 por 10.000 habitantes e no registro ativo encontravam-se registrados 4.225 casos de hanseníase, com uma taxa de prevalência de 5,4 por 10.000 habitantes. Destes, 1.733 pacientes se encontravam em curso do tratamento, equivalendo a uma taxa de prevalência pontual de 2,2 por 10.000 habitantes⁵.

A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, mas raramente ocorre em crianças, sendo o maior acometimento em homens, na maioria das regiões do mundo⁶. No Ceará, entretanto, a distribuição de casos de hanseníase por sexo é homogênea, com razão de um homem para uma mulher. Em 2004 foram diagnosticados 784 casos novos de hanseníase em mulheres na idade reprodutiva (10 a 49 anos), correspondendo a 50,7% do total, contra 783 casos novos de hanseníase em homens na mesma faixa etária, correspondendo, a 49,3%⁵.

A ênfase dada a discussão (sobre hanseníase em mulheres na faixa etária reprodutiva se deve ao fato de a gestação induzir recidivas, exacerbar lesões pré-existent e aumentar a evolução da forma indeterminada da doença para a forma virchowiana, nos grupos com incompetência imunológica (10% da população mundial) e em doentes com tratamento irregular e inadequado. Muitas vezes o fator desencadeante da hanseníase é o parto, e 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 o seu ápice⁷.

Essa condição exige um acompanhamento especial das mulheres portadoras de hanseníase em idade reprodutiva, no sentido de bem prepará-las para uma prática anticonceptiva segura e a prevenção de uma gestação de alto risco. Nesse contexto, indagamos: mulheres em idade fértil, em tratamento de hanseníase, são informadas do risco da gravidez e da necessidade

da anticoncepção? Diante do exposto, decidimos pela realização deste estudo com os objetivos de levantar aspectos sociodemográficos de um grupo de mulheres em idade fértil, com hanseníase; verificar características clínicas da hanseníase no mesmo grupo; e identificar risco de exposição de mulheres em tratamento de hanseníase a uma gestação, bem como a prática anticoncepcional destas.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis⁸. Os métodos quantitativos são utilizados fundamentalmente para descrever uma variável quanto a sua tendência central ou dispersão-média, mediana, moda ou dividi-la em categorias e descrever sua frequência (taxas e medidas de risco em grandes populações)⁹.

Realizou-se em um Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, localizado em Fortaleza-CE. Constitui referência nacional e estadual para acompanhamento de portadores de hanseníase, atendendo uma média de 1.000 casos novos de hanseníase e cerca de 1.300 pacientes subseqüentes, por ano, concentrando 76% dos casos de hanseníase do município de Fortaleza. É mantido pela Secretaria de Saúde do Ceará, com apoio financeiro do Ministério da Saúde e da *Leprosy Relief Association* (LRA), uma ONG inglesa.

Participaram 80 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), que tinham vida sexual ativa, perfazendo 30% do total de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) acompanhadas na unidade. Foram excluídas mulheres histerectomizadas e menopausadas, uma vez que não manifestariam informações sobre anticoncepção.

Os dados foram coletados em outubro de 2006, por meio de entrevista. Esta seguiu um formulário pré-elaborado, contendo perguntas sobre aspectos sociodemográficos, características de acometimento da hanseníase, e aspectos reprodutivos e prática anticonceptiva das mulheres. As informações foram registradas pela pesquisadora diretamente no formulário. Parte do formulário relativa aos dados sobre a doença foi preenchida de acordo com a ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a qual se encontrava anexa no prontuário das mesmas.

Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas e a análise foi respaldada na literatura e em estudos de autores que trabalham a mesma temática.

Foram seguidas as recomendações da Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde¹⁰. As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos e a relevância social do estudo, bem como sobre o anonimato e a livre

participação. Uma vez aceitando participar, cada sujeito assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do respectivo Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, obtendo parecer favorável, conforme protocolo nº 013/05.

RESULTADOS

De acordo com a tabela 1, a maioria das mulheres estudadas (53,8%) tinha idade entre 30 e 49 anos, mas destaca-se uma tendência de precocidade da doença com 12,5% delas com idade inferior a 20 anos, apesar de o baixo acometimento de crianças e adolescentes ser um fato conhecido no comportamento epidemiológico da hanseníase, o que é atribuído à evolução lenta da doença.

