

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
VIII UNIDADE CURRICULAR
PROJETO DE TRABALHO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE
HANSEIANO E FAMÍLIA.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0154

Título: Assistência de enfermagem ao
paciente hanseniano e família.



972496987 Ac. 240705

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

ORIENTADORA: DIVA FIORINI

ACADÊMICOS: ANGELITA CESARINA WISBECK

JAQUELINE LUZIANA WISBECK

LEDENI SEBASTIÃO DOS SANTOS

SORAYA CYNTHIA DUWE

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0154

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, MARÇO DE 1989.

Ao fundo,
um maravilhoso dia de sol,
a água caindo em cachos
e...
completando o cenário,
alguém com um incontrolável desejo de gritar:
PERDÃO!

eu.

Então, como uma doce balada,
meu grito envolveria um homem especial e comum que,
acariciado pelas asas do seu destino, soube:
. encarar serenamente a vida de frente, sem ter olhos
. manipular com maestria o objeto do desprezo, sem mãos
. correr para a liberdade, sem ter pernas.

Porém,

. meus olhos se fecham com tristeza,
. minhas pernas fraquejam com desespero
. minha voz já não alcança o timbre da felicidade,
ao perceber que,
o que resta é o gosto amargo da certeza que,
um coração e um corpo ímpoluto
fazem inertes sob a lousa da inexistência.
Oh! Como é cruel admitir que foi isto que semeiei.
Que, entre lágrimas, foi isto que colhi.

(Angelita, Jaqueline, Ledeni e Soraya)

Ainda que tenhamos e dom da sabedoria,
ainda que os escritos de nossas linhas transmitam a essência do
conhecimento, estamos cientes que, cada palavra traçada para es-
te projeto foi cuidadosamente lapidada por pessoas que, certa-
mente, desejam apenas o nosso engrandecimento como profissionais
e como pessoas. Diva, Eliani e demais envolvidos, muito obrigado!

SUMÁRIO

	pg.
I- INTRODUÇÃO.....	05
II- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	09
III- DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS.....	19
IV- CRONOGRAMA.....	23
V- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
VI- BIBLIOGRAFIA.....	26
ANEXOS	

I-INTRODUÇÃO

É concreto afirmar que de todo homem emergem necessidades humanas básicas, que de acordo com HÖRTA(4) são "estados de tensões conscientes e inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais". A latência de tais necessidades rompe-se de acordo com o grau do desequilíbrio instalado.

A privação das condições normais, indispensáveis às interações dinâmicas da personalidade que contribuem para a metamorfose da auto-imagem no âmago de um ser humano, abrange tanto determinantes extrínsecos quanto motivações que dirigem os mecanismos adaptativos utilizados para satisfazer as exigências da gerência dos níveis biológicos, familiares e sociais.

A base para uma identidade é proporcionada por uma imagem corporal. Mesmo no ciclo do desenvolvimento normal ocorrem mudanças na estrutura da imagem que são experimentadas como ameaças, desencadeando então, crises, ou seja, repentinas alterações nas expectativas do indivíduo em relação a si próprio.

Considerando que a adaptação nem sempre é positiva quando de uma crise, dispomo-nos a acompanhar a vulnerabilidade do paciente hanseniano, cuja característica principal é a transferência à uma dimensão própria e sub-humana, não por espontaneidade, mas como consequência do estigma semeado pela sociedade sadia. Este isolamento vem reforçado pelas instalações do Hospital Santa Teresa, distante trinta e cinco kms. da capital, ladeada quase que exclusivamente por uma população de hansenianos desde sua fundação em 1948, pelo Interventor Nereu Ramos,

por decisão do então Presidente da República, Getúlio Vargas, que legislou a criação de Colônias para depositar hansenianos exportados da Europa para o Brasil. Possuía toda uma infra-estrutura de cidade, inclusive com moeda própria. Padres, policiais e funcionários das Prefeituras conduziam os acometidos pela doença para a Colônia a eles destinada. Chegou a possuir seiscentos pacientes, quando possuía apenas um médico dermatologista, um dentista, um bioquímico, um farmacêutico e sete atendentes de enfermagem. Os filhos sadios de pais hansenianos eram mantidos pelo Estado e ainda o são em número de oito ou nove, num Preventório em São José, município que abriga o Hospital Santa Teresa. Mais tarde a Colônia Santa Teresa foi destituída de sua posição de cidade e passou a funcionar como hospital mantido pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Há aproximadamente dois anos, seu nome foi substituído pelo atual, ou, Hospital de Dermatologia Sanitária Santa Teresa, porém sua planta física é a mesma da sua fundação: um prédio central onde funciona a Administração, uma enfermaria para hansenianos de ambos os sexos e no mesmo prédio o Serviço Técnico, um refeitório para os funcionários, uma cozinha e um refeitório para os pacientes, a antiga escolinha, que hoje está sendo transformada na Praxiterapia, oito pavilhões, dos quais, três ativos, três pavilhões destinados a pacientes psiquiátricos, dois pavilhões desativados onde funcionava a Cadeia, vinte e uma casinhas, com algumas delas ocupadas por pacientes assilares, o Cinema Teresa Ramos, hoje desativado, uma pocilga, um estábulo, a cozinha central que tem como anexo um bar e o antigo Parlatório, transformado em necrotério. O hospital conta atualmente com um quadro de funcionários que consta de: dois médicos dermatologistas, sendo um o Diretor da Instituição, um psiquiatra, um oftalmologista, um dentista, um clínico geral, três enfermeiros, uma assistente social, um bioquímico, um farmacêutico, dois auxiliares de enfermagem, dois técnicos de enfermagem e doze atendentes de enfermagem. Disporá a partir de março de 1989 com duas psicólogas estagiárias. Possui sessenta e seis pacientes hansenianos e trinta pacientes psiquiátricos.

