

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CLIENTES HANSENIANOS
MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY**

POR

JUSTINA CONTRERAS

**FLORIANÓPOLIS
SANTA CATARINA - BRASIL
OUTUBRO DE 1990**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

TÍTULO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CLIENTES HANSENIANOS:

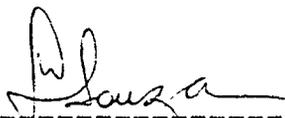
MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

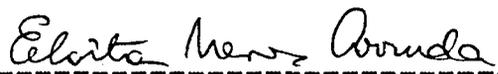
JUSTINA CONTRERAS

APROVADA EM: 11/10/90



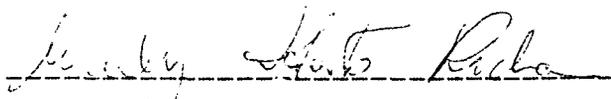
Dra. Maria de Lourdes de Souza

Examinadora



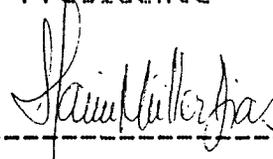
Dra. Eloita Neves Arruda

Presidente



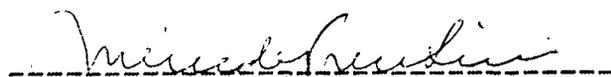
Dra. Marly Theoto Rocha

Examinadora



Dra. Lygia Faim M. Dias

Examinadora Supl.



Dra. Mercedes Trentini

Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Eloita Neves Arruda

A BONDADE DE DEUS

*óh! Deus Eterno, o Teu amor chega até os ceus,
a Tua fidelidade vai até as nuvens.*

*A Tua justiça é firme como as grandes montanhas
e os Teus julgamentos são profundos como o mar.*

*óh! Deus Eterno, Tu cuidas das pessoas
e de todo ser vivente,*

como é precioso o Teu amor!

*Muito obrigada por ter me acompanhado
e cuidado, durante esta caminhada.*

Adaptado do Salmo 36:5-9

A Bíblia na Linguagem de Hoje.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Eloita Neves Arruda meu sincero reconhecimento, pela sua seriedade e competência, pelo seu apoio e estímulo na orientação do presente trabalho.

Também expresso minha gratidão:

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, por terem me dado o privilégio de ser aluna deste curso.

À Coordenadora, Professores, Colegas e Funcionários do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC.

Ao CNPq e a CAPES, organizações brasileiras que proporcionaram o valioso auxílio financeiro para a concretização desta fase de estudos.

As professoras e colegas enfermeiras: Vera Lúcia G. Blanck, Diva Fiorini, Lúcia T. Gonçalves, Lygia Paim, Maria de Lourdes de Souza, Lúcia Cristofolini, Rut A. Lopes, Clélia S. Lobato, pelas sugestões oportunas e fornecimento de material bibliográfico e principalmente pela sua amizade.

Ao Instituto Lauro de Souza Lima de Bauru-SP, especialmente aos Drs. Oswaldo Cruz e Vladimir Opromalla, porque permitiram que adquirisse conhecimento mediante os cursos e estágio na área de hanseníase.

Ao Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - Área de Dermatologia Sanitária (Hanseníase) na pessoa da Dra. Leontina

Margarido Tedesco Marchese e enfermeira Dra. Marly T. Rocha, por permitirem a prática de consulta de enfermagem e educação em saúde ao hanseniano.

Ao pessoal do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina - área de hanseníase, pelo fornecimento de material bibliográfico e dados atualizados que enriqueceram este trabalho.

Ao Hospital Santa Teresa de Dermatologia Sanitária, na pessoa do seu diretor, pessoal técnico e administrativo e particularmente ao pessoal de enfermagem.

Ao cliente portador de hanseníase, por permitir conhecer seu mundo íntimo mostrando paciência e boa vontade e compreendendo a importância de sua participação na elaboração deste estudo.

À Marília Etgens, por ter me acolhido com muito carinho em sua casa e pelo constante conforto, ânimo, compreensão e amizade em todo momento desta caminhada.

À Márcio H. da Costa, um grande amigo, meus agradecimentos por sua ajuda nas diferentes etapas do desenvolvimento do curso de mestrado e particularmente na digitação deste trabalho.

Aos membros da Igreja Adventista do 7o. Dia, por seu apoio moral, espiritual e emocional, e a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste sonho.

Finalmente, ao Brasil, minha pátria adotiva na qual no transcurso deste tempo de estudo vivi épocas inesquecíveis.

R E S U M O

O presente estudo teve como objetivo aplicar o Modelo de Adaptação em Enfermagem proposto por Callista Roy, na assistência a 15 clientes portadores de hanseníase em condição hospitalar e asilar, em um hospital de Dermatologia Sanitária em uma cidade do sul do Brasil.

A assistência de enfermagem visou promover a adaptação do cliente hanseniano, através da implementação do processo de enfermagem, após identificar as respostas adaptativas e/ou inefetivas e manipulação dos estímulos (focal, contextual e residual) dentro dos 4 (quatro) modos adaptativos, ou seja, necessidades fisiológicas, auto-conceito, função do papel e interdependência. Constatou-se que: 1) é possível aplicar tal modelo assistencial, desde que se possua conhecimentos e habilidades na área específica de hanseníase, bem como no processo de enfermagem e no Modelo de Adaptação de Roy; 2) Os clientes portadores de hanseníase em condição asilar, independente de terem ou não deformidades incapacitantes irreversíveis, manifestam comportamentos adaptativos à sua atual condição de vida; 3) os clientes portadores de hanseníase em condição hospitalar que não possuem deformidades físicas têm o potencial de reverter os comportamentos inefetivos em adaptativos e continuar morando no seio da família e da sociedade, desde que recebam orientação e assistência adequada; 4) os clientes portadores de hanseníase em condição hospitalar com início de lesões incapacitantes, apresentaram dificuldades de se aceitarem com a doença, manifestam comportamentos inefetivos, os quais poderiam ser revertidos se o cliente decidisse assumir responsabilidades na condução da sua própria vida.

ABSTRACT

The present study had as its objective to apply Callista Roy's Nursing Adaptation Model to the assistance of 15 leprosy bearer patients, whose condition required hospital and asylum care, admitted at a Sanitary Dermatology Institution in a Brazilian southern city.

The nursing assistance aimed at promoting adaptation of the leper patient, through the implementation of the nursing process, after having identified the adaptative and/or ineffective responses and the manipulation of the stimuli (focal, contextual and residual) within the four adaptative modes, that is, physiological needs, self-concept, role-function and interdependence. It was noticed that: 1) it is possible to apply such assisting pattern provided knowledge and ability are exhibited in the specific area of leprosy, as well as in the nursing process and Roy's Adaptation Model; 2) leprosy bearer patients whose condition requires asylum care, regardless of bearing or not incapacitating irreversible deformities, show the tendency to adapt to their present life condition; 3) leprosy patients whose condition requires hospital care, and who present no physical deformities, can reverse their ineffective behaviors and show the capacity to adapt and go on living with their family and community, as long as they receive adequate guidance and assistance; 4) leprosy bearer patients whose condition requires hospital care, and showing the first signs of incapacitating lesions, presented difficulties in accepting such disease and behaved ineffectively. Such behavior could be reversed if the patient decided to accept responsibilities in leading his/her own life.

ÍNDICE

CAPÍTULO	Página
I. INTRODUÇÃO	09
Objetivos	12
Geral	12
Específicos	12
II. REVISÃO DE LITERATURA	14
A Hanseníase: Aspectos Históricos	14
Aspectos Epidemiológicos	27
A Assistência ao Paciente Hanseniano	35
O Papel da Enfermagem na Assistência ao Hanseniano	38
III. MARCO CONCEITUAL	43
Pressupostos da Teoria de Adaptação de Roy	43
Conceitos de Enfermagem de MAR	44
O Ser Humano	44
Enfermagem	54
Saúde	55
Meio Ambiente	55
IV. METODOLOGIA	57
Local	57
Participantes do Estudo	59
Procedimentos	60
Proteção dos Direitos Humanos	62
O Instrumento	62
Processo de Enfermagem	63
Coleta de Dados	63
Diagnóstico de Enfermagem	66
Estabelecimento de Objetivos	67
Intervenção de Enfermagem	67
Avaliação	68
V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES	
A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	69
Caracterização dos Clientes	71
Os Dados, a Meta de Enfermagem e Implementação	
Segundo os 4 Modos Adaptativos	72
Necessidades Fisiológicas	72
Auto-Conceito	84
Função do Papel	94
Interdependência	99

VI.	AVALIAÇÃO	105
	DOS RESULTADOS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM AOS CLI- ENTES COM COMPORTAMENTOS INEFETIVOS	105
VII.	AVALIAÇÃO	113
	DO MARCO CONCEITUAL	113
	DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	115
	DA MESTRANDA	118
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
	ANEXOS	136

I - INTRODUÇÃO

O profissional de enfermagem - como membro integrante do sistema de atendimento à saúde - está buscando, reforçando e gradativamente encontrando um corpo de conhecimentos próprios, fundamentada nas teorias de enfermagem com a finalidade de promover assistência de enfermagem ao ser humano nos seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais num continuum saúde-doença. Baseando-se nesses conhecimentos a enfermeira atingirá mais rapidamente os objetivos traçados entre ela e o cliente durante a assistência.

Das várias teorias de enfermagem, a teoria de Sistema de Adaptação desenvolvida por Callista Roy desde 1976, oferece uma ampla aplicação, visto que o conceito **ADAPTAÇÃO** abrange diferentes áreas de conhecimento, tais como: ciências biológicas, físico-químicas e psicossociais. Além do que, o conceito "adaptação" tem uma característica dinâmica e universal, relacionando-se com as constantes mudanças do meio ambiente. Neste contexto, o homem utilizando mecanismos inatos e adquiridos e outros recursos, procura se adaptar ao seu meio ambiente interno e externo em toda a sua dimensão bio-psico-socio-espiritual, que está em constante mudança.

O cliente hanseniano, devido às características da doença crônica de que é portador, está em constante busca de adaptação ao seu meio ambiente interno e externo; daí entende-se

a utilidade da aplicação do Modelo de Adaptação de Roy (MAR) durante a prática assistencial de enfermagem a estes indivíduos.

De modo genérico, qualquer ser humano (cliente) nas suas diversas variáveis de adaptação poderia ser focado segundo o Marco Conceitual de Roy (1976; 1984; 1989), Roy e Roberts (1981). Porém, para este estudo escolheu-se a clientes-pessoas portadoras de hanseníase.

Os hansenianos atingidos pela forma V e D, tardiamente descobertos, sem o acompanhamento terapêutico padronizado, ou aqueles que deixaram de se tratar, são inexoravelmente acometidos pela incapacidade física e estes são os que vão espalhando a doença para outros. O Ministério da Saúde (1989) "estima que o número total de pessoas portadoras de hanseníase no mundo seja entre 10 e 12 milhões; esses casos concentram-se, atualmente, nas áreas tropicais e equatoriais, localizando-se 62% no continente asiático, embora o problema seja três vezes mais intenso na África. Na América do Sul, encontram-se 3% do total mundial, sendo que o Brasil contribui com 85% dos casos do continente, o que representa cerca de 230.000 hansenianos registrados. Esse total coloca o Brasil como o quarto país no mundo em número de casos, suplantado apenas pela Índia, Birmania e Nigéria".

No Estado de Santa Catarina o número de portadores de hanseníase registrados é de 2.963 para uma população de 4.402.322 habitantes (IBGE, 1990); em Florianópolis, capital do estado e no município de São José, em conjunto, existem 486 hansenianos para uma população de 353.210 habitantes. O número de casos conhecidos, entretanto, não representa a totalidade do problema.

Estima-se que, além dos casos identificados, devem existir cerca de 70% de casos ainda não diagnosticados, conforme afirmaram as autoridades da saúde - área de hanseníase no II Encontro de Avaliação Estadual do Programa de Controle de Hanseníase em Santa Catarina (1990).