Mulheres casadas e em união consensual correspondeu a 38 (47,5%) das participantes, portanto uma população susceptível à gestação, se medidas de anticoncepção não forem praticadas.

A escolaridade variou do analfabetismo ao nível superior, porém 58 (72,5%) tinham ensino fundamental completo ou incompleto ou eram analfabetas.

Quanto à naturalidade, 48 (60%) das mulheres eram do interior do Ceará ou de outros Estados.

Tabela 1 Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE; out., 2006.

Variáveis	Nº	%
Faixa etária (em anos)		
10-19	10	12,5
20-29	20	25,0
30-39	23	28,8
40-49	27	33,7
Condição de união		
Solteira	34	42,5
Casada	29	36,3
Consensual	9	11,2
Separadas ou viúvas	8	10,0
Escolaridade		
Analfabetas	10	12,5
Ensino fundamental (completo e incompleto)	48	60,0
Ensino médio (completo e incompleto)	20	25,0
Ensino superior	2	2,5
Naturalidade		
Fortaleza	32	40,0
Interior do Estado	42	52,5
Estados vizinhos	6	7,5

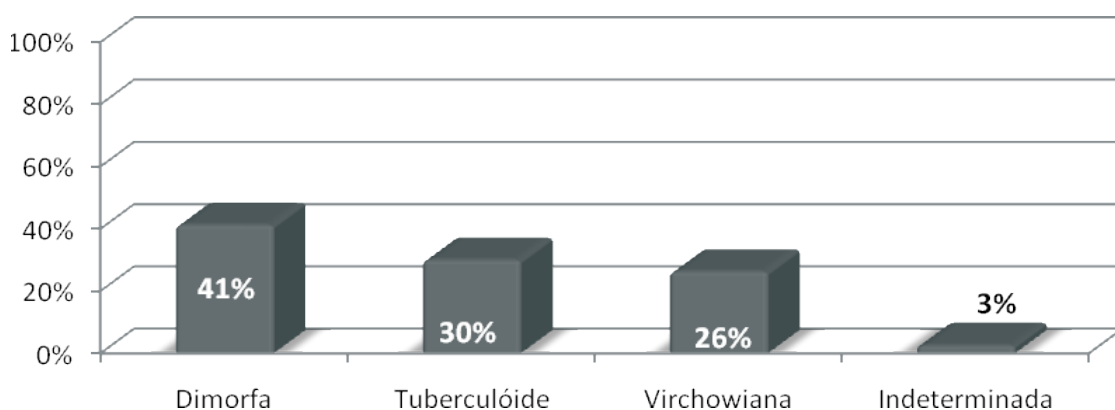


Figura 1 Distribuição do número e percentual de mulheres em idade fértil, portadoras de hanseníase conforme formas clínicas da hanseníase. Fortaleza-CE; out., 2006.

Características clínicas da hanseníase no grupo pesquisado

Quase a totalidade das participantes correspondeu a casos novos, ou seja, 78 (97,5%). A transferência do local de tratamento e a recidiva da doença foram relatadas em 1 (1,25%) caso para ambas as situações.

O percentual de 3% dos casos na forma clínica indeterminada é preocupante, pois demonstra incapacidade dos serviços de saúde em captar a doença nesse estágio inicial. A forma tuberculóide respondeu por 24 (30%) dos casos, considerada uma das formas mais incapacitantes. A forma dimorfa, caracterizada por sua instabilidade foi a de maior frequência, acometendo 33 (41,3%) das mulheres. A forma mais grave e contagiosa é a Virchowiana, que respondeu por 21 (26,3%) do total (Gráfico 1).

No gráfico 2, pode-se observar a distribuição do número de participantes segundo a classificação operacional, ou seja, pauci e multibacilar.

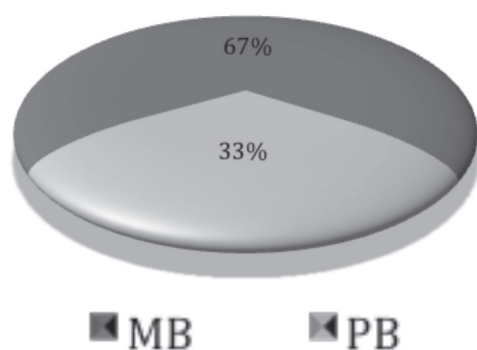


Figura 2 Distribuição do percentual de mulheres em idade fértil, portadoras de hanseníase de acordo com a classificação operacional da hanseníase. Fortaleza-CE; out., 2006..