Sob a percepção de que o paciente hanseniano vem sendo relegado desde seus primórdios e de que hoje, mesmo com a crescente certeza de que a hanseníase já não faz parte somente do mundo dos pobres, existem no Brasil meio milhão de casos e entre estes, mais de três mil estão em Santa Catarina, ama-

dureceu com o curso o desejo de um conhecimento mais profundo da incrível realidade destes seres humanos, a nós semelhantes.

Acreditamos que a importância do acompanhamento do paciente hanseniano no que concerne a sua auto-imagem, que segundo KOYZUMI(5) é "a identidade do ego", está em fazer um esforço real para atendê-lo como um adulto possuidor de inteligência, sobre a qual, os seres em que a mesma predomina, julgam-se no poder de discriminar e formular juízos.

É de nossa plena ciência o mito que adorna a patologia e apesar de que, em certa extensão, alguns destes padrões negativos já foram estabelecidos há milhares de anos, remanescentes de tais idéias primitivas e longínquas são possíveis de serem observados mesmo em sociedades mais desenvolvidas tecnologicamente. Isto despertou-nos uma atração pelo desafio, que concatenou-se com a visita ao local na VI Unidade Curricular.

É fascinante a perspectiva de que uma mudança de conceitos, mesmo abrangendo mínima esfera, seja possível, assim como uma revivescência do cuidado humanitário pelos que manifestam tão mistificada afecção.

Após decisão desta consistência, preparamo-nos, exigindo de nós próprios, dedicação e envolvimento completo, tendo percepção para tanto, que as reações e processos insanos são considerados exacerbações daqueles processos observados entre as pessoas que não atingiram a anormalidade, ou, a maioria dos seres deste planeta.

Os conflitos desencadeados interiormente e protegidos inicialmente por um delicado invólucro, podem eclodir violentamente, sem sincronia, dificultando a precisão dos momentos em que a expressão da personalidade será perceptível externamente. O impulso para detenção destas eclosões pode ser intenso e natural por parte nossa, mas indiscutivelmente inoportuno.

Estamos crentes que as forças, fragilidades e sentimentos do paciente não necessitam obrigatoriamente ser sepultados ao passar de sua vida social para o hospital, onde subalterno de incontáveis dias, será conduzido ao ignorantismo até de sua identidade, sem possibilidades de impugnar.

É, portanto, na auto-imagem do hanseniano adulto que embasa-se nossa meta mor enquanto estagiários neste campo. Apoiar-nos-emos nos ensinamentos passados por PAULO FREI

RE(3), que nos iguala ao nosso assistido dizendo que "a educação é comunicação e diálogo na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam unidos, a significação dos significados".

A certeza do paciente, de uma velhice insensata de satisfações pessoais e adaptáveis aos padrões de sua sociedade, deve ser amputada. Mas, antes que isto ocorra, é indispensável que em nós, sadios, seja conduzido à morte, qualquer vestígio de preconceito.

II-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

I-HISTÓRICO: "A hanseníase é uma doença crônica, pela qual é responsável o *Mycobacterium leprae*. As lesões clínicas principais ocorrem nos tecidos mais frios do organismo: pele, nervos superficiais, nariz, faringe, laringe, porção distal do olho, testículos, etc.. O desfiguramento e a deformidade, devidos a infiltração cutânea e a destruição dos nervos periféricos em pacientes não tratados, podem ser extremamente graves e visíveis. O desfiguramento é a principal razão para o medo e a repugnância histórica e tragicamente ligados a doença" (1).

O estigma que a sociedade impôs sobre a hanseníase é secular, datando da época de Cristo, quando os leprosos (como eram conhecidos) eram obrigados a anunciarem-se com uma sineta amarrada ao pescoço. Ao tilintar de tais alarmes, a população corria para esconder-se. Hoje as sinetas não são mais utilizadas, mas estão representadas pelos hospitais exclusivos para hansenianos, dos quais toda a sociedade sadia deseja distância.

"O *Mycobacterium leprae*, responsável pela infecção, foi descoberto em 1873 por G. Armauer Hansen, da Noruega. É um bastonete ácido-resistente, de 1,5 a 6 micras de comprimento e 0,2 a 0,45 micras de espessura. Embora os esforços feitos por Danielssen, na Noruega e Mouritz, no Havaí; para infectar o homem injetando material bacilífero nele, apenas um, por Arning, no Havaí, foi bem sucedido e não pode ser excluída a possibilidade de infecção anterior por meios ordinários. A inoculação aparentemente acidental de dois fuzilheiros, ao se tatuarem, foi comunicada durante a Segunda Guerra Mundial. A inoculação bem sucedida das patas de camundongo realizada em 1960, tornou possível identificar cepas sulfonorrresistentes do *M. leprae*" (1).

