

ESTRATÉGIA EDUCATIVA VOLTADA À GESTAÇÃO E ANTICONCEPÇÃO NA HANSENÍASE

Paula Sacha Frota Nogueira*
 Luana Paula Moura Moreira**
 Escolástica Rejane Ferreira Moura***
 Annatália Meneses de Amorim Gomes****
 Camila Félix Américo*****
 Suziane Franco de Souza*****

RESUMO

Pesquisa quantitativa de treinamento sobre a aprendizagem do conhecimento, realizada no Centro de Dermatologia Dona Libânia (CDERM), unidade de referência em tratamento de hanseníase de Fortaleza-CE. Objetivou-se avaliar o impacto de estratégia educativa voltada ao conhecimento de mulheres com hanseníase sobre interação entre gestação e hanseníase e métodos anticoncepcionais adequados a este público. Participaram 40 mulheres em idade fértil (16 a 49 anos), sexualmente ativas, assistidas no CDERM, de março a abril de 2011. Realizou-se entrevista e aplicação de teste antes e imediatamente após intervenção. No pré-teste, a média de acertos geral foi de $3,95 \pm 1,21$ (70% com nível de conhecimento limitado). Após intervenção a média de acertos foi $7,15 \pm 1,63$ (45% com nível de conhecimento extenso). No pré-teste e pós-teste, respectivamente, por tópicos, as médias de acertos foram: riscos para o bebê ($1,5 \pm 0,6$ e $2,3 \pm 0,6$); riscos maternos ($1,9 \pm 0,1$ e $3,2 \pm 0,7$); métodos adequados na hanseníase ($0,5 \pm 0,5$ e $1,4 \pm 0,7$). Concluiu-se que a intervenção contribuiu para promover o conhecimento de mulheres com hanseníase sobre os temas abordados.

Palavras-chave: Hanseníase. Gravidez. Anticoncepção. Educação em saúde. Promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, crônica, que evolui lentamente e se manifesta, principalmente, por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos, com lesões de pele acompanhadas de alteração de sensibilidade pelo acometimento de nervos periféricos em qualquer parte do corpo, sendo mais comum nos nervos dos olhos, mãos e pés. Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, ocorrendo a transmissão por meio de gotículas infectadas presentes nas vias aéreas superiores⁽¹⁾.

Dentre as doenças infecto-contagiosas é a principal causa de incapacidade física irreversível, representando, pois, uma doença de elevado impacto na qualidade de vida dos portadores⁽¹⁾. Uma assistência de qualidade ao

indivíduo com hanseníase deve ser multidisciplinar, a abranger aspectos fisiológicos e psicossociais da doença, ainda permeada de tabus, preconceitos e discriminação.

Quanto ao sexo, os homens, em geral, apresentam as formas mais graves da doença e um maior número de incapacidades físicas, enquanto as mulheres mostram maior tendência a ter uma resposta imunológica mais eficaz contra o *M. Leprae*, resultando em menor número de casos de hanseníase multibacilar e elevado Grau de Incapacidade Física (GIF)⁽²⁾. Outra especificidade da hanseníase em mulheres é o fato de a gestação estar associada ao surgimento dos primeiros sinais ou do agravamento da doença. O último trimestre da gravidez e os primeiros meses da lactação são considerados períodos críticos devido às alterações hormonais, metabólicas e

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: sachanogueira@yahoo.com.br

**Enfermeira. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil E-mail: luguinha23@yahoo.com.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. Pesquisadora Cnpq. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br.

****Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Professora Colaboradora do Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: annataliagomes@secrel.com.br

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: cfamerico@yahoo.com.br

*****Terapeuta Ocupacional. Centro de Saúde Dona Libânia. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: suziane.franco@saude.ce.gov.br

imunológicas. A supressão da imunidade celular pode, ainda, desencadear ou agravar as reações hansênicas, havendo também risco de recidiva da doença. Porém, a doença parece não interferir no curso da gestação⁽³⁾.