Na análise das formas clínicas e da classificação operacional dos casos de hanseníase é adotada a classificação de Madri e a classificação da OMS, respectivamente. A partir de 1990, todos os casos de forma indetermi-

nada e tuberculóide foram classificados como PB, e os de forma dimorfa e virchowiana, como MB³.

A baciloscopia é um exame complementar no diagnóstico da hanseníase, é de fácil execução e de baixo custo. O resultado apresenta-se sob a forma de índice baciloscópico (IB), em uma escala que varia de 0 a 6 positivo (+). A baciloscopia é negativa (IB=0) nas formas tuberculóide e indeterminada, fortemente positiva na forma virchowiana e revela resultado variável na forma dimorfa¹. No estudo, 34 (43%) das entrevistadas apresentaram baciloscopia positiva (Gráfico 3). Questionamos esse achado pelo fato de 54 casos terem sido avaliados como sendo MB (33 dimorfa e 21 virchowiana), classificação na qual se espera a baciloscopia positiva. Assim, 20 casos apesar de MB ficaram no grupo das baciloscopias negativas, o que pode estar associado aos casos dimorfos, nos quais o resultado da baciloscopia é variável. Todavia, não se pode deixar de ressaltar a possibilidade de classificação inadequada das formas clínicas e/ou operacionais, bem como as condições de coleta e leitura das baciloscopias.

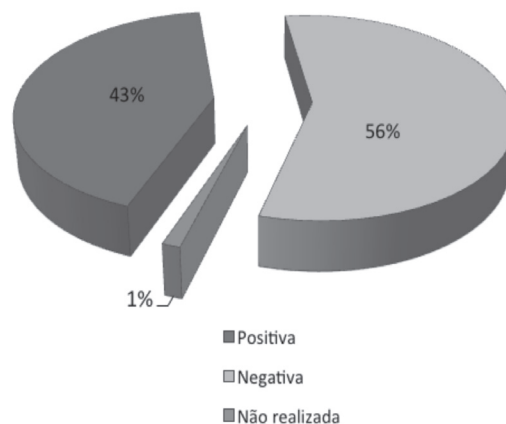


Figura 3 Distribuição do percentual de mulheres em idade fértil, portadoras de hanseníase quanto a baciloscopia. Fortaleza-CE; out., 2006.