A hanseníase (Mal de Hansen, mal de Lázaro, morféia ou lepra, como ainda é chamada) é uma das mais antigas enfermidades conhecidas pelo homem, porém, até 1873 não havia sido descrita de forma precisa e nem ao menos diferenciada de outras enfermidades mais ou menos parecidas; o fato dela ser conhecida como moléstia bíblica, é o que lhe conferiu todo o peso das maldições e superstições milenares que persistem até hoje (Rotberg, 1983).

O Mal de Hansen é uma doença crônica, granulomatosa, transmissível, cujo agente etiológico, o *Mycobacterium leprae*, tem especial predileção pelo tegumento cutâneo e pelo sistema nervoso periférico (Brasil, Ministério da Saúde, 1984). Se fosse exclusivamente cutânea, mesmo sendo contagiosa, não teria a importância social que tem, no entanto, ela é também uma enfermidade neurológica que compromete nervos periféricos, provocando deformidades na face, olhos, mãos, pés, etc. sendo este o motivo principal do grande temor que inspira e dos preconceitos que a envolve (Opromolla & Cruz, 1978).

A pessoa atingida pela hanseníase inspira medo à família e às pessoas que sabem que ela é portadora da doença, pelo receio do contágio, estigma, preconceito e falta de informação que a sociedade em geral tem a respeito do Mal de Hansen. Frente a esta situação e na medida em que vai avançando a

doença, o hanseniano adota diferentes comportamentos, como: indiferença, isolamento, depressão, medo, sentimento de culpa, agressão, entre outros. Tudo isso é o início de uma problemática muito séria se o hanseniano não for assistido e orientado como ele tem direito como cidadão. Cada um dos clientes hansenianos (asilar e/ou hospitalar) enfrenta algumas necessidades e problemas próprios de adaptação frente a hanseniose. Daí a utilização do Modelo de Adaptação e do Processo de Enfermagem proposto por Roy para direcionar a assistência de enfermagem e promover a adaptação do cliente hanseniano.

OBJETIVOS

GERAL:

- Assistir a clientes hansenianos com base no Modelo de Adaptação de Roy.

ESPECÍFICOS:

- 1 - Identificar e descrever os comportamentos adaptativos e os comportamentos inefetivos apresentados pelos clientes hansenianos.
- 2 - Identificar as metas de enfermagem e descrever as ações desempenhadas pela enfermeira e os clientes hansenianos.

3 - Avaliar os resultados da assistência de enfermagem prestada aos clientes hansenianos.

4 - Avaliar a aplicabilidade do Modelo de Adaptação de enfermagem nesta situação de enfermagem.

II - REVISÃO DA LITERATURA

Dentro deste capítulo, a autora apresentará: a) A hanseníase: aspectos históricos e aspectos epidemiológicos; b) A assistência ao paciente hanseniano; c) O papel de enfermagem na assistência ao hanseniano.

A HANSENÍASE: Aspectos Históricos

O Mal de Hansen, hanseníase, lepra, é uma moléstia infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium Leprae*, encontrado apenas no ser humano (Sampaio et al., 1979). Além de ser uma moléstia infecciosa crônica, é uma doença sistêmica, isto é, não se limita a comprometer apenas pele e nervos periféricos, também envolve numerosas localizações orgânicas, incluindo: a mucosa do trato respiratório alto, vísceras abdominais, linfonodos, medula óssea e testículos, principalmente nos casos virchowianos (Fleury, 1984).

Nos remontando à história, a literatura sobre o assunto apresenta o "Mal de Hansen" como uma doença conhecida desde as mais antigas civilizações. Foi o exame de baixos-relevos, de estatuetas, de cerâmicas antropomórficas, e a análise de vestígios humanos (múmias egípcias e peruanas, ossários) que determinaram o conhecimento desta doença com o nome de "lepra" (Languillon & Carayon, 1986). Exatamente não se sabe de onde ela

é originária.

Na China, no "Nei Ching Wen", cuja autoria é atribuída ao Imperador Huang Ti, compilado 500 anos A.C., o termo "Li-Feng" é utilizado para designar paralisia grave e descreve um estado mórbido (Ta Feng) que provoca queda de sombrancelhas, nódulos, ulcerações, dormência, mudança de cor e desabamento do nariz. Os chineses chegaram a fazer a seguinte classificação: "Lai-Fon" (atual hanseníase virchowiana) e "Lay-Ping" (hanseníase tuberculóide) que foram descritas no "Su-Wen", livro médico que data da dinastia dos Chou, no período 1182 a 250 A.C. (Languillon & Carayon, 1986).

No Japão, o xintoísmo, nas suas crônicas, tais como Nojiki e Nihongi, é descrito o Mal de Hansen como pecado; outras descrições da doença também aparecem no "Reinogige", 700 anos D.C. (Languillon & Carayon, 1986).

No Egito, o "papiro de Ebers" (1300 - 1000 anos A.C.) já mencionava a doença nas suas duas formas virchowiana (lepromatosa) e tuberculóide (neural) sob o nome de "tumores de Chon e mutilações de Chon". Ainda segundo Languillon e Carayon (1986) Yeoli, em 1955 descobriu no templo de Amenophis III um vaso antropomórfico mostrando uma "face leonina" (característica hansenica) datando da época do cativeiro dos hebreus.

O termo "tsaraath" (ou saraath) no hebraico significava uma condição da pele dos indivíduos ou das roupas, ou das casas, que necessitava purificação. Aqueles que apresentassem o tsaraath deveriam ser isolados até que sinais dessa condição desaparecessem. Na tradução grega do texto hebraico a palavra

"tsaraath" foi traduzida como lepra (lepro = escama), a palavra lepra significa "que descama", e foi usada principalmente para designar a casca interna das árvores. A palavra lepra também foi usada pelos gregos para designar doenças escamosas de tipo psoríasis e a própria hanseníase era designada como "elefantíase" (Opromolla, 1981).

De acordo com Hipócrates e Aristóteles, a hanseníase foi descrita sob o nome de "Satyriasis", 300 anos A.C. Gallien, mencionado por Languillon & Carayon (1986) avançava no conceito da hanseníase fazendo descrições sobre as suas manifestações clínicas, tais como: "lepra", significando manifestações cutâneas; "elefantíase", significando a hipertrofia dos membros superiores e inferiores; "leontiasis", atribuído à face leonina e "ophiasis", à queda de cabelos e pelos.

Languillon & Carayon (1986) afirma que na medida em que transcorre o tempo, o tráfego comercial intenso dos fenícios, no extremo oriente, ao longo das costas mediterrâneas, contribuiu à disseminação da doença, além das guerras dos medos e as expedições de Alexandre O Grande, a hanseníase propagou-se no mundo romano também em razão das guerras, sendo que legiões romanas a transportaram para a Europa, atingindo as Ilhas Britânicas, Germânia, Ibéria e Galícia. Os vikings são os responsáveis pela contaminação da Escandinávia, como consequência das viagens que faziam pela Inglaterra. No século XI a XIII a guerra das cruzadas tiveram papel importante na transformação da endemia da hanseníase numa verdadeira epidemia. O Mal de Hansen chegou a seu apogeu na Europa Ocidental em meados do século XIII

e para se defender contra a doença, numerosas enfermarias foram criadas, onde eram confinados os hansenianos. De acordo com o historiador Mezeray, citado por Languillon & Carayon (1986), não existia nenhuma cidade ou vila que não fosse obrigada a construir um hospital para os "hansenianos" da época. Seja qual for o número de doentes que havia na Europa, o certo é que esse número diminuiu a partir do século XVI, à medida que as condições de vida começaram a melhorar. Na Inglaterra não havia mais casos de hanseníase em 1798. A única exceção foi na Noruega, onde após um declínio do número de casos, no resto da Europa a hanseníase teve um recrudescimento entre os séculos XXIII e XIX, tanto que em 1855 havia lá cerca de 3000 casos. Depois disso, com a melhoria das condições sanitárias, esse número foi decrescendo, e em 1950 havia somente 11 casos e em 1962, 7 casos, sendo que o último hanseniano faleceu em 1970 (Opromolla, 1981).

Segundo Maurano (1939), nas Américas a hanseníase deve ter chegado entre os séculos XVI e XVII junto com os colonizadores portugueses, espanhóis, holandeses e franceses. Por exemplo, nos Estados Unidos foram os franceses que deram origem ao estado de Louisiana e ao mesmo tempo também aparecia a hanseníase nesse estado.

No Brasil, os primeiros documentos que atestam a existência da hanseníase em nosso território surgiram no século XVII. Em 1696, o governador Artur de Sá e Menezes, citado por Opromolla (1981), procurava dar assistência no Rio de Janeiro aos chamados "miseros leprosos", já então em número apreciável. O primeiro censo em São Paulo sobre o número de hansenianos foi

efetuado pelo Visconde de Deynhausen em 1820, cujos dados não são conhecidos integralmente. O segundo censo foi realizado em 1851 e acusava 849 hansenianos; outros censos foram realizados posteriormente notando-se sempre um aumento do número destes pacientes (Maurano, 1939).

O período compreendido entre 1912 a 1920, se constitui numa fase intermediária da história da hanseníase no Brasil, com o reconhecimento do problema pelas autoridades sanitárias: Emílio Ribas, Oswaldo Cruz e Alfredo de Matta começaram a denunciar o descaso do combate à endemia e a tomar medidas isoladas em suas áreas de atuação, merecendo destaque a iniciativa de Emílio Ribas em São Paulo. Por essa época, vários estados já oficializavam o isolamento compulsório. Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, foi instituída a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, as ações de controle de então priorizavam medidas, tais como: a) construção de asilos-colônia em todos os estados endêmicos; b) censo e c) tratamento pelo óleo de chalmoogra (Brasil, Ministério da Saúde, 1989).

Agricola (1960), ressalta que foram construídos em diferentes partes do país os asilos-colônia. Estes centros de isolamento eram verdadeiras cidades de hansenianos, com vida econômica, social, cultural, religiosa e política totalmente desligada da sociedade externa a ela. Para que a população hanseniana se distraísse, o governo promovia frequentemente espetáculos teatrais e musicais, que permitiam dar um ambiente confortável aos hansenianos nesses locais; por exemplo, só para citar um da época temos o asilo-colônia Aimorés, que atualmente é

o Instituto "Lauro de Souza Lima" em Bauru - São Paulo (Maurano, 1930). No Estado de Santa Catarina, em 1925, havia um total de 250 hansenianos; em 1927, aumentou para 400, e daí para 600 em uma população de 600.000 habitantes. É nesta época que o governador Adolfo Konder e o diretor de Higiene Dr. Carlos Corrêa, fazem planos para fundar uma colônia-hospital e somente em 11 de março de 1940, nos governos Getúlio Vargas - Nereu Ramos, foi inaugurada a Colônia Santa Teresa, (Brasil, Ministério da Saúde, 1956), que atualmente leva o nome de "Hospital Santa Teresa de Dermatologia Sanitária".

Nos anos 30, os serviços relacionados à Saúde Pública foram transferidos para o novo "Ministério da Educação e Saúde Pública" e a nova constituição enfatizara a saúde pública.

Em 1935, o controle da doença tomou, aparentemente, novo rumo, tendo sido um plano de ação um pouco mais abrangente, tentando dar "assistência" aos familiares dos hansenianos internados nas colônias, através da criação de ligas de caridade (Brasil, Ministério da Saúde, 1989). Na década de 1940, foi descoberta a sulfona (Enciclopédia Mirador Internacional, 1989, medicina) a maior esperança para o tratamento da hanseníase, administrado por via oral e intr muscular.

Conforme comenta Lobato (1989), as medidas governamentais referentes ao tratamento da hanseníase no Brasil acompanharam a evolução da saúde pública. Aconteceram muitas reformas, dentro da saúde pública no âmbito federal, dentre as quais destaca-se a de Barros Barreto, que ao explicar seu programa para as endemias, simplesmente não incluiu a hanseníase.