II-IMUNOLOGIA: "Estudos imunológicos recentes realizados nas doenças provocadas por parasitas intracelulares (como a hanseníase) trouxeram muitos ensinamentos e, de modo especial, o do papel da imunidade celular. Ficou evidentemente esclarecido que o pequeno linfócito T, timo dependente, é a célula coordenadora da imunidade celular. Ele não age para tentar eliminar o parasita; sua ação se faz através dos macrófagos, que são as células efetoras. A capacidade péxica e lítica dos macrófagos dependeria em última análise do papel dos linfócitos T e iriam justificar o comportamento diferente" (6).

"Muitos indivíduos mesmo vivendo íntima e prolongadamente com doentes contagiantes, nunca adoecem. Entende-se assim que, em áreas endêmicas a infectibilidade bacilar é alta, mas a sua patogenicidade é baixa, dada a ação de fatores constitucionais, os quais indicam a resistência ou suscetibilidade do hospedeiro para com o bacilo" (6).

III-CONTÁGIO: "Tanto quanto se sabe, o homem parece ser a única fonte de infecção. O contágio é habitualmente direto e feito através da convivência do indivíduo suscetível para com a fonte de infecção, que é o doente contagiante" (6).

"A penetração do bacilo no indivíduo processa-se de maneira semelhante a sua eliminação: pelas vias aéreas superiores e tegumento cutâneo ulcerado" (7).

É importante que a família seja orientada a respeito da natureza do contágio da hanseníase, pois ainda existem muitos tabus em relação a transmissão da doença. Somente pelo contato íntimo e prolongado com um doente não tratado há possibilidade de se contrair a doença. Esta por sua vez continua sendo contagiosa até trinta dias após o início do tratamento. A detecção precoce dos sinais e sintomas que caracterizam a hanseníase é fundamental para que o tratamento adequado seja buscado e deformidades sejam prevenidas, bem como o risco de contágio. A qui um alerta para as famílias deve ser dispensado, considerando-se que estas procuram recursos médicos somente quando o paciente apresenta alguma alteração física. É necessário também a conscientização de toda a sociedade sobre o isolamento do paciente, que não é preciso, devido a baixa infectibilidade do bacilo e que o afastamento da família fará com que o paciente comece a sentir-se discriminado e rejeitado. Se isto acontecer dentro de sua

casa, imaginemos na comunidade. É responsabilidade do enfermeiro participar deste tipo de programa junto a comunidade.

IV-INCUBAÇÃO: "A hanseníase apresenta o período de incubação mais longo que se conhece na patologia humana: três a cinco anos. Há referências a períodos mais curtos (sete meses) e períodos mais longos (dez anos)" (6).

V-DIAGNÓSTICO: "No diagnóstico da hanseníase, além da anamnese, incluem-se o exame clínico (dermatológico, neurológico e oftalmológico) e exames laboratoriais.

1. Anamnese: tem por objetivo apurar o início e o tempo da doença, como e quando se iniciou a doença (a hanseníase é doença de longa duração). Insistir sobre a percepção de parestesias nas extremidades dos membros, neuralgias, áreas de anestesia, manchas hipostésicas ou anestésicas e para indagar se o paciente tem ou teve convivência com outro hanseniano.

2. Exame Dermatológico: deve ser feito em ambiente bem iluminado, estando o paciente despido. Quando se tratar de hanseníase poderá se encontrar as seguintes lesões: manchas hipocrômicas, eritemato-hipocrômicas ou eritematosas, placas eritematosas infiltradas e de bordas difusas ou de limites externos nítidos e/ou marginados com microtubérculos, placas eritemato-violáceas, edematosas, elevadas, de limites externos nítidos, placas de localização palmar e plantar e região periorifical da face, lesões pré-faveolares, lesões faveolares, eritema e infiltração difusa, tubérculos, nódulos, madarose e lesões de mucosa. Verificar se existe alopecia, anidrose e transtornos da sensibilidade ao nível das lesões.

3. Exame Neurológico: Na VERIFICAÇÃO DA LESÃO TRONCULAR, para cada um dos troncos nervosos deve-se procurar a presença de dor espontânea ou provocada pela palpação, aderência dos planos adjacentes, espessamento. É conveniente comparar sempre com o do lado oposto. Este exame deverá ser feito nos seguintes nervos: radial, cubital, mediano, ciático-poplíteo-externo, tibial posterior e outros, ramo auricular do plexo cervical superficial, supra-orbital e o ramo do radial, os quais não têm expressão funcional, mas indicam participação neurológica do quadro clínico. A VERIFICAÇÃO DO COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NEUROLÓGICO é o exame subsequente ao anterior e deve ser feito para cada um dos nervos mencionados: radial, cubital, mediano, ciático-poplíteo-externo e tibial posterior. Na VERIFICAÇÃO DA INTEGRIDADE ANATÔMICA nas mãos

e nos pés deve-se atentar para a destruição dos ramos terminais dos nervos, ao nível da pele, que produz intensos transtornos da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil.

.Pesquisa da sensibilidade dolorosa: deve ser feito com muito cuidado, explicando-se previamente ao paciente o propósito do exame, em que consiste o mesmo e especialmente qual é a participação do paciente. Demonstra-se cada fase da pesquisa tendo o cliente os olhos abertos e em seguida pede-se que ele os feche para a realização dos testes. A sensibilidade térmica é a primeira a ser alterada na hanseníase, para a sua pesquisa emprega-se um tubo de ensaio com água fria e outro com água aquecida até 45 graus, com os quais toca-se a pele sã e depois a área lesada. A próxima a ser afetada é a sensibilidade dolorosa. Utiliza-se a ponta ou a cabeça de um alfinete, fazendo a pergunta: ponta ou cabeça?. A tátil é a última a ser comprometida na doença. Ao tocar de leve num ponto da pele com uma pequena mecha de algodão, pede-se ao paciente para que ele coloque o dedo no ponto tocado.