Em estudo de Coorte aberta prospectiva, realizado na Índia, de 1975 a 2003, no qual foram acompanhadas 156 gestantes com hanseníase, tendo por objetivo verificar consequências da gravidez sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, concluiu que as crianças de mães com a referida patologia apresentaram baixo peso ao nascer, placenta menor, crescimento lento e maior incidência de infecções e de mortalidade durante a infância em comparação às crianças de mães sem a doença. Uma possível intercorrência a esses recém-nascidos é a dermatite esfoliativa nas primeiras horas de vida devido à sulfona e impregnação da clofazimina⁽³⁾.

Constatada essa associação nociva entre gestação e hanseníase é necessário que mulheres em idade fértil e com vida sexual ativa recebam cuidados anticoncepcionais até que a doença seja curada. Esse cuidado deve ocorrer especialmente nas formas multibacilares, em que a probabilidade de ocorrer episódios reacionais é maior, assim como o manejo de gestantes com reação hansênica apresenta maiores complicações. Portanto, a assistência voltada às mulheres com hanseníase deve incluir informações sobre os agravos citados, tornando-se recomendável o adiamento da gestação para até dois anos após o término do tratamento⁽³⁾.

Percebe-se, assim, a importância da atuação do enfermeiro na assistência à mulheres em idade reprodutiva com hanseníase, que deve ir além de ações voltadas ao tratamento da enfermidade e prevenção de incapacidades, e incluir intervenções de anticoncepção visando prevenir as complicações decorrentes da gravidez. Para tanto, a educação em saúde é uma estratégia a ser priorizada, de modo a promover o conhecimento e a prática adequada da anticoncepção pelas mulheres.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de estratégia educativa voltada ao conhecimento de mulheres com

hanseníase sobre interação entre gestação e hanseníase e os métodos anticoncepcionais adequados a este público.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa que compara conhecimento antes e após intervenção. O estudo foi desenvolvido no Centro de Dermatologia Dona Libânia (CDERM), em Fortaleza-CE, unidade de referência para o Estado do Ceará em tratamento de hanseníase. Participaram 40 mulheres em idade fértil (16 a 49 anos), sexualmente ativas (pelo menos uma relação sexual mensal), em acompanhamento na referida unidade de março a abril de 2011.

Para se obter os dados sobre a caracterização das participantes utilizou-se um formulário de entrevista contendo perguntas sobre aspectos socioeconômicos, clínicos e reprodutivos. Na avaliação do conhecimento sobre a relação entre gravidez e hanseníase e as especificidades da anticoncepção, antes e imediatamente após a intervenção educativa, aplicou-se um formulário como pré e pós-teste.

Foram apresentadas às participantes duas tarjetas contendo os riscos para a mãe e para o bebê, respectivamente, em linguagem técnica e popular, para avaliação do conhecimento sobre os riscos maternos e fetais relacionados à hanseníase.

Cada tarjeta continha informações verdadeiras e falsas, sendo quatro verdadeiras referentes às consequências sobre a mulher (surgimento dos primeiros sinais ou agravamento da hanseníase, surgimento ou agravamento de reações hansênicas, recidiva da doença e evolução para a forma Virchowiana) e três sobre o bebê (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 com hanseníase, apresentou-se para cada participante um cartaz contendo todos os Métodos Anticoncepcionais (MAC) para que estas pudessem organizá-los de acordo com o Quadro 1 - apresentado em seguida.

Quadro 1 -Especificidades para a indicação/escolha do método anticoncepcional na hanseníase, quando o critério clínico é limitado.

Com critério clínico limitado	Critérios	Métodos Anticoncepcionais
Sim (Use o método)	Posso usar com maior segurança, pois falham pouco e não pioram a hanseníase.	Laqueadura, Vasectomia, Dispositivo Intrauterino (DIU) Lactação com Amenorreia (LAM), Anticoncepcional Injetável de Progestágeno (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.	Anticoncepcional Oral Combinado (AOC); Anticoncepcional Injetável Combinado (AIC); Pílula Exclusiva de Progestágeno (PEP).
	É melhor evitar, pois falham mais.	Coito interrompido e muco cervical.

O respectivo quadro foi construído pelas autoras com base nos Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de Anticoncepcionais e na classificação de eficácia proposta pela OMS⁽⁴⁾.