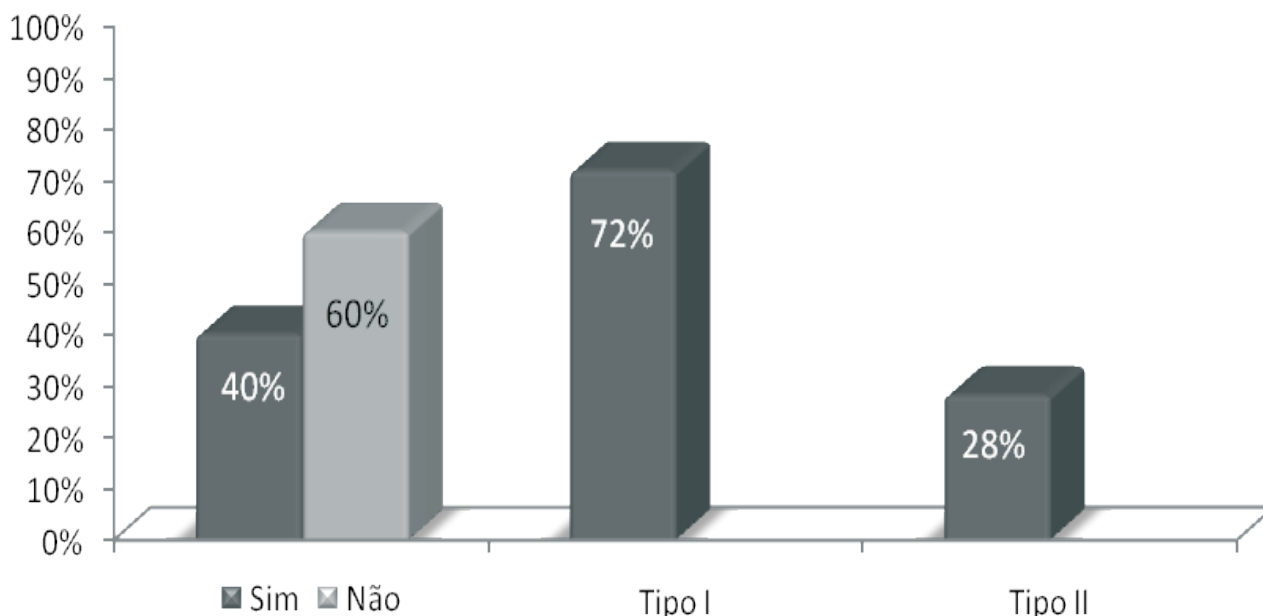


Figura 4 Distribuição percentual de mulheres em idade fértil com hanseníase conforme acometimento de reações hansênicas e tipo. Fortaleza-CE; out., 2006.

Das 32 (40%) mulheres que apresentaram reações hansênicas, 23 (72%) apresentaram reações do tipo 1 e 9 (28%) reações do tipo 2. Entre as que apresentaram reações, 30 (94%) fizeram uso de medicamentos; 26 (87%) delas usaram prednisona e 4 (13%) usaram talidomida.

Os surtos reacionais representam episódios inflamatórios que se intercalam no curso crônico da hanseníase, devendo ser prontamente diagnosticados e tratados. A reação reversa ou reação tipo 1 e a reação tipo 2 ou eritema nodoso da hanseníase (ENH) são as mais comuns. Os quadros reacionais, às vezes, antecedem ao diagnóstico da hanseníase ou surgem durante o tratamento ou após a alta ¹¹.

Reações hansênicas são preocupantes não ações de controle da hanseníase em todo o mundo. Com a implantação dos esquemas de PQT, tornou-se possível à detecção precoce dos estados reacionais, pois o paciente passou a receber acompanhamento mensal para a tomada da medicação supervisionada. No tratamento das reações hansênicas são utilizados medicamentos imunossupressores como a Prednisona, ou teratogênicos como a Talidomida, que provocam iatrogenias severas ².

Nos dois tipos de reações, o doente submetido à PQT deve mantê-la sem modificação, exceto quando apresentar efeitos colaterais graves. Na reação tipo 1, se houver comprometimento de nervos recomenda-se o

uso de Prednisona na dose diária de 1 a 2 mg/Kg/dia até a melhora acentuada do quadro reacional, quando a dosagem deverá ser reduzida, gradual e lentamente. A dose de manutenção deve ser mantida pelo menos dois meses. Na reação tipo 2, recomenda-se o uso da Talidomida na dose de 100 a 400mg/dia, conforme avaliação clínica, mantendo a mesma dose até a remissão clínica do quadro reacional ³.

A Talidomida, por força da Portaria nº 354, de 15 de agosto de 1997, é proibida para mulheres em idade fértil em todo o território nacional. Apesar da proibição, em casos especiais, médicos prescrevem as drogas. Entretanto são previstas sanções legais, cabendo observar que mesmo com a assinatura de Termo de Esclarecimento pelos Pacientes e Termo de Responsabilidade Médica, ambos podem ser responsabilizados pelo mau uso da droga. O risco de gravidez existe e tem sido demonstrado que apenas o uso de anticoncepcionais hormonais por mulheres em idade fértil não é suficiente para prevenir a ocorrência de nascimentos de crianças com síndrome da Talidomida, pois a droga inibe o efeito deste método. Diante das possíveis falhas no método hormonal de média dosagem deve-se associar o uso de preservativo ou outro método de barreira, ou, ainda, optar pela inserção do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)¹².

Características reprodutivas e práticas anticoncepcionais de mulheres com hanseníase

Tabela 2 Distribuição do número de mulheres portadoras de hanseníase segundo características reprodutivas e práticas anticoncepcionais. Fortaleza-CE; out., 2006.