4. Avaliação Oftalmológica: a estrutura dos olhos pode-se alterar por três mecanismos: por lesões dos troncos nervosos, motores ou sensoriais, V e VII pares, por lesão direta do bacilo por via hematogena, por estados reacionários.

5. Exames Laboratoriais: exame bacterioscópico- a pesquisa do bacilo de Hansen deve ser feita, preferentemente em lesão cutânea com sinais evidentes de atividade. No caso de manchas ou lesões em placas nas formas tuberculóide e indeterminada, o local da colheita é a borda da lesão. Nas lesões virchowianas, o local da colheita é o centro da lesão. Exame histopatológico- consiste na excerese de mínima parte de pele lesada para avaliação das condições patológicas da mesma (biópsia)"(6).

Deve ser da competência do enfermeiro estabelecer o diagnóstico, baseando-se no roteiro apresentado acima, que determinará com precisão a forma clínica da hanseníase. Após o conhecimento do diagnóstico é importante que a enfermagem inteira a classe médica a respeito a fim de que seja estabelecida a terapêutica medicamentosa, que adida aos cuidados de enfermagem determinará prevenção de possíveis sequelas.

VI-CLASSIFICAÇÃO: O quadro a seguir nos mostra as características das diversas formas clínicas da hanseníase.

CLÍNICAS	BACTERIOSCÓPICAS (lesões cutâneas)	IMUNOLÓGICA	HISTOPATOLÓGICAS	FORMAS CLÍNICAS
Área de anestesia e manchas, placas hipocrômicas, eritemato hipocrômicas e eritematosas.	Negativa(-)	Positiva ou Negativa	Estrutura inflamatória crônica inespecífica	Indeterminada(I)
Eritema e infiltração difusa, placas eritematosas infiltradas e de bordas difusas, túberculos e nódulos, madarose (queda de cílios e subcílio), lesões da mucosa.	Positiva(+), bacilos abundantes e globias	Negativa(-)	Granuloma lepromatoso- células vacuoladas de Virchow.	Virchowiana(V)
Placas eritematosas de limites externos nítidos e/ou marginados com microtubérculos, com ou sem descamação.	Negativa(-)	Positiva(+)	Granuloma tuberculóide, células eptelióides e/ou gigantes, tipo Langhans.	Tuberculóide(T) Tórpida
Lesões pré-faveolares (eritematosas, elevadas de limites externos nítidos. Placas com centro claro claro). Lesões faveolares (eritematosas infiltradas com o centro deprimido). Lesões eritemato-pigmentares (tonalidade ferrugínea ou pardacenta).	Positiva(+), bacilos e globias.	Geralmente Negativa(-)	Granulomas tuberculóides é virchowianos, as vezes numa única lesão e outras vezes em lesões diferentes.	Dimorfa(D)

"A classificação inicial de um doente será baseada nas características das lesões cutâneas apresentadas e no resultado da baciloscopia do material retirado. Quando houver concordância da sintomatologia dermatológica com os resultados da baciloscopia quanto a classificação dos casos em Virchowianos, Tuberculóides e Dimorfos não há necessidade de ser realizado outro exame complementar. Havendo discordância, far-se-á biópsia de uma lesão para estudo histopatológico, que irá melhor contribuir para a classificação do caso" (6).

O início da doença, geralmente, vem sob a forma Indeterminada. A forma que a hanseníase irá assumir a partir daí, num paciente, pode ser indicada através do teste de Mitsuda, que consiste na aplicação de 0,1 ml de Solução de Mitsuda através da via intradérmica, na face anti-cubital do antebraço direito. Aguarda-se vinte e um dias para fazer-se a leitura. Esta pode ter três interpretações:

. positiva- quando aparecer no local da injeção, uma úlcera com mais de 5 mm. de diâmetro, indicando a forma Tuberculóide.

. fracamente positiva- quando a úlcera possir diâmetro menor do que 5 mm., indicando a evolução da hanseníase para a forma Dimorfa.

. negativa- quando, no local da inoculação, não houver vestígios de ulceração, indicando a evolução para a forma Virchowiana. As formas Indeterminada e Tuberculóide não são contagiosas, porém em todas as formas existe a possibilidade de deformidades. O tratamento deve ser adequado para cada forma. A ação e força imunitária do pequeno linfócito T, determinarã a suscetibilidade do indivíduo em relação ao bacilo. Qualquer disfunção no Sistema Imunológico atinge diretamente o linfócito T, que refletir-se-ã no aumento da probabilidade de contaminação pelo bacilo de Hansen.

VII- TRATAMENTO: "Apesar de ser uma doença grave, a hanseníase é curável desde que as drogas específicas isoladas ou em associação medicamentosa, sejam prescritas em doses adequadas e o doente tome regularmente os medicamentos por tempo suficiente" (7).

"Existem três esquemas de tratamento medicamentoso:

. O primeiro tem indicação aos doentes Virchowianos e Dimorfos virgens de tratamento:

Primeira fase: durante três meses.