A intervenção educativa correspondeu à leitura individual de um folder, conduzida por duas das autoras, em ambiente de sala de espera, enquanto as mulheres aguardavam pelo atendimento, no CDERM, com duração média de 15 minutos. O folder foi elaborado pelas autoras com base em revisão integrativa da literatura sobre o assunto em questão. A revisão utilizou os descritores *leprosy* (hanseníase) e *pregnancy* (gravidez) de forma integrada nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), MEDLINE/PubMed via *National Library of Medicine*, e SCOPUS, sem limite temporário, em que 11 estudos apresentaram subsídios teóricos à construção do referido folder, que reúne orientações sobre a interação entre gravidez e hanseníase para a mulher com a doença, seu conceito e sobre os MAC mais adequados

Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Dados socioeconômicos, clínicos e reprodutivos receberam tratamento estatístico descritivo, utilizando-se frequências absoluta e relativa, média (\bar{x}), desvio padrão (S) e Intervalos de Confiança (IC).

Na avaliação do conhecimento foi atribuída uma nota geral a cada participante, conforme o total de acertos. O tópico sobre as implicações da gestação para a mulher correspondia a quatro

pontos e para o bebê a três pontos; o tópico MAC mais adequado somava três pontos. Assim, somando as notas obtidas em cada tópico, a nota geral atribuída para a participante poderia variar entre zero e dez. Para avaliar o nível de conhecimento da participante de acordo com a nota final obtida, elaborou-se escala *Likert* com os níveis de conhecimento: 1- Nenhum (zero ponto); 2- Limitado (1 a 4 pontos); 3- Moderado (5 pontos); 4- Substancial (6 a 7 pontos); e 5- Extenso (8 a 10 pontos). Esta escala foi construída pelas autoras, 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 da avaliação geral, cada participante foi avaliada de acordo com ou segundo cada um dos três tópicos. No tópico sobre as implicações da gestação para a mulher com hanseníase, a escala correspondeu a: 1- Nenhum conhecimento (nenhum acerto), 2- Conhecimento limitado (um acerto), 3- Moderado (dois acertos), 4- Substancial (três acertos) e 5- Conhecimento extenso (quatro acertos). No tópico implicações para o bebê de gestante com hanseníase, a escala correspondeu a: 1- Nenhum conhecimento (nenhum acerto), 2- Conhecimento limitado (um acerto), 3- Moderado (dois acertos), 4- Substancial (dois acertos, quando incluso a opção “nascer com baixo peso”) e 5- Conhecimento extenso (três acertos). No tópico MAC mais adequados, a escala representou: 1- Nenhum conhecimento (nenhum acerto), 2- Conhecimento limitado (acerto de todos os MAC

de pelo menos uma categoria), 3- Moderado (acerto de todos os MAC de duas categorias), 4 - Substancial (acerto de todos os MAC de duas categorias, desde que inclusa a categoria “É melhor evitar, pois podem piorar a hanseníase”) e 5 – Conhecimento extenso (acerto de todos os MAC pertencentes às três categorias).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Dona Libânia (Protocolo nº 013/2011). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e sigilo das informações coletadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes

Das 40 (100%) mulheres com hanseníase em idade fértil 15 (37,5%) tinham de 40 a 49 anos, 13 (32,5%) de 30 a 39 anos e 12 (30%) de 16 a 29 anos, com idade média de 34,7 anos. Procedência do município de Fortaleza-CE correspondeu a 27 (67,5%) mulheres e do interior do Estado do Ceará, 13 (32,5%). A escolaridade de 15 (37,5%) era de 4 a 7 anos de estudos, seguido por 11 (27,5%) com escolaridade de 11 anos ou mais; oito (20,0%) tinham escolaridade de 8 a 10 anos de estudos. Mulheres casadas e em união consensual correspondeu a 30 (75%) participantes. A renda familiar predominante, afirmada por 25 (62,5%) mulheres foi de meio a dois salários mínimos, achado que relacionado ao número médio de 4,4 pessoas no domicílio, resultou em renda *per capita* média de R\$ 184,40 (Tabela 1).

As características sociodemográficas do grupo pesquisado seguem ao padrão apresentado por outras mulheres com a doença, como: a prevalência da idade adulta devido ao longo período de incubação da doença, a baixa renda familiar e baixa escolaridade, onde essas condições ampliam a vulnerabilidade dessa clientela à doença devido a maiores dificuldades no acesso ao diagnóstico e a falta de conhecimento em relação à enfermidade, resultando em uma baixa conscientização e adesão ao tratamento⁽⁵⁾. A união estável, encontrada como predominante no grupo é favorável à gravidez, caracterizando, pois, uma

clientela que necessita de atenção em anticoncepção.