Variáveis	Nº	%
História de gestação		
Nulípara	16	20,0
1-2	30	37,5
3-4	25	31,3
Mais de 4	9	11,2
Uso de Método Anticoncepcional (MAC) (n=39)		
Preservativo	15	38,5
Anticoncepcional Hormonal Oral (AHO)	8	20,5
Laqueadura	8	20,5
Injetável	5	12,8
Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	3	7,7
Indicação do MAC		
Médico	25	64,1
Por conta própria	9	23,0
Enfermeiro	4	10,3
Ignorado	1	2,6
Aparecimento da hanseníase e sua relação com o ciclo gravídico puerperal		
Pós-puerpério	51	63,8
Na gestação	8	10,0
Fora do ciclo gravídico puerperal	21	26,2
Informação quanto aos efeitos da gestação sobre a hanseníase		
Sim	14	17,5
Não	66	82,5

A história reprodutiva das mulheres mostra que 55 (68,8%) delas tinham de 1-4 filhos, 16 (20%) eram nulíparas, porém declararam o desejo de engravidar. Quanto à prática anticoncepcional, 39 (48,8%) afirmaram usar algum MAC e 41 (51,2%) não.

A maior parte das mulheres mostrou-se desinformada sobre os riscos de uma gravidez associada a hanseníase, considerando inexistência de agravos em engravidar com a doença e que a gestação não afetaria a doença. Apenas 14 (17,5%) mulheres afirmaram saber dos riscos de engravidar.

DISCUSSÃO

A análise da idade das participantes é um aspecto importante de ser analisado, uma vez que o risco específico

de contaminação pelo bacilo de hansen, por idade, está relacionado à oportunidade de exposição, ou seja, em áreas de elevada incidência, a idade de adoecimento é mais baixa do que em situações de baixa prevalência⁶.

A interpretação sobre o principal grupo de risco da hanseníase se encontrar na idade adulta é controversa na literatura. Alguns autores atribuem o risco a fatores biológicos ligados ao processo frenético de maturação da resposta imune com a idade, ao longo período de incubação da doença ou à proteção cruzada conferida pela infecção por outras micobactérias ou por agentes imunizantes não específicos¹³. Estudo realizado com amplo grupo populacional mostrou que o índice de recorrência da hanseníase é bem maior na faixa etária de 19 a 24 anos e no sexo feminino, coincidindo com o período de maior ocorrência de gestações⁷.

Conforme abalizado, a porcentagem de mulheres casadas e em união consensual, 47,5% das participantes é um dado de importante na temática aqui analisada. Considerando que a prática sexual pode ser mais frequente entre casais que vivem juntos, elevado número dessas mulheres portadoras de hanseníase tem maiores chances de concepção, evento que deve ser adiado para 2 ou 3 anos pós-tratamento (se paucibacilar) e 6 a 7 anos pós-tratamento (se multibacilar), pelo risco elevado de reações hanseníase mais severas e recidivas⁷.

Ademais, a baixa escolaridade predominante, reforça os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de que 66% da população brasileira cursam somente até o ensino fundamental incompleto¹⁴.

A análise da naturalidade das mulheres, em que 60% eram do interior do Ceará ou de outros Estados, evidencia um elevado número de mulheres que deixaram sua cidade natal migrando para a capital, influenciadas, muitas vezes, por dificuldades socioeconômicas, aspecto que influencia o aparecimento da hanseníase, vulnerável aos fenômenos geográficos como o êxodo rural e o modo de habitação nas periferias dos grandes centros urbanos. Estes fenômenos trazem como consequência aglomerações populacionais, levando as pessoas a viverem em condições subumanas, com acentuada probabilidade de crescimento das doenças infecto-contagiosas¹⁵. Por outro lado, tal resultado confirma o caráter de referência da unidade que sediou o estudo como também a baixa oferta de serviços ao paciente portador de hanseníase em municípios do interior.

Quanto a história reprodutiva das mulheres, os dados legitimam a importância e a necessidade de que a temática da anticoncepção seja prioritária na educação em saúde das mulheres portadoras de hanseníase, além de ser objeto de atenção específica, pelos transtornos que a gestação pode provocar nessas pacientes. Esses resultados são fortalecidos pelo fato de que cerca de 50% dessas mulheres são casadas ou vivem em união consensual.