Rifampicina- 600 mg.

Sulfona- 100 mg.

Segunda fase: de três meses até cinco anos depois da inativação do caso.

Sulfona- 100 mg.

Esquema dois: com medicação para Tuberculóides e Indeterminados virgens de tratamento:

Sulfona- 100 mg.

Esquema três: para doentes com sulfonorresistência

Primeira fase: durante três meses.

Rifampicina- 600 mg.

Clofazimina- 100 mg.

Segunda fase: após três meses:

Clofazimina- 100 mg" (6).

"É atividade prioritária no controle da hanseníase o tratamento de todos os indivíduos doentes, principalmente os bacilíferos (V e D), para que se interrompa a cadeia de transmissão. O tratamento independente da forma clínica deve-se realizar em regime ambulatorial e a hospitalização para tratamento das intercorrências deverá ser feita de preferência em hospitais gerais" (7).

A hanseníase reacionária ocorre devido a aplicação de medicamentos bactericidas ou seja, o paciente Virchowiano não tem defesa contra a doença. Isto é congênito. O linfócito T não recebeu a carga genética para reconhecer o bacilo de Hansen. O bacilo invade o organismo sem que haja uma resposta imunológica, pois o linfócito T não envia os macrófagos para a zona de ataque. O Virchowiano precisa então de dois tipos de medicamentos: um bactericida e um bacteriostático (respectivamente Rifampician e Sulfa). O bacteriostático tem a função de interromper a proliferação do bacilo e o bactericida faz o papel do macrófago, nesta forma clínica, que é matar o bacilo. Quando o Virchowiano recebe esta medicação, na verdade, está recebendo a defesa que não possui. Ocorre geralmente uma reação positiva do organismo. Iniciam-se os estados reacionais da hanseníase: neurites, febre, astenia, erupções generalizadas. Para o controle destes estados reacionais é usado a Talidomida.

VIII-MEDIDAS GERAIS DE CONTROLE: "Educação em saúde. descoberta

de doentes, prevenção das incapacidades, bem como o seu tratamento, controle dos comunicantes"(6).

É de responsabilidade da Saúde Pública a prevenção a nível comunitário e para tanto faz-se necessário a investigação e vigilância epidemiológica.

"As incapacidades físicas não são inevitáveis ou necessárias, na hanseníase, pelo contrário, sua presença indica deficiências no diagnóstico e tratamento. Em um programa bem aplicado de endemia, praticamente nenhum paciente apresentará, no momento do diagnóstico, de deformidades atribuíveis à falta de cuidados primários.

A determinação do índice de incapacidade de um paciente antes do tratamento é um aspecto importante no combate à infecção, porque se não é proporcionada uma assistência preventiva, só resta aguardar a instalação da incapacidade e da invalidez. O problema da invalidez causado pela hanseníase, tem sido objeto de atenções particulares, nos últimos anos, porque, além dos aspectos sociais e psicológicos enfrentados pelo paciente, as incapacidades podem causar limitações no trabalho, incidindo na fase produtiva do indivíduo. É evidente que as taxas de invalidez entre os casos novos diminuí gradualmente a medida que o diagnóstico é precoce"(2).

Considerando as afirmações acima, é necessário enfocar a participação indistinta dos profissionais de saúde no diagnóstico precoce, tratamento, educação, reabilitação e no trabalho de reinserção do indivíduo hanseniano na sociedade. A contribuição dos profissionais de saúde é fundamental como elemento de apoio e de complementação das atividades de atenção global às necessidades humanas básicas da pessoa com deficiência e especialmente da auto-imagem, que é gradualmente afetada a partir do conhecimento do diagnóstico, pois trata-se da "identidade do ego", como diz KOIZUMI(5).

Os distúrbios da auto-imagem surgem porque há uma diminuição na aceitação do corpo como ele é, e como o paciente o prevê para daqui a alguns anos. Este desequilíbrio pode levar o indivíduo ao desencadeamento e exteriorização da crise da auto-imagem, onde o mais importante é a percepção do indivíduo sobre o que ele tem em mente mais do que a própria realidade tal como ela se apresenta. Sendo a imagem corporal uma entidade psicológica derivada de interações sociais passadas e atuais,

sofre influência e de grande peso, das pessoas que o cercam.

Noohanseniano, a tendência da auto-íamgem é comprometer-se cada vez mais através dos anos, por interferência da fisiologia- através das sequelas, psicologia- através da introjeção de conceitos sobre si mesmo devido as sequelas e a doença, sociedade, que ainda discrimina e estigmatiza demasiadamente o hanseniano.

Fundamenta-se aqui a importância do trabalho do enfermeiro, que deve conhecer e identificar a diversas etapas da crise da auto-íamgem e suas manifestações, que se apresentam sob a forma de comportamentos verbalizados e não verbalizados. Para tanto, a assistência de enfermagem deve estar embasada na percepção do indivíduo como ele se vê, como tentativa de amenizar a infamante realidade que a sociedade sadia lhe aferiu.

FINALIDADE DO PROJETO

"Que o paciente hanseniano sinta a atenção do grupo acadêmico em relação aos seus problemas e que a família e a comunidade se conscientizem da mistificação que envolve a patologia".

III- DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS

I-GERAIS:

1. O paciente hanseniano receberá assistência de enfermagem.
2. A família e a comunidade deverão despertar para a consciência de uma maior interação com o paciente hanseniano.