Em 1941, foi criado o "Serviço Nacional de Lepra", que no ano seguinte, realizou censos em inúmeros municípios dos Estados do Amazonas, Pará, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás; esta década finalizou e, todavia, não se tinha um programa de assistência e tratamento ao hanseniano (Brasil, Ministério da Saúde, 1977). Na década de 1950, segundo Vieira (1985), "as questões relacionadas com a saúde reproduziam a situação econômico-social do país, admitindo-se que a solução destas questões nasceria do desenvolvimento brasileiro". Enfatiza-se atenção especial ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), principalmente por causa do ensino da enfermagem. Enfatizaram-se, nessa década, as grandes campanhas sanitárias em combate às endemias. Quanto à hanseníase o SESP "atuava principalmente no Vale do Amazonas, preparando de profissionais especializados em saúde pública em colaboração com o Serviço Nacional da Lepra" (Vieira, 1985), ainda nessa época o mesmo autor refere que "o governo getulista optou por uma intervenção mais setorial, segundo as necessidades mais prementes da saúde pública".

Em 1955, durante o período do presidente J. Kubitschek, não houve muitas reformas na saúde pública, porém, no que se refere à Hanseníase, foi incluída dentro das "doenças transmissíveis" e se esperava que um "novo sistema de trabalho" levaria ao "domínio desta enfermidade" em futuro próximo (Lobato, 1989).

Na década de 1960, no discurso do governo militar, prevaleceu a frase "amparo à saúde" e dentro desse discurso,

estava o preparo de pessoal especializado para os serviços de saúde, e de organização dos hospitais existentes" (Vieira, 1985). Permaneceu a idéia de "campanhas" e a hanseníase era considerada uma das doenças a combater-se, havendo como responsável por isso o SESP ou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU).

Em 1967, surgiu uma nova constituição e foi publicado o Decreto-Lei no. 200, que definiu "que caberia ao Ministério da Saúde a formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, em âmbito nacional e regional" (Rodrigues, citado por Lobato, 1989). Abraão Rotberg, hansenologista brasileiro, nesse mesmo ano, ou seja, 1967, propõe que o termo "lepra" seja mudado pelo neologismo "hanseníase" e seus derivados, (Anexo I) com a finalidade de facilitar a educação sanitária, a integração e o comparecimento dos hansenianos e comunicantes às instituições especializadas para o seu atendimento. Cabe ao Brasil a iniciativa de romper com as trevas medievais e de arremessar bem longe as cadeias culturais que ainda causam gravíssimos problemas psico-sociais no doente com mal de Hansen. Depois de 9 anos surge o decreto de 14 de agosto de 1975, do Presidente Geisel e Ministro Almeida Machado, no qual ficou introduzido o termo "hanseníase" no Brasil, abolindo-se o termo "lepra" e seus derivados, tentando desta forma romper com a enorme barreira de lendas, superstições, estigma, ignorância e terminologia degradante em torno da doença relativamente benigna do ponto de vista somático (Rotberg, 1977).

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Na época, os ministérios mais envolvidos nesse sistema foram os

seguintes: a) Ministério da Saúde, b) Ministério da Previdência e Assistência Social, c) Ministério da Educação e Cultura, d) Ministério do Interior e Trabalho.

Esse sistema referia às "palavras chaves INTEGRAÇÃO dos procedimentos da Saúde Pública e da Medicina Previdenciária, REARTICULAÇÃO das unidades do setor público com as do setor privado, e REGIONALIZAÇÃO da assistência, (Nakamae citado por Lobato, 1989) com a realização da 6a. Conferência Nacional de Saúde, foram apresentadas estratégias e metodologias para controlar a hanseníase, tais como: a) "incorporar a rotina das unidades de saúde locais à procura de casos de hanseníase, visando ao diagnóstico precoce da doença"; b) "tratar dos doentes em regime ambulatorial, a fim de impedir a evolução dos casos iniciais e negatizar os casos contagiantes, interrompendo a cadeia de transmissão da doença"; c) prevenir e tratar por técnicas simples as incapacidades".

Com a criação do SNS em 1975 (Brasil, Ministério da Saúde, 1983), publica-se a Portaria Ministerial No. 165, de 14 de maio de 1976, que estabelece as instruções para execução das normas de controle da hanseníase. Em síntese a referida portaria destaca a execução e controle das seguintes ações, no mesmo nível de prioridade: 1) educação em saúde; 2) aplicação de BCG; 3) descobrimento de doentes; 4) internação temporária para tratamento das doenças com forma clínica virchowiana e dimorfa, e preservação da unidade familiar; 5) prevenção e tratamento de incapacidades, com destaque para a manutenção dos doentes no trabalho, desde que avaliado o risco de contágio; 6) abrigo e

assistência aos doentes totalmente incapacitados; 7) fazer estudos epidemiológicos, sociológicos, treinamento de pessoal, avaliação das atividades programadas e difusão de conceitos atualizados referentes à hanseníase.

Ao final da década de 70 e início da década de 80, em termos de saúde pública, aconteceram os seguintes eventos importantes: a) IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (1977); b) VI Conferência Nacional de Saúde (1977); c) Conferência Internacional de Alma-Ata (1978); d) VII Conferência Nacional de Saúde (1980). Nestes eventos foram enfatizadas a simplificação das ações de saúde e a participação da população com a finalidade de melhorar as condições de saúde do povo em geral.

Na década que acaba de passar, Lobato (1989), menciona que "o problema da saúde em geral se agravou e os profissionais da área começaram a perceber que as doenças não estão ligadas apenas aos problemas biológicos e sim ao econômico, ao social e a outros fatores que afetam a sociedade como um todo. Determinados segmentos da sociedade passaram a perceber a maneira como está sendo tratada a saúde do povo, com a tendência ideológico-política e econômica".

Ao realizar-se a VIII Conferência Nacional da Saúde (1986), pela primeira vez participava a Sociedade Civil e desta maneira mostrou seu interesse e preocupação para com a saúde pública no Brasil. Na 8ª Conferência, ressaltou-se os temas sobre reformulação do Sistema Nacional de Saúde, destacando a "Reforma Sanitária" dos serviços de saúde nos seguintes aspectos:

a) descentralização na gestão dos serviços; b) integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativa; c) unidade na condução das políticas setoriais; d) regionalização e hierarquização dos serviços; e) participação da população através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; f) fortalecimento do papel do município; g) introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

Porém, "a hanseníase não foi incluída na relação inicial dos 22 agravos à Saúde Pública que constituíram os temas específicos a serem discutidos no período Pós-Conferência Nacional de Saúde até a Constituinte. Tal fato vem corroborar com a falta de priorização institucional para o problema até 1985 e conseqüentemente o pouco dinamismo do Programa até então. Passou a constar como o último tema após aprovação na plenária final da VIII Conferência" (Brasil - Ministério da Saúde, 1986). O Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN) e profissionais comprometidos com a problemática da hanseníase, tiveram participação importante para incluir o tema da hanseníase, logo que elaboraram o documento "Hanseníase e a Constituinte" publicado em 1986, (Brasil, Ministério da Saúde, 1986).

Considerando os temas mencionados (8a. Conferência Nacional de Saúde - Sistema Nacional de Saúde) e a problemática que envolve a hanseníase, são apontados para discussão e busca de soluções as seguintes questões: a) o nível de informação da

população; b) a relação da equipe de saúde e o usuário; c) a formação e capacitação dos profissionais de saúde; d) os serviços prestados versus necessidade da comunidade; e) centralização e integração dos serviços de saúde; f) conhecimento e aplicação das normas de controle dos programas de saúde em particular em hanseníase previstas pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária - Ministério da Saúde/Organização Mundial de Saúde; g) papel dos serviços de saúde na promoção da saúde (atenção integral ao paciente de hanseníase); h) participação popular na prestação de serviços ao portador de hanseníase; i) importância do trabalho em equipe no atendimento ao portador de hanseníase; j) terapêutica atual, alternativa e multi-droga; k) educação em saúde; l) sistema de referência e contra-referência; m) participação do paciente no seu tratamento e na luta contra a hanseníase; n) as ações integradas de saúde e o hanseniano; o) programas de hanseníase nas políticas de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 1986). Após discussão das questões mencionadas, os participantes da 8a. Conferência Nacional de Saúde chegaram às seguintes conclusões:

Estigma: os diversos setores da sociedade, apesar dos atuais conhecimentos sobre a doença e seu controle, ainda marginalizam o portador de hanseníase, o que ocasiona o cerceamento do exercício de seu direito de cidadania.

Legislação: a falta de fiscalização do poder público e a existência de leis arcaicas, motivam situações constrangedoras na prestação de serviços ao portador de hanseníase, seguido pela exploração do estigma, através de atividades abusivas em proveito

próprio de pessoas ou entidades inescrupulosas e falta de entendimento na reestruturação dos Hospitais-colônia.

Prestação de Serviços: constata-se desinformação, discriminação, baixo aproveitamento da rede de serviços de saúde em geral e especializado, ausência de equipes multiprofissionais, falta de priorização institucional nas diversas esferas governamentais para o atendimento integrado e integral do hanseniano e controle da doença.

Reestruturação dos Hospitais-colônias: a segregação continua pela manutenção dos hospitais-colônias e preventórios, após a implantação de propostas de desativação feitas de forma precipitada e autoritária sem nenhum acompanhamento sistematizado e assessoria continuada pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde. O cliente hanseniano deveria ter plena participação na tomada de decisões, durante todo o processo de transformação dos hospitais-colônias e a reabilitação social dele próprio.

Atualmente após várias modificações nos textos constantes da Portaria Ministerial No. 165, de 14 de maio de 1976 do Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária encontra-se em vigor a Portaria No. 01, de 07 de novembro de 1989, (BRASIL, 1990). Na referida portaria são apresentadas instruções normativas visando o desenvolvimento de ações destinadas à orientação e acompanhamento da execução do Programa de Controle da Hanseníase em todo o território nacional; dentre os quais destaca-se: detecção de casos; vigilância dos contatos; tratamento específico; prevenção e tratamento das

incapacidades físicas; educação em saúde. Também são apresentados os indicadores epidemiológicos e operacionais recomendados para o acompanhamento das atividades de controle e os aspectos relacionados a reinserção social do hanseniano e seus familiares.

A HANSENIASE: Aspectos Epidemiológicos

O bacilo de Hansen, descoberto por Hansen em 1874, mede de 1,5 a 6 micra de comprimento, por 0,2 - 0,4 de largura. É reto ou ligeiramente encurvado, podendo ter uma ou mais granulações. Quando numerosos, tendem a dispor-se paralelamente em feixe, em maço de cigarros ou formando grandes aglomerações (globias) o que permite diferenciá-lo do *Mycobacterium tuberculosis*; é álcool-ácido resistente, corando-se em vermelho pelo método Ziehl-Neelsen (Rechelli & Curban, 1975). Outra característica importante é que, desde sua descoberta até o momento não se possui meio de cultura satisfatória para o bacilo de Hansen; muitas tentativas têm sido feitas para cultivá-lo "in vitro". A inoculação animal só teve sucesso em 1970 no tatu (*Dasypus Novemcinctus*), que reproduz a doença semelhante a do homem e até mais grave em alguns aspectos. Shepard, em 1960, demonstrou a multiplicação de *M. leprae* no coxim plantar dos camundongos. Esse modelo permitiu conhecer todas as características biológicas do bacilo, sendo hoje usado em testes experimentais de vacina e para investigações clínicas, na avaliação da perda da infecciosidade durante a quimioterapia, estudo de novas drogas e demonstração de

resistência (Brasil, Ministério da Saúde, 1989).

A hanseníase é uma doença própria do ser humano, sendo este o reservatório e a fonte de infecção. Segundo Talhari & Neves (1984), a doença é transmitida através do contato íntimo e prolongado com os doentes de tipo virchowiano ou dimorfo, que não estão em tratamento. A principal via de eliminação dos bacilos é a via aérea superior, sendo que outras vias de eliminação devem ser consideradas, tais como: nódulos ulcerados, leite materno, secreção sebácea e a possibilidade de penetração pelas vias aéreas superiores e pela pele com solução de continuidade (Brasil, Ministério da Saúde, 1989). É importante salientar que o hanseniano poderá deixar de ser fonte de infecção, cerca de duas semanas após iniciado o tratamento com medicamentos bactericidas. A doença apresenta períodos longos de incubação variando de 2 a 5 anos, embora existam referências a períodos curtos, por exemplo 7 meses (Brasil, Ministério da Saúde, 1984).