Mulheres infectadas pelo *Mycobacterium leprae* provavelmente mostram, sinais evidentes da doença na gravidez e no início do puerpério. Nos casos da doença já estar estabelecida, esta apresentará uma piora também durante a gravidez e o puerpério, associada particularmente à deterioração da função nervosa. Primariamente, a razão pela qual estes casos ocorrem é a depressão imunológica celular, fundamental na defesa contra o *Mycobacterium leprae*, observada durante a gravidez; e secundariamente, o aumento de T4 (tiroxina) circulante durante a gestação, causando uma exacerbação da doença; há um aumento progressivo de T4 durante a gravidez, atingindo cerca de duas vezes o valor normal por volta do terceiro trimestre, diminuindo para uma vez e meia em uma semana após o parto¹⁶. Esta imunossupressão reverte em torno da sexta semana pós-parto, mesmo em lactentes, alterando novamente todo o equilíbrio orgânico, podendo levar a efeitos desastrosos nas doentes e quando co-existem dois fatores como puberdade e gestação precoce (10-12,5%) do grupo estudado era constituído por adolescentes), estes efeitos são aditivos⁷.

Gestantes portadoras de hanseníase seguem protocolo padrão que inclui os hansenostáticos (rifampicina, clofazimina e dapsona) e, apesar de haver uma recomendação de se restringir à ingestão desses fármacos no primeiro trimestre da gravidez, os benefícios do tratamento superam os riscos².

Os MAC mais citados entre as usuárias foram em ordem decrescente: preservativo, AHO, laqueadura, injetável e DIU, recaindo sobre métodos seguros, o que é positivo pela importância de uma anticoncepção efetiva pela presença da hanseníase. Todavia o uso de AHO pode ter sua eficácia reduzida quando utilizado concomitante à Talidomida e a Rifampicina. Assim, para as mulheres com hanseníase em tratamento restam apenas como métodos adequados os de barreira e o DIU, preferencialmente em associação, para aumentar a eficácia. O uso de AHO deve ser potencializado pelas pílulas de média dosagem, associada a método de barreira¹⁷. Chamou atenção que 9 (23%) mulheres estavam em uso de MAC, alheias a uma orientação profissional.

A prática da anticoncepção é fundamental às mulheres com hanseníase, pois durante a gravidez aumentam os acometimentos e a gravidade das reações hansênicas, contribuindo para o abandono do tratamento e, conseqüentemente, recidiva e óbito.

Entre as mulheres investigadas, 51 (63,8%) apresentaram os primeiros sintomas da hanseníase pós-parto, o que já não preocupa, pois é sabido que a imunidade feminina está preservada nesse período, tendo passado a fase crítica do último trimestre da gestação e os três primeiros meses da lactação, quando ocorre redução da imunidade celular⁷. Oito (10%) mulheres apresentaram os primeiros sinais e sintomas da hanseníase durante a

gestação, fase em que a imunossupressão decorrente da gravidez pode ter contribuído, propiciando ao bacilo oportunidade para se manifestar e desenvolver a doença⁷.

O período gravídico puerperal tem sido associado à elevada incidência de aparecimento dos primeiros sinais ou ao agravamento da hanseníase, sendo mais crítico o período compreendido entre o último trimestre da gestação e os três primeiros meses da lactação, por alterações hormonais, metabólicas e do sistema imune. Na gestação, ocorre supressão relativa da imunidade celular, principalmente no terceiro trimestre, levando ao desencadeamento ou à piora das reações hansênicas tipo 2 (acometimento de 9 (20%) das pesquisadas), havendo também risco de recidiva da doença. No puerpério há supressão relativa da imunidade humoral, com maior risco de desenvolvimento de reações tipo 1 (acometimento de 23 (72%) das mulheres com reações), iniciando-se entre a terceira e a décima sexta semana do pós-parto. Aproximadamente 45% das mulheres têm perda sensitiva ou motora associada à gestação ou lactação. Na maioria delas as alterações da sensibilidade são bem mais acentuadas que o comprometimento motor. Muitas vezes, a neurite acompanha as reações ou os sinais de piora da doença¹⁸.

A exacerbação da hanseníase no final da gestação e no puerpério foi descrita pela primeira vez por Ryrie, em 1938, que declarou: "A hanseníase não apresenta qualquer efeito sobre o curso da gravidez, que, entretanto, exerce importante efeito no curso da hanseníase". Desde então a gestação tem sido associada à elevada incidência de aparecimento dos primeiros sinais ou ao agravamento da hanseníase¹⁸. Oportunamente, enfatizamos a importância da assertiva de Ryrie (1938), porém cabe informar que segundo Jopling e McDougall filhos de mães com hanseníase têm o peso menor do que os de mães saudáveis e crescem mais lentamente¹⁶. O baixo peso é atribuído ao estado imunológico da mãe, que compromete a função placentária. Agravando esta situação, os recém nascidos apresentam maior risco de contrair a hanseníase pelo contato direto com a mãe durante a amamentação se esta for MB e não estiver sendo tratada, ou de um possível foco oculto de infecção no lar, entre parentes. Em relação às drogas usadas no tratamento da hanseníase nenhuma provou ser inócua para o feto e a talidomida é claramente contra-indicada. O dano fetal atribuído à dapsona não foi observado, o que tem contribuído para sua continuidade no uso em pacientes MB, segundo recomendações oficiais¹⁹.