II-ESPECÍFICOS:

1. O paciente hanseniano de primeira e segunda internação do Hospital de Dermatologia Sanitária Santa Teresa receberá assistência de enfermagem no aspecto dermatoneurológico.

Estratégias:

- a) Realizar consulta de enfermagem direcionada ao aspecto dermatoneurológico (roteiro de consulta como anexó 01) a quatro pacientes.
- b) Relacionar problemas de enfermagem.
- c) Fazer prescrições de enfermagem.
- d) Respeitar as prescrições ao dispensar os cuidados de enfermagem.
- e) Realizar prevenção de deformidades.
- f) Fazer reabilitação de deformidades quando estas se fizerem presentes.
- g) Orientar sobre a patologia e tratamento.

Aprazamento: 28.03.89 a 09.06.89.

Avaliação: Será considerado alcançado o objetivo acima descrito se ao final do estágio forem realizadas no mínimo quatro consultas, com levantamento de problemas, prescrições de enfermagem, execução das mesmas, prevenção, reabilitação e orientação.

2. O paciente da enfermaria do Hospital Dermatológico Santa Teresinha receberá assistência de enfermagem para as suas necessidades básicas afetadas.

Estratêgias:

- a) Selecionar oito pacientes crônicos, de preferência que possuam famílias próximas ao hospital.
- b) Estabelecer uma relação com os pacientes.
- c) Conhecer história pregressa dos pacientes selecionados.
- d) Identificar problemas de enfermagem.
- e) Adaptar-se as normas e rotinas da hospital, previamente conhecidas através da supervisora.
- f) Fazer prescrições de enfermagem baseadas nos problemas levantados.
- g) Executar prescrições de enfermagem respeitando as normas e rotinas da enfermaria do hospital.
- h) Reconhecer e comparar a qualidade da assistência dispensada no hospital com aquela preconizada pelo Ministério da Saúde.

Aprazamento:

a/b/c/d/e- 28.03.89 a 07.04.

f/g/h- 11.04.89 a 09.06.89

Avaliação: Este objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio oito pacientes crônicos forem acompanhados desde 28.03.89, quando uma relação estagiário/paciente deverá ser estabelecida. Desta deverá acontecer a coleta de dados, história pregressa, levantamento de problemas, realização de prescrições de acordo com as normas e rotinas conhecidas e ainda a assistência dispensada no hospital precisará ser comparada com a preconizada pelo Ministério da Saúde e depois, anotada.

3. Ao paciente com sequelas deverá ser dispensada atenção em relação a sua auto-imagem.

Estratêgias:

- a) Fazer levantamento dos pacientes da enfermaria com sequelas.
- b) Selecionar oito pacientes que de preferência possuam famílias próximas ao hospital.
- c) Identificar, através de entrevistas e conversas informais, sinais e sintomas que caracterizem a auto-imagem afetada.
- d) Incentivar o paciente a adaptar a sua auto-imagem com a sua realidade.

Aprazamento:

a/b- 28.a 31.03.89

c/d- 04.04.89 a 09.06.89

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se todas as estratégias forem cumpridas dentro do prazo estabelecido e se observados resultados positivos.

4. A família dos pacientes-selecionados por nós, será acompanhada sempre que possível.

Estratégias:

a) Identificar as famílias dos pacientes selecionados e acompanhados por nós dentro do hospital (enfermaria).

b) Realizar visitas domiciliares, elaborando um plano de ação para cada família, respeitando suas expectativas e nossas observações (roteiro de visita domiciliar como anexo 02).

c) Estimular a aproximação entre a família e o ambiente do paciente hanseniano.

d) Abordar a família no aspecto da sua auto-imagem em relação à comunidade, escola, igreja, etc..

Aprazamento:

a- 28.03.89 a 17.04.89

b/c/d- 18.04.89 a 09.06.89

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se 80% das famílias identificadas forem visitadas e desenvolvido o plano de ação pré-estabelecido.

5. A comunidade que abriga o Hospital de Dermatologia Sanitária Santa Teresa será acompanhada.

Estratégias:

a) Reconhecer a área e o número de famílias da comunidade Colônia Santa Teresa através da coleta de dados na Prefeitura de São José.

b) Fazer um levantamento junto ao Serviço de Dermatologia Sanitária do Primeiro CARS, das famílias que possuem pacientes hansenianos e que residam na comunidade.

c) Conhecer os locais da comunidade que reúnem maior número de pessoas para atividades. Exemplo: escola, igreja, ação social.

d) Promover uma reunião com o Padre/Pastor, professores, representantes da associação de moradores e conselheiros paroquiais para colher sugestões e solicitar o apoio no sentido de reunir a comu

idade. Poder trocar idéias sobre o significado do Hospital de Dermatologia Sanitária Santa Teresa e sobre suas reações em relação ao estigma da doença.

e) Proferir palestra à comunidade em geral sobre o hospital e a patologia.

f) Proferir palestra aos alunos de quinta a oitava séries, bem como a todos os integrantes da escola sobre o hospital e a patologia.