Tabela 1 - Distribuição do número de mulheres com hanseníase em idade fértil segundo perfil demográfico e socioeconômico. Fortaleza-CE, 2011.

Variáveis	Nº	%
Idade em anos completos		
16 a 19	2	4,5
20 a 29	11	25
30 a 39	15	34,1
40 a 49	16	36,4
Procedência		
Fortaleza	30	68,2
Região metropolitana	10	22,7
Interior	4	9,1
Renda familiar mensal (em salários mínimos)		
1/2 a 2	29	65,9
Mais de 2	10	22,7
Não sabe	5	11,4
Nº de pessoas na família		
2 a 4	26	59,1
5 a 7	16	36,4
8 ou mais	2	4,5
Condição de união		
Mulheres casadas e em união consensual	32	72,7
Parceiro eventual	12	27,3
Escolaridade (em anos)		
Não estudou	1	2,3
1 a 3	5	11,4
4 a 7	15	34,1
8 a 10	10	22,7
11 ou mais	13	29,5
Total	44	100

Com relação ao perfil clínico da hanseníase, 23 (57,5%) eram Multibacilares (MB), sendo que 16 (40,0%) apresentaram a forma clínica dimorfa e sete (17,5%) a forma Virchowiana. Das 17 (42,5%) mulheres Paucilibacilares (PB), 14 (35%) apresentaram a forma tuberculóide e três (7,5%) a indeterminada. A reação hansênica foi um evento presente em 15 (37,5%) participantes. O Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico foi zero em 35 (87,5%) dos casos.

Os dados clínicos da hanseníase, no grupo, acompanham a tendência epidemiológica geral da hanseníase, na qual há predomínio das formas MB e GIF zero ao diagnóstico. Esses resultados refletem detecção precoce dos casos, fator protetor para o avanço do GIF⁽⁶⁾.

Os estados reacionais podem surgir antes, durante ou após a alta do tratamento, e estão relacionados às formas MB, fato evidenciado no presente estudo, com a constatação de 15 casos reacionais, sendo 13 (86,6%) MB.

O histórico sexual e reprodutivo revelou que 35 (87,5%) mulheres tinham filhos, com média de 2,3 filhos, sendo que 27 (77,1%) possuíam dois ou mais filhos, e oito (22,8%) um filho. A prática anticonceptiva foi afirmada por 31 (77,5%) participantes, sendo que 11 (35,4%) estavam laqueadas, oito (25,8%) usavam o Anticoncepcional Oral Combinado (AOC) e sete (22,5%) usavam o preservativo masculino. Dezenove (61,2%) mulheres estavam em uso de método anticoncepcional sem orientação profissional, nove (29,0%) eram acompanhadas sem serviço de planejamento familiar no Centro de Saúde da Família e três (9,8%) recebiam esses cuidados no próprio CDERM.

Estes dados assemelham-se ao apresentado em estudo realizado em 2006 com 80 mulheres com hanseníase, onde das 39 (48,7%) que afirmaram utilizar algum MAC, 15 (38,5%) usavam preservativo masculino, e oito (20,5%) AOC e laqueadura, respectivamente⁽⁷⁾. Confiança na laqueadura como método teoricamente definitivo foi motivo importante para sua escolha pelo grupo; a utilização de AOC foi motivada pela facilidade e autonomia no uso; o preservativo masculino, em geral, quando usado na iniciação do relacionamento devido às preocupações com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), após o estabelecimento de vínculo e confiança no parceiro tem o uso interrompido. Esse pensamento pode justificar a baixa adesão deste método no grupo pesquisado, já que a parceria fixa (com vínculo) prevaleceu⁽⁸⁾. Das mulheres que usavam algum MAC, 13 (41,9%) receberam orientação profissional, destas 53,9% pelos médicos e 46,1% por enfermeiros. Isto mostra que as demais, estão fazendo uso indiscriminado destes MAC, portanto, expostas as suas contraindicações.