Segundo Fonseca (1981) durante o período invasor do bacilo de Hansen no organismo humano, é possível aparecerem manifestações gerais desprovidas de características que permitam suspeitas da doença. Na maioria das vezes surge estados febris que podem se limitar à febrículas irregulares com astenia, cefalalgias e dores reumatóides, com ou sem tumefação articular, sintomatologia que faz pensar em simples síndrome gripal, ou paludismo, reumatismo, brucelose, etc., mas se concomitantemente existem lesões cutâneas discretas ou marcadas, espessamento de troncos nervosos, alteração da sensibilidade cutânea, então se

caracteriza a hanseníase. Bechelli & Curban (1975), propõem que ao realizar o diagnóstico, das várias formas clínicas da hanseníase, se considere o maior número possível de dados clínicos, laboratoriais e uma boa anamnese, utilizando todos os recursos (exames laboratoriais e provas auxiliares descritas no anexo II). Isto evitará prejuízos psicológicos, sociais e demais problemas causados por diagnósticos errôneos. Da mesma forma, o diagnóstico precoce permitirá o tratamento eficaz e com maior possibilidade de sucesso, impedindo o aparecimento ou reduzindo o número de casos contagiantes, possibilitando ação profilática (Bechelli & Curban, 1975).

É a seguinte a classificação das formas da hanseníase, atualmente adotada nos serviços públicos da saúde brasileira:

a) **INDETERMINADA (I) OU PRECOCE**: fase inicial da doença considerada como matriz dos 2 polos (contagioso e não contagioso) e que se constitui na base do diagnóstico precoce, apresentando alterações de sensibilidade cutânea;

b) **TUBERCULÓIDE (T)**: polo não contagioso, habitualmente estável, com baciloscopia em geral negativa, lesões bem delimitadas e frequentemente acometimento nervoso;

c) **VIRCHOWIANA (V)**: polo contagioso com grande número de bacilos, apresentando lesões cutâneas difusas e acometimento sistêmico;

d) **DIMORFA (D)**: muito instável, com baciloscopia positiva ou negativa e manifestações cutâneas poliformas.

No anexo III apresentam-se mais detalhadamente descritas as formas clínicas da hanseníase considerando: a

observação clínica, a bacterioscopia e a imunologia (Brasil, Ministério da Saúde, 1989).

A resistência à infecção hansênica pode ser avaliada através do teste de Mitsuda, assim denominado, por ser este quem primeiro o utilizou em 1923. A reação de Mitsuda, considerada usualmente como de hipersensibilidade tardia, permite a classificação dos portadores de hanseníase em dois polos: o polo tuberculóide (T), onde estão os pacientes Mitsuda positivos e o polo virchowiano (V), onde se situam aqueles que não respondem à reação de Mitsuda. Na falta de um antígeno mais puro, a Mitsudina constitui até os dias de hoje uma prova importante no auxílio de classificação das formas clínicas da hanseníase (Arruda, 1981).

Determinada a forma clínica da hanseníase segue-se o esquema de tratamento (clássico) padronizado pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) do Ministério da Saúde (1989), implantado na rede de serviços de Saúde Pública e particulares. Nos casos de pacientes com formas clínicas multibacilares (Virchowiana, Dimorfa e Indeterminada - Mitsuda negativo) está indicado o esquema 1; para as formas paucibacilares (Tuberculóide e Indeterminada - Mitsuda positivo) usa-se o esquema 2. No caso dos pacientes com sulfono-resistência e/ou intolerância à sulfona, é indicado o esquema 3. No tratamento de crianças são utilizados os mesmos esquemas previstos para os adultos. Todos esses esquemas constam no Anexo IV.

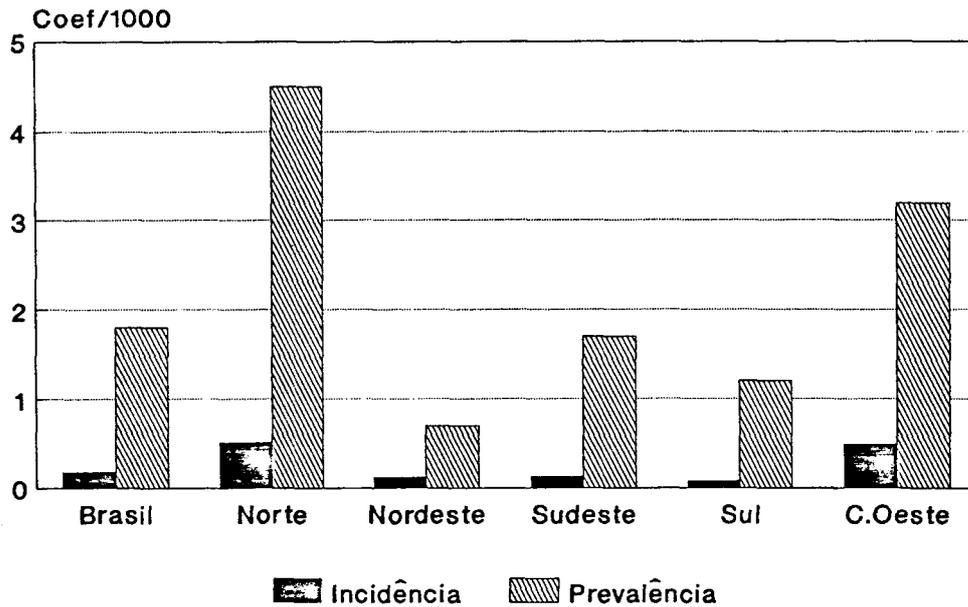
Além desses esquemas clássicos de tratamento, a Organização Mundial da Saúde propôs um outro esquema de

tratamento baseado no uso da poliquimioterapia (Anexo V) que atualmente está em fase de expansão pelo país, após ter sido avaliado sua operacionalidade em unidades piloto (níveis locais) nos estados do Amazonas, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Pernambuco (Brasil, Ministério da Saúde, 1989).

Belda (1984), discute as características básicas do agente epidemiológico da hanseníase, os quais são sumarizados pela autora deste trabalho e apresentados sob a forma de um glossário (Anexo VI) contendo os seguintes termos: infectividade, patogenicidade, virulência, antigenicidade, anticorpo genese, tempo de geração, resistência ao meio, cultura, inoculações, vias de eliminação, vias de entrada, modos de transmissão e o novo hospedeiro. Ainda, no mesmo anexo define-se os indicadores epidemiológicos: prevalência e incidência

Segundo dados fornecidos pelo Departamento de Saúde Pública/SC, o Mal de Hansen continua sendo um dos mais sérios problemas de saúde pública no Brasil. Conforme demonstra o Gráfico 1, 2 e 3 (Anexo XI), e o Quadro 1, em dezembro de 1989, a realidade era a seguinte:

Gráfico 1: Coeficiente de Prevalência e Incidência/Brasil/Macroregioes 1988

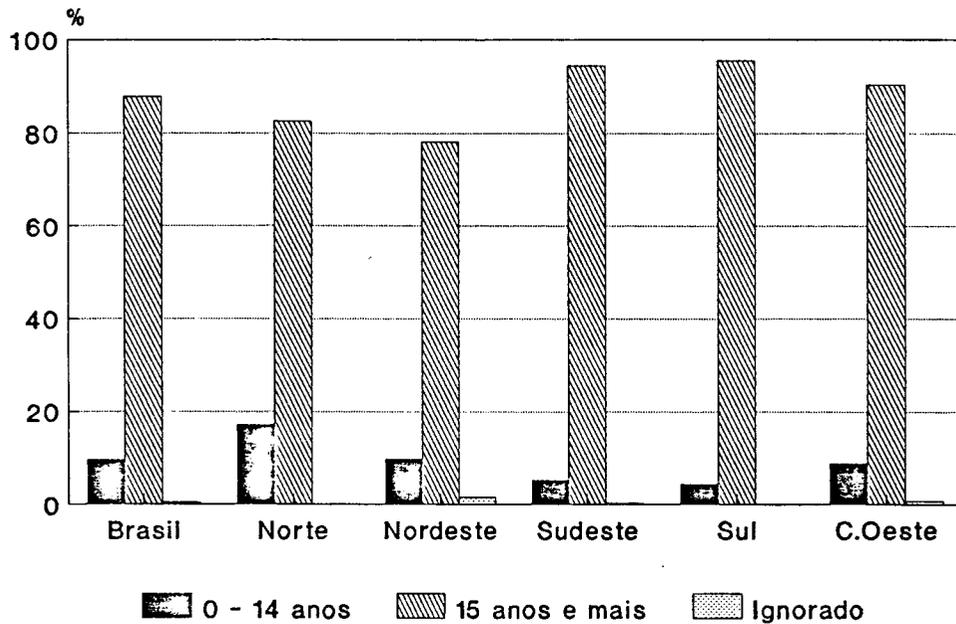


Ministério da Saúde, 1989

Há grande variação na prevalência, tendo que ser considerado o Norte com 4,5 casos por 1.000 habitantes e a menor no Nordeste com 0,7 por 1.000 habitantes .

De um modo geral a incidência é cerca de 10 vezes menor que a prevalência. Visto pelo ângulo do controle da doença podemos dizer que a cada ano aproximadamente aumentam em 10% os casos , o que é sem dúvida uma alta taxa de elevação para uma doença crônica como é Hanseníase .

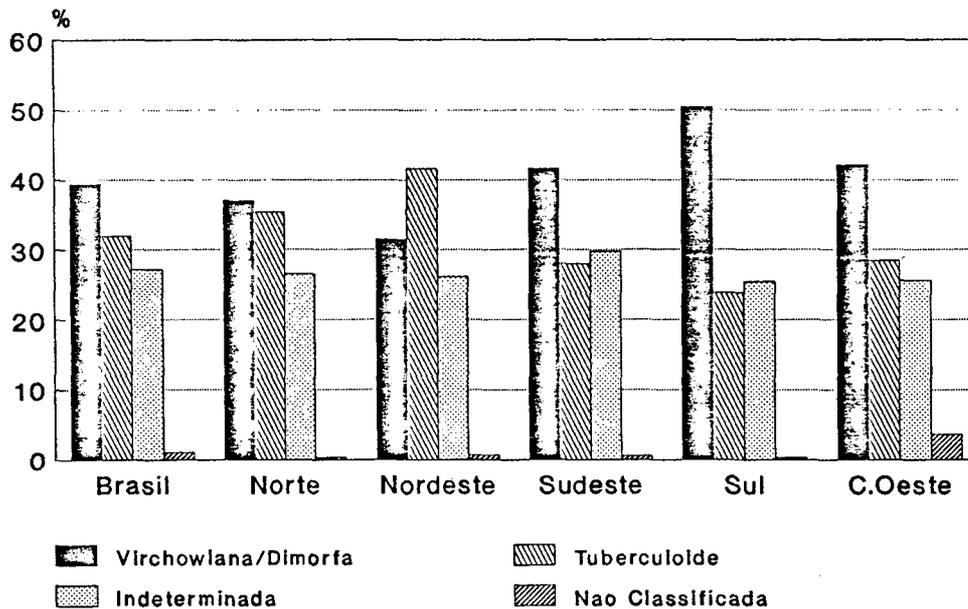
Gráfico 2: Casos Novos de Hanseníase
Grupos Etários / Brasil / 1988



Ministério da Saúde, 1989

Analizada por região, se vê que no Norte há maior proporção de detecção em menores de 15 anos assim como no Nordeste. Este fato analisado epidemiologicamente parece ser contraditório uma vez que altas proporções em menores de 15 anos significa alta incidência, o que não é mostrado principalmente no Nordeste que tem a menor incidência na população geral e uma das mais altas proporções em menores de 15 anos. Este gráfico também mostra em todas as regiões do Brasil, os casos novos de portadores de Hanseníase detectados estão compreendidos na faixa etária entre 15 anos e mais, este predomínio no adulto se dá em função que a hanseníase se manifesta nesta idade.

Gráfico 3: Casos Novos de Hanseníase
Forma Clínica / Brasil / 1988



Ministério da Saúde, 1989

Com exceção do Nordeste cujo predomínio é da forma Tuberculoide, todas as regiões tem predomínio da Virchowiana/Dimorfa, sendo no Sul o maior predomínio desta. O potencial de transmissibilidade é então alto, a partir do predomínio das formas altamente transmissoras.