Aprazamento:

a/b/c- 31.03.89 a 21.04.89

d/e/f/g- 25.04.89 a 09.06.89

6. O grupo acadêmico reservará um dia útil da semana de estágio para estudo.

Estratégias:

a) Listar assuntos de hanseníase, Saúde Pública e Comunidade e necessidades humanas básicas, ainda pendentes para o nosso conhecimento.

b) Dividir por ordem de importância.

c) Ler e debater em grupo.

d) Avaliar o resultado do estudo através de questionamentos entre o grupo.

e) Rememorar através da consulta às anotações, as atividades desenvolvidas nas horas de estágio da semana anterior.

f) Avaliar as atividades, identificando, discutindo e corrigindo faltas.

Aprazamento: 03.04.89 a 05.06.89

Avaliação: O objetivo acima será considerado alcançado se ao final do estágio o grupo tiver se reunido todas as vezes propostas e aprofundar conhecimentos no maior número possível de temas selecionados e listados.

IV-CRONOGRAMA

V-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao teermos este planejamento, despertou em nós um sentimento de consideração maior ao indivíduo isolado, assumindo a forma de um instinto cultivado para levar solidariedade e conforto a um ser humano particular.

A possibilidade de julgamento da capacidade para desenvolver um projeto desta natureza, evoluiu a cada linha traçada, culminando com a certeza de que com sua aplicabilidade estaremos fazendo Saúde Pública, modificando provavelmente, o conceito de que, o encargo de promover a saúde encontra-se nas mãos dos profissionais de saúde.

A enfermagem comunitária é responsável, não pela prestação de saúde pessoal aos membros da comunidade, mas pela garantia de que esta comunidade seja conduzida à descoberta de mecanismos superiores e manipuláveis, para identificação contínua de deficiências que careçam de cuidados a qualquer momento e para o devido atendimento dos problemas identificados.

A perspectiva de problemas morais e éticos de um tipo essencialmente novo aproxima-se mais intensamente de nós com o findar do projeto. Desta forma não nos é possível pormo-nos na situação de detentores absolutos do saber, mas humildemente, de transmissores de parco saber.

VI-BIBLIOGRAFIA

I-CITADA:

1. ARNOLD, Harry L. Jr. // Lepra (Mal de Hansen). // In: BEESON, P. B & McDERMONT. // Tratado de Medicina. // 13 ed. // Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1973. // p. 648-652.
2. BORGES, E., et alii // Determinação do Grau de Incapacidade em hansenianos não tratados. // Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 3(3) 266-271, julho/setembro, 1987.
3. FREIRE, Paulo // Educação e Mudança. // 12 ed. // Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
4. HORTA, W. de A. // Necessidades Humanas Básicas: Considerações Gerais. // Revista de Enfermagem Novas Dimensões. // 1(5):266-268. // São Paulo, 1975.
5. KOIZUMI, M. S. // O Atendimento da Enfermeira em Relação à Necessidade de Auto-imagem. // Revista de Enfermagem Novas Dimensões. // São Paulo, 1(2):69-74, maio/junho, 1975.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. // Guia: Plano de Controle da Hanseníase. // 2 ed. // Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
7. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, CCS, Departamento de Saúde Pública. // Hanseníase. // Florianópolis, 1988.

II-CONSULTADA:

1. ARNOLD, Harry L. Jr. // Lepra (Mal de Hansen). // In: BEESON, P.B. & McDERMONT. // Tratado de Medicina. // 13 ed. // Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1973. // p. 648-652.
2. BORGES, E. et alii. // Determinação do grau de incapacidade em hansenianos não tratados. // Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 3(3) 266-271, julho/setembro, 1987.
3. BRUNNER & SUDDARTH. // Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. // Rio de Janeiro, Interamericana, 1982.
4. CRISTÓFOLINI, L. // Prevenção de Incapacidades na Hanseníase. // Revista Brasileira de Enfermagem, RS, 35(3 e 4):226-237, julho/dezembro, 1982.
5. DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. // Guia Para o Controle da Hanseníase. // 1978.
6. DIVISÃO NACIONAL DE LEPRO, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Saúde. // Guia Para Controle da Lepra. // 1973.
7. FREIRE, Paulo. // Educação e Mudança. // 12 ed. // Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
8. GUEDES, Eloisa A. // Função da Enfermeira de Saúde Pública na Investigação Epidemiológica. // Revista de Enfermagem Novas Dimensões, São Paulo, 1(5):253-256, novembro/dezembro, 1975.
9. KOIZUMI, M.S. // O Atendimento da Enfermeira em Relação à Necessidade de Auto-Imagem. // Revista de Enfermagem Novas Dimensões, São Paulo, 1(2):69-74; maio/junho, 1975.
10. LIMA, Venício Arthur de. // Comunicação e Cultura: As Idéias de Paulo Freire. // 12 ed. // Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1984.

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. // Hanseníase: Prevenção e Tratamento das Incapacidades Físicas, Mediante Técnicas Simples. // Rio de Janeiro, 1977.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. // Guia Para o Controle da Hanseníase. // 2 ed. // Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
13. MOREIRA, M.B.R. // Enfermagem em Hanseníase. // Florianópolis, Departamento de Saúde Pública, UFSC, 1988.
14. NEVES, T.A. et alii // O Papel do(a) Enfermeiro(a) do Trabalho na Reinserção Social da Pessoa com Deficiência. // Revista Brasileira de Enfermagem, RS, 35(3 e 4):192-199, julho/dezembro, 1982.
15. PAIM, Lygia. // Algumas Considerações de Enfermagem Sobre as Necessidades Psico-Sociais e Psico-Espirituais dos Pacientes. // Revista Brasileira de Enfermagem, D.F., 32(2):160-166 abril/maio/junho, 1979.
16. PINTO, Sonia Maria Passos da Silva et alii. // Metodologia da Assistência de Enfermagem- Uma Nova Estratégia de Educação em Saúde. // Revista Brasileira de Enfermagem, RS, 36(2): 177-182, abril/maio/junho, 1983.
17. RABELLO, F.E. // Hanseníase (Moléstia de Hansen). // Rio de Janeiro.
18. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, CCS, Departamento de Saúde Pública. // Hanseníase. Programa de Controle da Hanseníase. // Florianópolis, 1988.