De acordo com os critérios de elegibilidade para uso de MAC construídos para este estudo, das 31 mulheres em uso de MAC, 10 (31,5%) utilizavam um método que estava contra indicado para a mulher com hanseníase (categoria 4 da OMS). Mulheres que fazem uso de rifampicina não devem utilizar os

anticoncepcionais orais, pois, apesar da interação da rifampicina com os anticoncepcionais não ser perniciososa, é provável que reduza a eficácia dos métodos. Portanto, mulheres em uso prolongado do antibiótico, devem ser incentivadas a o uso de outros anticoncepcionais que não os hormonais orais⁽⁹⁾. Ademais, o percentual de mulheres expostas a gravidez não planejada é maior, visto que 9 (22,5%) não usavam MAC.

Conhecimento antes e após a intervenção educativa.

A maior parte das mulheres, ou seja, 38 (95,0%) não haviam recebido nenhuma informação sobre as implicações da gestação para si, o seu bebê e sobre os MAC mais adequados; duas (5,0%) afirmaram de modo equivocado que o bebê poderia nascer com hanseníase.

Esta realidade vem se mantendo constante entre as mulheres com hanseníase atendidas em Fortaleza, pois em estudo realizado em 2006 revelou que 82,5% (n=66) das participantes 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⁽⁷⁾.

Esta realidade corrobora a prevalência do nível de conhecimento limitado entre 28 (70%) mulheres na avaliação geral de todos os tópicos antes da intervenção educativa. No pré-teste, a média de acertos foi de $3,95 \pm 1,21$ quando a pontuação máxima era 10,00. Após a intervenção educativa esta média foi de $7,15 \pm 1,63$. A tabela 2 apresentada a seguir mostra o nível de conhecimento das participantes antes e após a intervenção.

No tópico sobre os riscos para o bebê, a média de acertos por participantes no pré-teste foi de $1,5 \pm 0,6$ achado que reflete o maior número de mulheres com conhecimento limitado, correspondendo a 20 (50%) mulheres. No pós-teste a média de acertos foi $2,3 \pm 0,6$ correspondendo a 19 (47,5%) mulheres com conhecimento substancial e 18 (45%) com conhecimento extenso.

Quanto ao conhecimento sobre os riscos maternos, a média de acertos foi $1,9 \pm 0,1$ no pré-teste, aumentando para $3,2 \pm 0,7$ no pós-teste. O conhecimento moderado foi prevalente na avaliação anterior a intervenção educativa, correspondendo a 16 (40%) mulheres, seguido

pelo conhecimento limitado de 14 (35%) mulheres. Nesta fase nenhuma participante apresentou conhecimento extenso. Após a intervenção, o conhecimento predominante foi o

substancial (45%), seguido pelo conhecimento extenso (40%).

Tabela 2 - Acertos obtidos sobre os riscos da interação entre hanseníase e gravidez para o bebê e a mulher e sobre os MAC mais adequados na hanseníase antes e após intervenção educativa. Fortaleza-CE, 2011.

	Antes da Intervenção (pré-teste)			Após a Intervenção (Pós-teste)		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Riscos para o Bebê						
Nível de conhecimento						
Nenhum	1	2,5	0,4 – 12,8	1	2,5	0,4 – 12,8
Limitado	20	50	35,2 – 64,8	-	-	-
Moderado	5	12,5	5,4 – 26,1	2	5	1,3 – 16,5
Substancial	11	27,5	16,1 – 42,8	19	47,5	32,9 – 62,5
Extenso	3	7,5	2,5 – 19,8	18	45	30,7 – 60,1
Riscos para a Mãe						
Nível de conhecimento						
Nenhum	-	-	-	-	-	-
Limitado	14	35	22,1 – 50,4	-	-	-
Moderado	16	40	26,3 – 55,4	6	15	7 – 29
Substancial	10	25	14,1 – 40,1	18	45	30,7 – 60,1
Extenso	-	-	-	16	40	26,3 – 55,4
Uso de métodos anticoncepcionais apropriados						
Nível de conhecimento						
Nenhum	20	50	35,2 – 64,8	9	22,5	12,3 – 37,5
Limitado	20	50	35,2 – 64,8	7	17,5	8,7 – 31,9
Moderado	-	-	-	5	12,5	5,4 – 26,1
Substancial	-	-	-	18	45	30,7 – 60,1
Extenso	-	-	-	1	2,5	0,4 – 12,8
Conhecimento global						
Nível de conhecimento						
Nenhum	-	-	-	-	-	-
Limitado	28	70	54,5 – 81,9	1	2,5	0,4 – 12,8
Moderado	8	20	10,5 – 34,7	9	22,5	12,3 – 37,5
Substancial	4	10	3,9 – 23,0	12	30	18 – 45,4
Extenso	-	-	-	18	45	30,7 – 60,1