Cabe destacar que a incidência maior da forma Tuberculoide no Nordeste confere características diferentes de transmissibilidade.

QUADRO 1 - PREVALÊNCIA DA HANSENÍASE NO BRASIL E EM SANTA CATARINA EM DEZEMBRO DE 1989

LOCALIZAÇÃO	No. DE HABITANTES*	No. HANSENIANOS REGIST.**
BRASIL	150.051.784 hab	256.979
SANTA CATARINA	4.402.322 hab	2.963
FLORIANÓPOLIS	236.359 hab	295
SÃO JOSÉ (Município onde está o HSTDS)	116.851 hab	191

FONTE: * IBGE, 1990

** II Encontro de Avaliação Estadual do Programa de Controle de Hanseníase - Santa Catarina, 1990).

A Assistência ao Paciente Hanseniano

Conforme foi colocado na primeira parte deste capítulo e de acordo com o que refere Araujo (1946), as autoridades governamentais brasileiras tinham uma enorme preocupação com a proteção à sociedade exposta a contrair hanseníase, motivo pelo qual foram construídos os asilos-colônia e os preventórios. Deste modo os problemas para a pessoa que havia contraído o mal de Hansen se agravavam ainda mais; despertando nas pessoas o sentimento de punição ou culpabilidade por não ter tido os cuidados necessários para evitar a hanseníase. Além do isolamento familiar agravou-se o estigma, o preconceito e o mito em torno da doença.

Segundo Bechelli & Rotberg (1956) essa conduta de isolar hansenianos contagiantes, baseou-se na suposição de que a endemia, na Noruega, desapareceu após o isolamento obrigatório dos doentes conhecidos; na realidade, quando a "lei do

isolamento" de Hansen entrou em vigor em 1885, a endemia norueguesa já estava em franco declínio, iniciado 30 anos antes a partir do seguimento das medidas de higiene domiciliar recomendadas pelo "comitê de saúde da Noruega" e que continuaram vigorando após aquela lei. Ainda segundo Bechelli & Rotberg (1956), essa interpretação errônea da experiência norueguesa teve consequências desastrosas, dentre as quais a desintegração de famílias, estigmatizações sociais, aterrorização e afugentamento de doentes, que passaram a criar focos ocultos. Com a internação forçada e a conservação dos doentes em estabelecimentos e colônias dispenderam-se somas elevadíssimas, sem a menor influência sobre o decurso da endemia; construíram-se os chamados "leprosários" e somente depois de meio século de incontáveis tragédias humanas, chegou-se à conclusão de que: a endemia continuava e que os "leprosários" só serviam para agravar os problemas médico-sociais. Acrescenta Belda (1974), "em São Paulo, 30 anos de aplicação do isolamento, não reduziram significativamente a incidência da moléstia, motivo pelo qual "isolamentos e leprosários" foram internacionalmente condenados, encerrando-se assim uma das mais negras páginas da história da medicina".

A autora do presente estudo não encontrou material bibliográfico referente à assistência de enfermagem, que se fazia dentro dos asilos-colônias; por isso teve que recorrer à entrevista oral com um paciente (ex-hanseniano) um dos mais antigos, que mora há 50 anos, (atualmente em condição asilar) no Hospital Santa Teresa de Dermatologia Sanitária (HSTDS). O

senhor F.B.S. (*) conta que, em 1940, na antiga Colônia Santa Teresa, havia pessoal de saúde como médico, farmacêutico, laboratorista, além de outros funcionários que cuidavam da administração da mesma. Não existia pessoal de enfermagem. Os funcionários da época ficavam longe dos pacientes, "tinham medo de pegar a doença", davam instruções através de uma janela protegida por vidro; os curativos, o banho nos pacientes que não podiam banhar-se sozinhos, a aplicação das injeções intramusculares de óleo de tilibrina e chalmogra, o preparo e distribuição da alimentação; preparo de "pomadas" (vaselina mais penicilina) e outras atividades concernentes à enfermagem eram feitas por pacientes que tinham mais disposição e habilidade para essas tarefas. Quando alguns pacientes precisavam ser transferidos para outras colônias como: São Roque no Paraná e Aimorés em São Paulo, eram os próprios pacientes, que faziam esse serviço de acompanhamento.

A presença de um grupo de religiosas na colônia era para cuidar da parte administrativa da mesma. A medida que passava o tempo continuavam chegando mais "doentes" com ou sem a família à colônia, quando apenas um dos membros era portador da doença, foram contratados médicos nos anos 40 e 50, os quais dispunham de residência localizada fora da área "contaminada", oferecidas pela própria colônia. Entre os anos 60 e 70 começou a mudar a atitude do pessoal de saúde, pois estes começaram a

* Entrevista concedida em Maio de 1990 por F.B.S.

chegar perto dos hansenianos, principalmente quando tinham que colher amostras para análise (sangue, linfa, pele). Os pacientes que não tinham lesões de pele ulcerada ou comprometimentos graves (incapacidade física), eram os que cuidavam das diferentes oficinas que haviam na colônia, do preparo de alimentos, da lavagem de roupas, da limpeza, etc. Tudo era feito pelos próprios doentes. Ainda segundo o informante F.B.S., deve-se a mudança de atitude do pessoal da saúde ao avanço das investigações no campo da medicina. Logo, aqueles pacientes que trabalharam nas enfermarias e outras pessoas (sem a doença - atendentes) foram treinadas em algumas técnicas de enfermagem e começaram a dar assistência aos doentes hansenianos, já com um pouco mais de eficiência.

O Papel da Enfermagem na Assistência ao Hanseniano

O Mal de Hansen, desde seus primórdios, tem sido motivo de inúmeras publicações relacionadas ao melhor conhecimento de sua patogenia, através de trabalhos de pesquisa que abordam a enfermidade do ponto de vista clínico, genético, epidemiológico, imunológico e da terapia quimioterápica, entre outras. Apesar destes avanços a hanseníase tem sido muito pouco estudada sob o prisma da enfermagem (Cristofolini, 1983). Entre os estudos consultados não foram identificados trabalhos referentes à aplicação de teorias de enfermagem na área de Hanseníase. Existem algumas publicações e trabalhos feitos por enfermeiros docentes

ou de serviços, que trabalham na área de Dermatologia Sanitária, especialmente na assistência a pacientes portadores de hanseníase. Tais trabalhos focalizam: a) a assistência de enfermagem no cuidado específico de algumas partes do corpo: (Cristofolini, 1983; 1985; 1986; 1988a; 1988b; Collet, et al., 1981, Maluf, et al., 1985; Salotti et al. 1987, Vieth et al., 1988; Passerotti, 1986; Oliveira, 1987); b) os aspectos epidemiológicos da doença (D'Avila, 1987; Toyada et al., 1985; Cristofoline & Ogusku, 1988 ; Pedrazzani, 1987); c) a assistência de enfermagem à família do hanseniano (Wisbeck et al., 1989); d) os aspectos sociais do hanseniano (Lobato, 1989; Mendes, 1987); e) a educação sanitária e a hanseníase (Lessa, 1986; Neville, 1972) e f) trabalho analítico-teórico desenvolvido por Rocha (1990).

No que se refere à utilização da Teoria de Adaptação de Callista Roy na assistência de enfermagem, foram identificados na literatura trabalhos com paciente portadores de cancer de laringe (Aguillar & Angerani, 1984); pacientes com síndrome de Cushing (Lins & Rodrigues, 1982); pacientes internados numa unidade de Medicina Clínica (Moreira, 1979); clientes em diálise renal (Trentini, 1985); indivíduos portadores de diabetes (Barros, 1986); com pacientes internados numa unidade de clínica cirúrgica (Corradi, 1984); indivíduos enterostomizados (Vieira, 1990); e a clientes ameaçados de mastectomia (Vieira, 1981).

Infelizmente, não foi possível identificar um volume maior de documentos que assinalem o desempenho ou a assistência de enfermagem ao hanseniano em épocas passadas dentro das

colônias. No entanto, achou-se importante ressaltar a contribuição de Dehmen et al. (1977), enfermeiras alemãs que iniciaram em 1974 as atividades de assistência de enfermagem aos hansenianos no Sanatório São Julião, Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Tais enfermeiras pertenciam à Organização de Auxílio denominada "Deutsche Aussatzigem Hilfswerk-Würzburg- DAHW" e implantaram dentro do sanatório, à custa de criatividade, as técnicas mais simples de prevenção, tais como uma caixa de areia para movimentação dos dedos, água quente e fria para distúrbios vasculares, lubrificação com vaselina e ginástica ativa, sendo o paciente acompanhado diariamente nas orientações pela enfermeira, tudo isto registrado em uma ficha individual. As áreas comunitárias vizinhas também foram atendidas, considerando a existência da maior concentração de egressos. Para prestar este tipo de assistência aos hansenianos do mencionado sanatório, foi muito importante a implementação de uma sala destinada exclusivamente à prevenção de incapacidades e posteriormente foi construída e implementada a sala de fisioterapia. Isto permitiu estimular e despertar o interesse dos pacientes (internos e externos) além de possibilitar oportunidade para que eles praticassem aquilo que lhes era ensinado (Dehmen et al., 1977). Este exemplo leva a refletir sobre as inúmeras possibilidades que nós enfermeiros temos a nossa disposição, quando nos dedicamos com criatividade a encontrar formas alternativas e de baixo custo para assistir e prevenir as deficiências físicas irreversíveis, da melhor forma possível nas pessoas portadoras de hanseníase.

O Ministério da Saúde (Brasil - M.S., 1977) publicou o manual "Hanseníase, Prevenção e Tratamento das Incapacidades Físicas Mediante Técnicas Simples" com o objetivo de que o pessoal médico e paramédico, que trabalha com portadores de hanseníase, saiba: a) prevenir a incapacidade física, isto é, antes que ela apareça; e b) evitar o agravamento das incapacidades, que já se desenvolveram no doente. Em 1978 em convênio entre a Organização Pan-Americana da Saúde - Organização Mundial de Saúde, e o Ministério da Saúde - DNDS, foi elaborado o "Manual de Normas e Procedimentos de Enfermagem de Tipo Ambulatorial no Controle da Hanseníase" (Brasil, Ministério da Saúde, 1978). Ditas normas definem o grau de participação que deve ter a enfermagem na diminuição do problema da hanseníase e seu nível de atuação no que se refere à eliminação dos preconceitos sobre a doença, ao diagnóstico precoce e ao controle; que por sua vez deveria ser complementado com aquele que contém o documento "Hanseníase, Prevenção e Tratamento das Incapacidades mediante Técnicas Simples" (Brasil, Ministério da Saúde, 1977).

Não foram encontrados relatos de trabalhos assistenciais ao paciente hanseniano utilizando o Modelo de Adaptação de Roy. Dai oferecemos este trabalho como uma contribuição ao corpo de conhecimentos de enfermagem, entendendo que ele poderá oferecer subsídios para melhorar a assistência a estes pacientes crônicos portadores de uma doença carregada de estigma, preconceito, sensacionalismo, por vezes incapacitante, e pelas extremas deformidades que o cliente hanseniano pode vir

apresentar quando não detectada e assistido a tempo.

Entende-se neste trabalho por assistência de enfermagem à clientes portadores de Hanseníase, a todas as ações a nível de prevenção secundária e terciária realizadas pelo profissional de enfermagem para promover a adaptação do cliente a sua atual situação de vida.

III- MARCO CONCEITUAL

- Watson e Mayers (1981), refere que marco conceitual é a organização do conhecimento, que servirá de guia ou referência para a prática profissional, de modo que os elementos envolvidos na dinâmica desta prática tenham uma idéia clara de como conduzir os seus esforços para o alcance dos objetivos comuns.

Com o objetivo de aplicar o processo de enfermagem segundo a Teoria de Adaptação de Callista Roy, buscou-se inicialmente colocar os pressupostos (Roy, 1989), na qual se fundamenta a dita teoria e a seguir conceituar-se-á os elementos essenciais descritos em seu modelo de enfermagem.

Pressupostos da Teoria de Adaptação de Roy

Pressuposto 1 - "A pessoa é um ser bio-psico-social.

Pressuposto 2 - "A pessoa está numa constante interação com as mudanças do meio ambiente.