ANEXOS

ANEXO 01

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA
HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA SANTA TERESA
AVALIAÇÃO DO PACIENTE HANSEIANO
(ROTEIRO DE CONSULTA)

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

UNIDADE:	DATA DA INTERNAÇÃO:	REGISTRO:
NOME:		
SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	COR:
ESTADO CIVIL:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	PROFISSÃO:
PROCEDÊNCIA:	NETURALIDADE:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
ENDEREÇO PROFISSIONAL:		
PAI:		
MÃE:		

II- HISTÓRIA PREGRESSA DA DOENÇA:

-MANIFESTAÇÕES INICIAIS (DATA, SINAIS, E SINTOMAS)

-CONDUTA:

-DIAGNÓSTICO (QUEM E QUANDO REALIZADO):

-TRATAMENTO (INÍCIO, DROGA UTILIZADA, DOSE USADA, TEMPO DE USO):

-EXAMES ESPECÍFICOS REALIZADOS:

.BACILOSCOPIA:	DATA:	RESULTADO:
.MITSUDA:	DATA:	RESULTADO:
.BIÓPSIA:	DATA:	RESULTADO:

-OUTRAS DOENÇAS:

-ANTÉCEDENTES FAMILIARES:

III-INSPEÇÃO, PALPAÇÃO E REGISTRO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS:

1...LESÕES CUTÂNEAS:

- A) MANCHAS:
- B) TUBÉRCULOS:
- C) ERITEMA NODOSO:
- D) ERITEMA POLIMORFO:
- E) PLACAS:
- F) NÓDULOS:
- G) INFILTRAÇÃO:
- H) DESINFILTRAÇÃO:
- I) OUTROS

2. FACE:

A) OLHOS:

OD

OE

SUPERCÍLIOS:

CÍLIOS:

VIA LACRIMAL(SCHIRMER'S):

PÁLPEBRAS:

PARESIA:

PARESTESIA:

LAGOFTALMO:

CONJUNTIVA:

INFLAMAÇÃO:

PTIRÍGIA:

ESCLERÓTICA:

SENSIBILIDADE:

NERVOS ALTERADOS:

CÓRNEA:

QUERATITE PUNCTATA:

ÚLCERAS:

CICATRIZES:

B) NARIZ:

- OBSTRUÇÃO NASAL:
- PRESENÇA DE CROSTAS:
- CORIZA(ASPECTO):
- MUCOSA(COR, BRILHO, NÓDULOS, PLACAS, INFLAMAÇÃO):
- ALTERAÇÕES DA FORMA NASAL:

IV- MEMBROS SUPERIORES:

- INSPEÇÃO: PELE SECA; HIPERQUERATOSE; ÚLCERAS; CALOS; FISSURAS; QUEIMADURAS; CICATRIZES; ANQUILOSES; AMPUTAÇÕES; ATROFIAS; OUTROS):

- PALPAÇÃO DE TRONCOS NERVOSOS:

- MOBILIDADE ARTICULAR:

- FORÇA MUSCULAR:

- SENSIBILIDADE:

- LESÕES NEUROLÓGICAS: GARRA: CUBITAL ()

MEDIANA ()

RADIAL ()

V- MEMBROS INFERIORES:

- INSPEÇÃO (COMO NOS MEMBROS SUPERIORES)

- PALPAÇÃO DE TRONCOS NERVOSOS:

- MOBILIDADE ARTICULAR:

- FORÇA MUSCULAR:

- SENSIBILIDADE:

VI- EXAMES ESPECÍFICOS:

- BACILOSCOPIA:

- MITSUDA:

- BIÓPSIA:

VII- MEDICAÇÃO:

VIII- PLANO DE CUIDADOS:

REVISÃO REALIZADA EM:

MÉDICO:

ENFERMEIRO(A):

ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR:

1. Seleção da visita a ser realizada;
2. Hora mais apropriada para a assistência a ser prestada;
3. Itinerário e meio de transporte;
4. Tempo disponível dos visitantes;
5. Consulta aos dados do paciente/família;
6. Estudo dos dados levantados;
7. Revisão dos conhecimentos científicos para aplicação nas orientações;
8. Definição da conduta a ser seguida e estabelecimento de um plano provisório das ações de enfermagem;
9. Seleção do material (estratégia) a ser utilizado na visita;
10. Complementação do estudo com informações que possam ajudar na abordagem do assunto;
11. Execução das ações de enfermagem planejadas ou equacioná-las à situação encontrada;
12. Avaliação dos objetivos da visita e do seu alcance;
13. Registro das ações da visita;
14. Problemas a considerar:
 - . Problemas aparentes e cientes da família;
 - . Problemas a parentes e não cientes da família;
 - . Estabelecimento de formas de comunicação verbal e não verbal adequadas a realidade da família.