O conhecimento sobre os MAC mais adequados na hanseníase ficou entre nenhum e limitado, correspondendo a 50,0% para cada nível, no pré-teste. Neste tópico, as participantes deveriam organizar corretamente todos os MAC em cada um dos três critérios (Posso usar com maior segurança, pois falham pouco e não pioram a hanseníase; É melhor evitar, pois podem piorar a hanseníase; É melhor evitar, pois falham mais), para que fosse avaliado como

acerto. Assim, a média de acertos anterior à intervenção foi de $0,5 \pm 0,5$ aumentando para $1,4 \pm 0,7$ acertos, predominando o nível de conhecimento substancial (45%).

O nível de conhecimento geral predominante no pré-teste foi o limitado entre 28 (70%) participantes, enquanto no pós-teste predominou o nível extenso entre 18 (45%) mulheres.

As ações de comunicação em saúde para as pessoas com hanseníase é um dos componentes

do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PCNH). Dentre os temas prioritários estabelecidos estão o estímulo ao autoexame, investigação dos contatos domiciliares, medidas de autocuidado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas⁽¹⁾.

Atualmente, as atividades educativas multiprofissionais estão fundadas nas normas do PCNH e na tradição de que educação em saúde é transmitir informações necessárias ao cuidado e adesão ao tratamento⁽¹⁰⁾.

No contexto do PCNH, os conteúdos explorados nesta pesquisa não foram mencionados. Contudo, os resultados apontam para a necessidade de sua inclusão nas orientações das consultas de rotina e práticas educativas e de promoção da saúde, como salas de espera, rodas de conversa, oficinas e outras. Destaca-se que estas ações educativas devem promover a autonomia e o empoderamento das mulheres com hanseníase, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde; aumentando a capacidade de compreender e agir sobre si^(11,12).

Somente pelo estabelecimento de uma relação com a mulher que respeite e informe seus direitos quanto ao acesso aos MAC, escutando-a sobre sua história de vida e

escolhas, percebendo-a na sua singularidade e integralidade será possível desenvolver uma prática educativa que favoreça a sua autonomia e oriente a anticoncepção.

CONCLUSÃO

Concluiu-se ser imprescindível o desenvolvimento de estratégias dessa natureza para que as mulheres com hanseníase melhorem seu conhecimento sobre a importância de adiar a maternidade durante o tratamento da doença e por dois anos após a sua conclusão, no sentido de prevenir danos à saúde da mãe, do conceito e agravar o quadro da doença.

Esta conclusão se sedimenta na constatação de que, o conhecimento global sobre implicações da gestação para a mulher com hanseníase e seu bebê e sobre os MAC mais adequados, passou de limitado entre 70% das participantes, para extenso por parte de 45% das participantes após a intervenção educativa.

Sugere-se que estudos futuros sejam desenvolvidos com uma amostra maior e que possa avaliar não somente o conhecimento imediato das participantes após a intervenção educativa, mas também as mudanças nas práticas anticoncepcionais do grupo pesquisado em longo prazo, o que foi reconhecido como limitação da presente pesquisa.