Pressuposto 3 - "Para enfrentar as mudanças do mundo que lhe rodeia, o ser humano utiliza tanto os mecanismos inatos como os mecanismos adquiridos, os quais são de origem fisiológica, psicológica e social".

Pressuposto 4 - "Saúde e doença são dimensões inevitáveis na vida

do ser humano".

Pressuposto 5 - "Para responder positivamente às mudanças do meio ambiente o ser humano precisa se adaptar".

Pressuposto 6 - "A adaptação da pessoa depende da função dos estímulos, ao qual a pessoa está exposta e do seu nível de adaptação".

Pressuposto 7 - "O nível de adaptação da pessoa é de tal forma que abrange uma zona indicando a extensão de estímulos que conduzirá a uma reação positiva".

Pressuposto 8 - "A pessoa é concebida como tendo quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, auto-conceito, função do papel e relações de interdependência".

CONCEITOS DE ENFERMAGEM DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

Para Roy (1976), Roy e Roberts (1981), Roy (1984) e Roy (1989) o Modelo de Adaptação envolve 3 elementos essenciais: o ser humano, o objetivo da intervenção de enfermagem e a intervenção de enfermagem.

O SER HUMANO

Roy (1984), define o ser humano como um ser bio-psico-social que constitui um sistema aberto chamado "Sistema de

Adaptação". Ese sistema está formado de diferentes elementos: a) input (entrada de estímulos) b) processos de controle (mecanismo de enfrentamento: conhecedor e regulador); c) efetadores ou modos adaptativos (fisiológico, auto-conceito, função do papel e interdependência); d) output (respostas adaptativas e respostas inefetivas) e e) retroalimentação (feed-back). Estes elementos mantêm íntima relação entre si e com o meio ambiente interno e externo em busca de adaptação.

Neste trabalho toma-se o mesmo conceito do ser humano de Roy para o cliente hanseniano.

O input ou estímulos, se refere a todas as condições, circunstâncias e/ou influências internas e externas que rodeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento do ser humano. Segundo Roy (1984) há três classes de estímulos: o focal, o contextual e o residual. Os estímulos podem ser de natureza física, química, biológica, psicológica e social.

O estímulo focal, é uma condição, circunstância e/ou influência ao qual o indivíduo responde de forma imediata com um comportamento adaptativo e/ou inefetivo e pode afetar mais de um modo adaptativo (Roy, 1984).

O estímulo contextual, são condições, circunstâncias e/ou influências que existem no contexto do estímulo focal, que contribuem para manifestar um determinado comportamento ou resposta adaptativa ou inefetiva ao estímulo focal (Roy, 1984).

O estímulo residual, são condições, circunstâncias e/ou influências existentes no ser humano que em combinação com os outros estímulos (focal e contextual) contribuem para determinar

o comportamento do ser humano. Os efeitos que produzem os estímulos residuais nem sempre podem ser confirmados ou detalhados especificamente (Roy, 1984).

No caso do cliente hanseniano, o estímulo focal (bacilo de Hansen), provoca nele diretamente comportamentos inefetivos; o estímulo contextual, são as circunstâncias provenientes do contexto ambiental no qual mora e está inserido o hanseniano; o estímulo residual, são os elementos condicionantes que o próprio ambiente traz junto com ele, através do tempo.

Vale ressaltar que estes estímulos na prática não têm rótulo fixo, isto é, um estímulo (circunstância, condição e/ou influência) pode ser contextual numa determinada situação e numa outra pode ser focal e vice-versa. Por outro lado, um comportamento inefetivo, pode ser estímulo para outro comportamento. Os estímulos aos quais está exposto o cliente hanseniano são múltiplos. Na medida em que vai evoluindo a doença esses estímulos podem manifestar-se em determinadas áreas corporais, desde distúrbios de sensibilidade (térmica, tátil e dolorosa) com ou sem alterações da cor da pele (hanseníase indeterminada), até lesões graves dos nervos periféricos, paralisia, deformidade e mutilações (hanseníase tuberculóide, virchowiana e dimorfa) conforme comenta Talhari & Neves (1984).

Devido aos estímulos que provoca o bacilo de Hansen nas terminações nervosas (modo fisiológico), a sensibilidade geralmente é exacerbada, isto é, os doentes queixam-se de dor intensa aos pequenos traumas, devido ao fato de serem atingidos os troncos nervosos, como é o caso da hanseníase tuberculóide

reacional (Talhari e Neves (1984). Analisando, o estímulo é a dor intensa nas terminações nervosas, o qual provoca comportamentos de respostas inefetivas como: ficar prostrado no leito, não poder trabalhar, mesmo que deseje, desequilíbrio emocional acompanhado de sentimento de culpa, temor ao preconceito da família e da sociedade contra a doença de Hansen. Esta situação para o cliente hanseniano é complexa; pois apenas um estímulo, como a dor, provoca nele comportamentos inefetivos dentro dos 4 modos adaptativos (fisiológico, função do papel, interdependência e auto-conceito).

Como processo de controle, o ser humano utiliza as habilidades internas, inatas ou adquiridas, que possui para enfrentar as mudanças ou estímulos do meio ambiente. Estas habilidades se constituem em mecanismos internos de enfrentamento do próprio indivíduo, os quais são denominados de conhecedor e regulador (Roy, 1984). Esses mecanismos de enfrentamento tem a função de receber a mensagem ou estímulos e processá-los, gerando uma resposta que pode ser de dois tipos: a adaptativa e a inefetiva. O ser humano utiliza o mecanismo conhecedor e através do sistema nervoso central percebe a informação, utiliza a ativação seletiva, codifica, memoriza, aprende, emite julgamento e manifesta emoções. No decorrer deste processo, o ser humano aciona o mecanismo regulador através do sistema nervoso autônomo, emitindo respostas automáticas geradas principalmente pelas glândulas endócrinas e pelo processo de percepção. Segundo Meleis (1985), as percepções são alteradas pelo fatores culturais e sociais que constituem os estímulos externos e permanecem na

memória o tempo suficiente para que uma resposta psicomotora seja dada, ou seja, o indivíduo pode responder ao estímulo enfrentando ou fugindo.

No caso do cliente hanseniano, o processo de controle acima referido, consiste dos fatores imunológicos e de resistência do hospedeiro. Os linfócitos T e B são os que estão relacionados com a hipersensibilidade humoral e celular respectivamente, provocados pelo bacilo de Hansen (Brasil, Ministério da Saúde, 1989). O Teste de MITSUDA é o parâmetro básico de avaliação desta imunidade (Azulay, 1984).

Os Efetivadores, são as maneiras através das quais os mecanismos de enfrentamento, o conhecedor e o regulador, efetuam-se através dos modos adaptativos que Roy (1989) sumarizou em: necessidades básicas fisiológicas, auto-conceito, domínio da função do papel e interdependência (Roy, 1989, pag. 111-112).

A. Necessidades Fisiológicas Básicas

1. Exercício e repouso
 - Imobilidade
 - Hiperatividade
 - Fadiga e insônia
2. Nutrição
 - Má nutrição
 - Náusea e vômito
3. Eliminação
 - Retenção e hiperexcreção
 - Constipação e diarreia
 - Incontinência
4. Fluidos e eletrólitos
 - Desidratação
 - Edema
 - Desequilíbrio eletrolítico
5. Oxigenação
 - Falta de oxigenação
 - Excesso de oxigenação
6. Circulação
 - Choque
 - Sobrecarga
7. Regulação

- a. Temperatura
 - Febre
 - Hipotermia
- b. Sentidos
 - Perda sensorial
 - Sobrecarga sensorial (dor)
- c. Sistema endócrino
 - Desequilíbrio endócrino.

B. Auto-conceito

- 1. Eu físico
 - Perda (ex.: mastectomia seguido de depressão)
- 2. Eu pessoal
 - a. Culpa-ética-moral (ex.: criança com febre reumática culpa a doença por desobedecer sua mãe)
 - b. Ansiedade de consistência de si próprio (ex.: paciente caminhando pelo quarto na noite anterior à cirurgia)
 - c. Auto-ideal e impotência de expectativa (ex.: adolescente em tensão incapaz de candidatar-se à universidade)
- 3. Eu interpessoal
 - a. Descompromisso social (ex.: mulher idosa recusa se comunicar com o pessoal de enfermagem)
 - b. Agressão (ex.: paciente cardíaco grita com a enfermeira).

C. Domínio do papel

Fracasso do papel-inabilidade percebida para desempenhar comportamentos relacionados ao papel (ex.: amputação: ex-motorista de caminhão preocupado com o sustento da família)

Conflito do papel-expectativas percebidas por outros em relação ao comportamento do papel difere das próprias expectativas (ex.: esposa com ameaça de aborto cujo marido espera relações sexuais)

D. Interdependência

Alienação, rejeição, agressão, rivalidade, competitividade, hostilidade, solidão, descompromisso, domínio, exibição.

O cliente hanseniano possui maneiras ou modos de se adaptar e através dos seus comportamentos (adaptativos e/ou inefetivos) responde aos estímulos provocados pelo bacilo de Hansen. No início as respostas ou comportamentos podem ser adaptativas. A seguir menciona-se alguns comportamentos que

poderão ocorrer no cliente hanseniano, tais como:

No modo fisiológico, depois de um determinado período de tempo, da penetração do bacilo de Hansen, o organismo da pessoa manifesta inicialmente máculas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas com distúrbios de sensibilidade, ou áreas circunscritas da pele, apresentando apenas distúrbios de sensibilidade; a seguir, aparecem as lesões dos nervos periféricos, especialmente nas terminações nervosas dos ramos sensitivos (nervos mixtos), caracterizado por hipoestesia, hiperestesia e anestesia (perda da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa); sendo que até aqui só é comprometida a função de regulação (pele e terminações nervosas); a seguir aparecem os distúrbios motores provocando paralisias e amiotrofias, de modo que a função do exercício e descanso, é alterada; a seguir, deformidades secundárias como: madarose ciliar e superciliar, lesões oculares, desabamento da pirâmide nasal, calosidades, fissuras, ulcerações, panarício analgésico, reabsorções ósseas anquilose, ceratite, queda de pelos nas partes comprometidas do corpo, e a seguir os surtos de eritema nodoso e edema, alteram a função de fluidos e eletrólitos, no qual as deformidades das mãos são semelhantes à artrite reumatóide. Estas respostas inefetivas, em geral, se produzem como resultado da falta de Educação em Saúde da sociedade como um todo sobre hanseníase e da falta de assistência de enfermagem de boa qualidade. Em geral o cliente quando procura os serviços de saúde já possui essas características próprias da forma Virchowiana e Dimorfa da hanseníase.

No modo de Auto-conceito: O dano estético (aspecto físico) que o bacilo de Hansen provoca no cliente hanseniano, pode ocasionar-lhe graves prejuízos psíquicos. Quando os clientes hansenianos de forma Virchowiana não são tratados em tempo oportuno, as simples manchas na face se tornam eritematosas, ferruginosas e infiltradas, suas bordas ficam imprecisas, perdendo-se os limites da pele normal, e com o tempo surgem pápulas, nódulos, tubérculos e infiltrações em placas denominadas hansenomas, que alteram profundamente a fisionomia da pessoa caracterizando-a de "facies leonina" (Talhari & Neves, 1984).

O hanseniano com o rosto deformado como ocorre na hanseníase de forma Virchowiana e com outras deformidades como pé caído, atrofia das mãos, lagofthalmos, etc. Terá medo de se olhar no espelho, não aparecerá em público, porque ele se percebe feio e deformado, o que mudará seu comportamento frente a ele mesmo e com os demais.

O comprometimento de nervos, tais como o facial, o radial o cubital, o mediano, o ciático poplíteo externo e o tibial posterior (Opromolla & Fleury, 1981), diminui a auto-imagem (eu-físico) do hanseniano, que passa a se perceber como um "monstro", desenvolvendo comportamentos complexos com sintomas neuróticos e mesmo reações psicóticas. Para ele a hanseníase é um castigo divino. A ansiedade ao fato de ser portador da doença de Hansen é reprimida, ou então se produz o complexo de culpa, medo de punição, sentimento de culpa inconsciente, traduzido em sofrimento penitente. Além disso, ele passa a exhibir um comportamento de supercompensação, acompanhado de agressividade,

mostrando um grau grosseiro de projeção e se tornando paranóico (Macario, 1980).