CONCLUSÃO

Retomando a questão norteadora deste estudo podemos afirmar que mulheres com hanseníase, em idade fértil, casadas e em união consensual foram en-

contradas sem uso de MAC e dentre as que se encontravam em uso de MAC, número considerável fazia por conta própria, ou seja, com maior possibilidade de fazer uso inadequado. Grande parte desconhecia os riscos de ocorrer uma piora no quadro clínico da hanseníase (reações hansênicas e recidivas) ao engravidar. Portanto, mulheres com hanseníase foram identificadas com chances reais de conceberem e virem a desenvolver gestação de alto risco. Assim, ações voltadas à anticoncepção devem compor o rol de cuidados dispensados às pacientes de hanseníase, na unidade pesquisada.

Investimento em ações programáticas e em pesquisa voltadas ao tema "gestação e hanseníase" deve ser contemplado, de modo a resultar na diminuição das complicações da hanseníase, ocasionadas por uma gravidez não planejada. Analisando sob o ponto de vista do custo/benefício às repercussões também são positivas.

Para ajudar as mulheres com hanseníase a evitar a gravidez é essencial que o serviço de saúde em estudo, por se tratar de referência em Dermatologia Sanitária, possa vincular essa clientela aos serviços de planejamento familiar da atenção básica. Por meio das ações de planejamento familiar, muitas mulheres têm sido poupadas de gestações de alto risco em todo o mundo.

Os casos de hanseníase acompanhados na rede básica, também cenário das ações de planejamento familiar, não seria empecilho para garantir a essa população um cuidado integral. Assim, é possível oferecer às mulheres portadoras de hanseníase informações adequadas sobre os MAC a serem usados nessa situação especial, como os métodos de barreira associados ao AHO de média dosagem ou ao DIU.

REFERÊNCIAS

- 1 Araujo M G. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* [artigo online] 2003 June [citado em 5 set 2009]; 36(3): 373-382. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000300010&lng=en&nrm=i
- 2 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 3 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Guia para Utilização de Medicamentos e Imunobiológicos na Área de Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 4 Ministério da Saúde. Núcleo de Epidemiologia. Boletim Epidemiológico da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 5 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. Hanseníase: situação epidemiológica. Fortaleza; 2005.
- 6 Nogueira W. Hanseníase: controle de uma endemia secular em São Paulo. *Rev Prática Hospitalar* 2005 Jan/Fev; 7(57): 42-55.
- 7 Talhari S, Neves R G. *Dermatologia Tropical*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Tropical; 2006.
- 8 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 1996.
- 9 Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Tomo Editorial; 2000.
- 10 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS nº. 196/96 e outras) 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 11 Cunha AZS. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 235 - 242.
- 12 Associação Brasileira de Portadores da Síndrome da Talidomida (ABPST). O que é a talidomida [online] 2007 [acesso em 23 jun de 2008]. Disponível em: <http://www.talidomida.org.br/oque.asp>.
- 13 Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cadernos de Saúde Pública* 1998 Jan/Mar; 14(1): 51-60.
- 14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- 15 Esquivel CB. Qualidade de vida em mulheres que foram atingidas pela hanseníase. *Revista Multitemas* 200 Mar; 25(3): 42-48.
- 16 Jopling WH, McDougall AC. Manual de Hanseníase. 4ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1991.
- 17 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 18 Helmer KA, Fleischfresser I, Kucharski-Esmanhoto LD, Fillus NJ, Santamaria JR. Fenômeno de Lúcio (eritema necrosante) na gestação. *An. Bras. Dermatol.* [artigo online]. 2004 Abr [citado em 27 set. de 2008] 79(2): 205-210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000200009&lng=en.
- 19 Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. *Tratado de Dermatologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2005.