EDUCATIVE STRATEGY DIRECTED TO PREGNANCY AND CONTRACEPTION IN LEPROSY

ABSTRACT

Quantitative research of training about learning of knowledge carried out at the Dermatology Center Dona Libânia (CDERM), a reference unit in treatment of leprosy in Fortaleza-CE, Brazil. The objective was to assess the impact of educational strategy aimed at the knowledge of women with leprosy on the interaction between pregnancy and leprosy, and contraceptive methods suitable for this public. The participants were 40 women in childbearing age (16-49 years), sexually active, assisted at the CDERM, from March to April 2011. We performed interview and application of test before and immediately after intervention. In the pretest, the overall mean score was 3.95 ± 1.21 (70% with level of limited knowledge). After intervention the mean score was 7.15 ± 1.63 (45% with level of extensive knowledge). In the pretest and posttest, respectively, by topic, the averages of success were: risks to the baby (1.5 ± 0.6 and 2.3 ± 0.6); maternal risks (1.9 ± 0.1 and 3.2 ± 0.7); appropriate methods in leprosy (0.5 ± 0.5 and 1.4 ± 0.7). We concluded that the intervention helped promoting knowledge of women with leprosy on the topics covered.

Keywords: Leprosy. Pregnancy. Contraception. Health education. Health promotion.

ESTRATEGIA EDUCATIVA DIRIGIDA AL EMBARAZO Y A LA ANTICONCEPCIÓN EN LA LEPROSA

RESUMEN

Investigación cuantitativa de entrenamiento sobre el aprendizaje del conocimiento, realizada en el Centro de Dermatología Libânia (CDERM), unidad de referencia en tratamiento de lepra de Fortaleza-CE, Brasil. El objetivo

fue evaluar el impacto de la estrategia educativa dirigida al conocimiento de mujeres con lepra acerca de la interacción entre embarazo, lepra y métodos anticonceptivos adecuados a este público. Participaron 40 mujeres en edad fértil (16-49 años), sexualmente activas, atendidas en el CDERM, de marzo a abril de 2011. Se realizaron entrevista y examen antes e inmediatamente después de la intervención. En el pre-examen, el promedio de aciertos general fue de $3,95 \pm 1,21$ (70% con nivel de conocimiento limitado). Después de la intervención, el promedio de aciertos fue de $7,15 \pm 1,63$ (45% con nivel de conocimiento amplio). En el pre-examen y post-examen, respectivamente, por asunto, los promedios de aciertos fueron: riesgos para el bebé ($1,5 \pm 0,6$ y $2,3 \pm 0,6$); riesgos maternos ($1,9 \pm 0,1$ y $3,2 \pm 0,7$); métodos adecuados en la lepra ($0,5 \pm 0,5$ y $1,4 \pm 0,7$). Se concluye que la intervención ayudó a promover el conocimiento de mujeres con lepra sobre los temas tratados.

Palabras clave: Lepra. Embarazo. Anticoncepción. Educación em salud. Promoción de la salud.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). 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); 2010.
2. Grossi MAF, Leboeuf MAA, Andrade ARC, Bühler-Sékula S, Antunes CMF. Fatores de risco para a soropositividade do ML Flow em pacientes com hanseníase. Rev Soc Bras Med Trop. 2008; 41(2):39-44.
3. Duncan E. Leprosy in Pregnancy. In: Nunzi E, Massone C, organizadores. Leprosy: a practical guide. Itália: Springer; 2012.
4. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2010.
5. Corrêa RGCF, Aquino DMCA, Caldas AJM, Amaral DKCR, França FS, Mesquita ERBP. Aspectos epidemiológicos, clínicos e operacionais de portadores de hanseníase atendidos em um serviço de referência no Estado do Maranhão. Rev Soc Bras Med Trop. 2012; 45(1):89-94.
6. Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. Esc Anna Nery. 2011; 15(1):62-7.
7. Oliveira SGO, 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):31-8.
8. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS, Conrusus G. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad saúde publica. 2009; 25(2):269-78.
9. Carvalho MLO, Schor N. Esterilização feminina: em busca do controle da própria fertilidade. Cienc Cuid saúde. 2012; 11(suplem):95-101.
10. Silva MCD, Paz EPA. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. Esc Anna Nery. 2010; 14 (2):223-9.
11. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto & contexto enferm. 2010; 19(3):461-8.
12. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cienc saúde colet. 2007; 12(4):849-59.

Endereço para correspondência: Paula Sacha Frota Nogueira. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Bairro Rodolfo Teófilo. Sala 05. CEP: 60.430-160. Fortaleza - Ceará - Brasil. E-mail: sachanogueira@yahoo.com.br.

Data de recebimento: 02/06/2012

Data de aprovação: 24/06/2014