No Modo de Função do Papel e Modo de Interdependência, decidiu-se colocar esses dois modos em vista que aos mesmos estarem intimamente relacionados.

O ser humano prejudicado na sua integridade física e psicológica, pela doença de Hansen, apresenta múltiplos problemas. Siqueira (1980) destaca os seguintes: a) o hanseniano passa a ter geralmente comportamento de ajustamento tais como rejeição, solidão, agressão, hostilidade; b) apresenta dificuldades em sua vida familiar e social, tais como baixo rendimento no trabalho, fracasso na função do papel de chefe familiar, expectativas frustradas, perda de amigos, parentes e colegas, como decorrência das deformidades e incapacidade física; c) enfrenta aceitação ou rejeição dos familiares, amigos, pessoal de saúde e da sociedade na qual convive; d) enfrenta situações de desconforto no relacionamento com o cônjuge; e) enfrenta problemas relacionados à alteração do seu nível de escolaridade, dos seus próprios valores culturais e geralmente as suas expectativas não são alcançadas; f) além do aspecto humano, os clientes hansenianos incapacitados pelas sequelas provocadas pela doença, enfrentam perdas significativas no mercado de trabalho e como consequência não podem sustentar-se ou sustentar a sua família, tornando-se economicamente dependentes (Organização Pan-Americana da Saúde, 1983); g) os pacientes enfrentam o peso do estigma associado à hanseníase ou lepra, devido às mutilações e às deformidades causadoras de invalidez (Organização Pan-

Americana da Saúde, 1983).

As respostas se constituem no output, ou comportamentos e são elaboradas pelos mecanismos de enfrentamento, se manifestando através dos modos adaptativos. Estas respostas são adaptativas quando atingem metas estabelecidas pelo ser humano (crescimento, desenvolvimento, reprodução e controle) e inefetivas ou não adaptativas quando o ser humano não atinge essas metas (Roy, 1984).

Em relação ao cliente hanseniano o output consiste nas respostas ou comportamento (adaptativos ou inefetivos) elaborado pelo mecanismo de enfrentamento do hanseniano frente ao estímulo (bacilo de Hansen). Por exemplo:

ESTÍMULO	RESPOSTA
infiltração cutânea	madarose ciliar e superciliar
invasão do bacilo no nervo	neurite
deformidades dos membros	isolamento, agressão, sentimento de culpa
insensibilidade tátil térmica e dolorosa	ferimentos, queimaduras, etc

Durante o processo de adaptação o ser humano aciona os mecanismos de enfrentamento e os modos adaptativos avaliando constantemente a relação estímulo-resposta, utilizando um sistema feedback, como um elemento propulsor do equilíbrio dinâmico do sistema (Roy, 1984).

No caso do cliente hanseniano o feedback é a interrelação que existe entre ele próprio o ambiente e a enfermagem para identificar, mudar ou manter os estímulos e para promover e obter respostas adaptativas.

ENFERMAGEM

Roy conceitua a enfermagem em termos dos objetivos das ações de enfermagem, ou seja, promover a adaptação do ser humano em cada modo adaptativo (fisiológico, auto-conceito, interdependência e função do papel) nas situações de saúde-doença (Roy, 1989).

Adaptação: é um processo de mudanças no meio ambiente interno e externo, ao qual o ser humano responde positivamente (Randell, et al. 1982)

O objetivo das ações de enfermagem para com o cliente hanseniano, é promover, atingir a adaptação do cliente com Mal de Hansen, considerando-o como ser humano, com características bio-psico-socio-espirituais, enfrentando as mudanças provocadas pelo bacilo de Hansen, dentro dos quatro modos adaptativos do Modelo de Adaptação de Roy. Na intervenção de enfermagem, segundo Roy (1989) o enfermeiro desempenha as ações para mudar o curso de eventos na busca do resultado final desejado. Em outras palavras, a enfermagem atuando como uma força reguladora externa para modificar os estímulos que estão afetando o nível de adaptação da pessoa.

Na situação do cliente hanseniano, a intervenção consiste nas ações desenvolvidas pela enfermagem, direcionadas a contribuir ao processo de adaptação e condição de saúde do cliente hanseniano dentro dos quatro modos adaptativos. A enfermagem procura aumentar, diminuir ou manter os comportamentos manipulando os estímulos para obter um nível de adaptação, seja qual for o estágio do desenvolvimento da doença. O Nível de

Adaptação, segundo Roy (1988) é um ponto constante em mudança produzido pelos estímulos focal, contextual e residual, que representa o padrão da própria pessoa em relação à variedade desses estímulos a que está submetida, ou seja, as pessoas podem manifestar diferentes comportamentos a um mesmo estímulo.

SAÚDE

Roy (1989), reforçando o Modelo de Adaptação através de uma clarificação conceitual, refere que:

"Saúde é tanto um processo como um estado de ser e tornar-se uma pessoa íntegra e integrada. Ser integrada é um estado em qualquer dado momento no tempo, podendo ser descrito como tal naquele ponto de tempo. Este estado reflete o processo de adaptação. É manifesto pela inteireza e integração dos componentes fisiológicos, auto-conceito, função do papel e interdependência. Tornar-se, é um processo, é contínuo, está formado por uma série de ações sistemáticas dirigidas a algum fim".

Para o cliente hanseniano adotamos a mesma definição de saúde, porque este conceito adapta-se às diferentes situações de saúde-doença de nosso cliente.

MEIO AMBIENTE

O meio ambiente é conceituado por Roy (1984) como sendo todas as condições, circunstâncias e influências (estímulos de tipo cultural, familiar, crescimento e desenvolvimento psicossomático) circundando e afetando o comportamento do ser humano. Segundo Fioli & Sandor (1989), o ambiente é o meio interno ou

externo e está composto por estímulos que são colocados sobre o ser humano em determinado tempo.

No caso do cliente hanseniano, o meio ambiente é o espaço onde ele mora, podendo ele estar inserido ou não na família (cônjuge e filhos) convivendo ou não com parentes e amigos não hansenianos, mantendo relacionamento ou não com pessoal de saúde, de enfermagem, outras pessoas que foram portadoras ou estão em tratamento atualmente, como é o caso dos pacientes hansenianos morando na área asilar dos atuais hospitais-colônia e com a sociedade em geral, sem referir ser portador da doença, por temor a ser rejeitado pelo preconceito ainda existente.

IV - METODOLOGIA

Neste capítulo descrevemos o local, o tipo de população, os procedimentos e a aplicação do instrumento na assistência de enfermagem às pessoas portadoras de hanseníase.

Local:

A assistência de enfermagem orientada pelo modelo conceitual de Callista Roy, através do processo de enfermagem foi aplicada a clientes com hanseníase no "Hospital Santa Teresa de Dermatologia Sanitária" (antiga Colônia Santa Teresa), entidade esta vinculada à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, localizada no município de São José, do Estado de Santa Catarina, mais ou menos a 45 km de distância da capital do Estado. Neste hospital há clientes internados em condição hospitalar e em condição asilar.

Em 11 de março de 1940 foi inaugurada a "Colônia Santa Teresa", entidade destinada a recolher todos os hansenianos de Santa Catarina. Como nos demais estados do Brasil, a colônia Santa Teresa foi construída com uma infraestrutura de cidade, ali estava o hospital, o cartório, a casa comercial, a delegacia, o cinema com várias dependências - apelidados de "cassino", a igreja, a cadeia, as residências das famílias, a praça de esportes, pavilhões, oficinas, rádio, moeda própria e o cemitério

(Andrade & Santos, 1988). Chegou a possuir seiscentos pacientes quando apenas possuía um médico dermatologista, um dentista, um bioquímico, um farmacêutico e sete atendentes de enfermagem (Wisbeck et al., 1989). Os filhos sadios de pais hansenianos eram mantidos pelo Estado e ainda são em número de oito ou nove, morando no preventório em São José. Na atualidade, a antiga colônia Sta Teresa não tem mais a posição de "cidade", passou a funcionar como Hospital de Dermatologia Sanitária, dividido em parte hospitalar e asilar. A estrutura física está compreendida em: direção e administração, enfermaria (ambos os sexos) e serviço técnico, refeitório para pacientes e funcionários, cozinha, três pavilhões dando atendimento aos pacientes hansenianos, três pavilhões destinados a pacientes psiquiátricos, algumas casas pequenas (modelo carville) ocupadas por pacientes em condição asilar, morando só, ou com o cônjuge.

Há aproximadamente dois anos, o nome do asilo-colônia foi substituído pelo atual "Hospital Santa Tereza de Dermatologia Sanitária" (HSTDS). No momento do estudo possuía 73 pacientes, sendo que 90% destes estavam em condição asilar e 10% em condição hospitalar. O hospital conta com 109 funcionários, dos quais 18 pertencem às diversas categorias da enfermagem (3 auxiliares de enfermagem, 2 técnicos de enfermagem e 13 atendentes de enfermagem). Há um só enfermeiro que está encarregado da chefia de enfermagem do HSTDS, mas ele ainda está contratado na categoria de atendente de enfermagem.

Participantes do Estudo:

O presente estudo inclui 15 clientes, 7 do sexo feminino e 8 do sexo masculino, todos portadores de hanseníase, sendo 6 em condição hospitalar e 9 em condição asilar.

- Cliente em condição hospitalar, é aquele portador de hanseníase que fica temporariamente internado no hospital para tratar das intercorrências específicas da doença de Hansen; ou seja é aquele que apresenta dentre outros sinais e sintomas, como: neurite, reação de eritema nodoso, lesões infectadas nos membros superiores e/ou inferiores, etc, e que após se recuperar deverá retornar ao seu meio ambiente (lar, trabalho, família, comunidade, etc).

- Cliente em condição asilar é aquele que no passado foi internado compulsoriamente ou que decidiu ficar e foi aceito no hospital por não ter condições psicológicas, físicas, econômicas e sociais de morar fora da instituição hospitalar.

A princípio pensou-se dar assistência de enfermagem somente aos clientes em condição hospitalar, que eram em número de três, mas desses três clientes, um deles não desejava participar do estudo, e outro recebeu alta dentro de dois dias. Nesse momento passou-se a perceber que os hansenianos em condição asilar poderiam fazer parte do nosso estudo e sentiu-se a necessidade de esclarecer e discutir o assunto com nossa orientadora, que após ouvir nossa colocação, fez as seguintes perguntas: aqueles hansenianos em condição asilar não são também seres humanos? Não merecem assistência de enfermagem? Como responderiam eles ao processo de enfermagem do modelo conceitual

de Roy? Estas perguntas pareciam reforçar ainda mais a abordagem teórica proposta, e o desafio de estar lidando com seres humanos portadores de hanseníase, alguns dos quais com deformidades irreversíveis. Assim, começou-se a coletar os dados, tanto na área asilar como na área hospitalar.

Procedimentos:

Preparação Prévia da Mestranda:

Por orientação dos professores da disciplina de Prática Assistencial, a autora deste estudo reconheceu a necessidade de aprofundar seus conhecimentos nos aspectos relacionados à teoria selecionada e a assistência a pacientes hansenianos. Para tal realizou as seguintes atividades: a) estudo independente e revisão da bibliografia sobre a teoria de Adaptação de Enfermagem de Roy; b) cursos e estágios (2 meses) na área de hanseníase no Instituto Lauro de Souza Lima em Bauru - SP e Ambulatório de Hansenologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, por 15 dias; e c) revisão bibliográfica e atualização teórica sobre hanseníase.

Contatos Mantidos no Local de Estudo:

Foram mantidos contatos prévios com a administração e chefia de enfermagem do hospital escolhido, visando: a) obtenção de autorização para aplicação da metodologia assistencial; e b) contato com o pessoal auxiliar, técnico e atendente das enfermarias do HSTDS, para obter sua colaboração.

A Entrada na Instituição e a Conquista dos Clientes para o Estudo:

Os conhecimentos teórico-práticos adquiridos, a experiência vivenciada nos diferentes serviços (oftalmologia, clínica cirúrgica, clínica médica, fisioterapia, reabilitação, terapia ocupacional, a assistência do cliente hanseniano em consultório externo) o trabalho da equipe multidisciplinar, tanto na assistência direta ao hanseniano quanto no campo da pesquisa, observados no Centro de Referência Nacional - Instituto Lauro de Sousa Lima - Bauru - São Paulo, e Ambulatório de Hansenologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, fundamentaram e ampliaram o conhecimento da autora deste estudo e esses conhecimentos complementados pelo marco teórico de enfermagem de Roy, tornaram possível prestar uma assistência de enfermagem competente ao cliente hanseniano internado no HSTDS.

Os clientes que participaram da assistência de enfermagem foram incluídos conforme os critérios seguintes:

- a) indivíduos hansenianos que concordavam em ter assistência de enfermagem conforme o processo de enfermagem da teoria de Roy;
- b) indivíduos hansenianos que concordaram em ser frequentemente entrevistados, aceitaram discussões, esclarecimentos e avaliações constantes feitas pela autora com a participação da equipe de saúde (médico, pessoal de enfermagem, nutricionista, assistente social e oftalmologista) sempre abordando sua situação específica dentro do modelo de Roy.

Proteção dos Direitos Humanos:

As pessoas portadoras de hanseníase do HSTDS foram entrevistadas após seu consentimento verbal, visando estabelecer um clima de confiança que promovesse respostas, as mais espontâneas possíveis. Para proteger os direitos do cliente hanseniano, a autora deste trabalho prestou informação quanto ao objetivo do estudo, explicando a forma em que a informação seria utilizada e garantindo seu anonimato; ao mesmo tempo, comunicou a cada um deles, o direito à desistência no momento que eles desejassem.

O Instrumento:

Elaborou-se um roteiro flexível (Anexo VII) que foi utilizado com a intenção de direcionar a conversa identificando os estímulos que poderiam estar ocasionando mudanças no comportamento. Nesta mesma oportunidade, tanto o cliente quanto a enfermeira, determinaram em conjunto as ações para atingir mudanças nos modos adaptativos; ou para mantê-las, se necessário.

Período do estudo:

A assistência de enfermagem que constituiu na aplicação do processo de enfermagem, foi desenvolvida nos meses de fevereiro e março de 1990, em trabalho diário de 6 horas e efetuado de segunda a sexta.

O Processo de Enfermagem

Para assistência de enfermagem, a enfermeira mestranda utilizou o processo de enfermagem segundo Roy (1984), que o considera como um conjunto de procedimentos para tentar solucionar comportamentos inefetivos e/ou manter os comportamentos adaptativos que o ser humano apresenta quando se enfrenta com as mudanças do meio ambiente, interno e externo. O processo de enfermagem serve de guia ao enfermeiro norteando suas ações na assistência de saúde que presta ao indivíduo, dirigidos a promover a saúde, manter a qualidade de vida ou ajudar ao ser humano a ter uma morte digna. O processo de enfermagem compreende os seguintes passos: 1 - coleta de dados abrangendo o 1o. nível (identificação de comportamentos) e 2o. nível (identificação de estímulos); 2 - diagnóstico de enfermagem; 3 - estabelecimento de objetivos ou metas; 4 - intervenções de enfermagem ou ações; 5 - avaliação dos resultados da assistência.

Os cinco passos do processo segundo Roy (1984), empregados neste estudo, são explicitados a seguir:

1 - Coleta de Dados:

Antes de fazer diretamente as diferentes perguntas do roteiro, iniciou-se o contato pessoal com o cliente hanseniano na sala de curativos, demonstrando dedicação, preocupação e habilidade nas técnicas de enfermagem durante os curativos das suas feridas. Este fato - curativo de feridas é um dos momentos mais importantes de cada dia na vida do cliente hanseniano, tanto na área hospitalar como na asilar. Aproveitou-se, justamente este momento (curativos) para aplicar o instrumento porque, uma vez

captada a confiança do cliente foi muito mais fácil que ele respondesse espontaneamente a cada uma das questões formuladas indiretamente. A coleta de dados compreendeu dois níveis: No primeiro nível, a enfermeira identifica e descreve os comportamentos de modo geral, os quais são vistos como respostas da pessoa às mudanças do meio ambiente (interno e/ou externo), respostas estas que podem ser adaptativas ou inefetivas. Algumas das respostas são obtidas pelo relato do próprio indivíduo durante a entrevista, enquanto outras são obtidas por métodos de medição, ou pela simples observação que a enfermeira faz. Por exemplo, mudança de temperatura corporal, alteração de pressão arterial, frequência cardíaca, são manifestações captadas pela medição; presença de nódulos, feridas, deformidades, são captadas pela observação; dor, tristeza, formigamento, preocupação, fome, são obtidas pelo relato próprio do cliente hanseniano.

A observação, consiste na habilidade da enfermeira em utilizar os seus sentidos, o tato, o olfato, o paladar, a audição e a visão para perceber as ações ou reações do indivíduo de modo a detectar os comportamentos adaptativos e/ou inefetivos. A observação pode ser efetuada sob duas formas: a) observação participativa, quando o cliente intervém ativamente na identificação dos estímulos; b) observação não participativa, quando o cliente deixa de intervir e permanece apenas como receptor passivo das ações de enfermagem.

A medição de determinadas respostas do cliente se faz com ajuda de instrumentos, tais como: termômetro clínico, tensiômetro, teste de Schirner's, pelo qual se avalia a produção

lacrimal, e a escala de Snelle, que serve para medir a acuidade visual.

E a entrevista, consiste tanto de um conjunto estruturado de perguntas formuladas, como da escuta feita com atenção e propósito, com poucos comentários espaçados ao longo do relacionamento enfermeira-cliente (Roy, 1984). Neste estudo deu-se preferência às perguntas abertas, parafraseando-as de acordo com a reflexão do significado e de gestos, tais como afirmar com a cabeça ou inclinar-se para diante ou tocar o paciente demonstrando afetividade e compreensão do que estava sendo dito.

O primeiro nível da coleta de dados culminou num julgamento de enfermagem acerca de, se (ou não) os comportamentos eram ou não de preocupação do cliente ou da enfermeira, ou de ambos. A enfermeira em colaboração com o cliente determinava se o comportamento era adaptativo ou inefetivo e o classificava dentro dos modos adaptativos, para continuar com a coleta de dados no segundo nível. Este outro nível da coleta de dados envolve a identificação dos estímulos, que estavam provocando a manifestação dos comportamentos, seja inefetivos e/ou adaptativos. No caso de comportamentos inefetivos, a enfermeira e o cliente identificam o estímulo provocador para modificá-lo, e no caso dos comportamentos adaptativos, estes eram mantidos.

A enfermeira e o cliente estabeleciam prioridades sobre os comportamentos mais importantes a serem considerados, identificando os estímulos focal, contextual e residual que contribuíram na modificação de tais comportamentos.

2 - Diagnóstico de Enfermagem

Depois de executar a fase de coleta de dados, ou seja, da identificação de comportamentos e estímulos que ocasionaram as mudanças, passava-se à etapa seguinte, que consiste no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem.

Roy, desde que começou a trabalhar em sua teoria em 1976, indica três métodos de como fazer o diagnóstico de enfermagem. No processo de enfermagem aplicado ao cliente hanseniano adotou-se método contido na publicação de Roy (1984, p. 55), o qual indica que o diagnóstico de enfermagem consiste em agrupar a informação por comportamento dentro de cada um dos modos adaptativo e nomear cada grupo com um rótulo sugerido na tipologia. A tipologia adotada para este trabalho é aquela constante da publicação de Roy (1989) e mencionada na página 47-48 deste trabalho.

Os comportamentos diagnosticados em cada situação eram colocados mentalmente em uma hierarquia de importância, isto é, atendendo às metas do sistema adaptativo, tais como: sobrevivência, crescimento, reprodução e desempenho; ainda segundo Roy (1984), o estabelecimento de prioridades é também influenciado por fatores programáticos da disponibilidade de recursos, tais como: pessoal de enfermagem, equipamentos, condições econômicas, serviços auxiliares e especializados. Nesta etapa do processo na assistência ao cliente hanseniano o diagnóstico de enfermagem foi estabelecido conforme demonstra o exemplo a seguir: "Cliente portador de Hanseníase Virchowiana com controle de pressão sanguínea inefetiva (16/10 mm/Hg) relacionado

a distúrbios cardiovasculares e fumo, associado à reação de eritema nodoso generalizado com hipertermia (39.0C). Eu-físico afetado por lesões infectadas e edema; insegurança, pranto e medo da morte; preocupação com esposa, filhos e limitação financeira, stress provocado pelo conflito no relacionamento entre cardiologista e cliente hanseniano".

Em resumo, o diagnóstico de enfermagem, de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, é uma declaração dos comportamentos predominantes provocado por um ou mais estímulos dentro dos quatro modos adaptativos.

3 - Estabelecimento de Objetivos ou Metas

Após fazer o diagnóstico de enfermagem por hierarquia de importância, o passo seguinte era estabelecer as metas que ambos, cliente e enfermeira, desejavam alcançar. As metas são declarações claras dos resultados comportamentais do cuidado de enfermagem para o cliente e que podem ser alcançados a curto e longo prazo.

4 - Intervenção de Enfermagem ou ações

Nesta etapa do processo, a enfermeira atuou controlando os estímulos focais que afetaram a adaptação, porque ambos, cliente e enfermeira, desejavam efetuar mudanças ou estabilizar o sistema de adaptação do indivíduo. Salienta-se que o estímulo focal pode ser alterado ou o nível de adaptação ampliado, pela mudança dos estímulos contextuais e residuais presentes. Para mudar comportamentos inefetivos, a enfermeira listou as possíveis ações ou atividades a realizar, mas selecionou uma prioritária.

Caso não conseguisse obter os resultados esperados, selecionava-se outra atividade até conseguir a mudança do comportamento inefetivo, conforme demonstra a etapa de avaliação.

5 - Avaliação

É a etapa final do processo de enfermagem que ajuda a verificar a efetividade ou não da intervenção de enfermagem junto ao cliente. Após a intervenção de enfermagem, a enfermeira voltava à primeira etapa do processo, novamente fazia as observações, medições e entrevistas, e detectava, se os comportamentos se mostravam inefetivos, se os estímulos influenciadores foram modificados, se os comportamentos adaptativos foram mantidos e quais as ações de enfermagem para alcançar as metas ainda não atingidas. Em outras palavras, a avaliação do processo de enfermagem é um método que ajuda a réatualizar as ações da intervenção da enfermagem com a finalidade de atingir os objetivos desejados. Dependendo do tipo de estímulos e das ações de enfermagem são feitas as avaliações em cada uma das etapas imediatamente ou diariamente.

V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Caracterização dos Clientes

Conforme demonstra a tabela 1, dos 15 clientes portadores de hanseníase, a quem foi prestada assistência de enfermagem mediante o processo de enfermagem direcionado pelo Modelo de Roy (1984), 8 clientes são do sexo feminino e 7 do sexo masculino; 10 possuem escolaridade a nível primário, 1 a nível de 1o. grau incompleto e 4 são analfabetos. Suas idades variam de 36 a 83 anos, situando-se nas faixas etárias correspondentes ao adulto jovem (9), adulto maduro (1) e idoso (5). Até o momento da elaboração deste trabalho 11 clientes eram portadores de hanseníase na forma virchowiana, 6 dos quais estavam curados e 5 clientes ainda continuavam tomando o tratamento específico. Dos 4 clientes portadores de hanseníase na forma tuberculóide, um deles ainda estava em tratamento e 3 já tinham alta medicamentosa.

No HSTDS, 9 clientes estavam admitidos em condição asilar, tais como: a) uma casada morando junto com o marido; b) quatro viúvos, mas que tinham pelo menos um ou mais parentes com quem tinham algum tipo de relacionamento familiar; c) um viúvo sem família; d) um solteiro com família e e) dois solteiros sem família; dos 6 clientes admitidos em condição hospitalar, 5 eram casados e residiam com suas famílias e outro era viúvo e também

estava morando com os filhos, noras, netos e outros parentes. As outras 6 pessoas no momento estavam no hospital fazendo tratamento das intercorrências específicas da doença. Os clientes que se encontravam em condição hospitalar deixariam o hospital tão logo fossem modificados os comportamentos inefetivos provocados pela hanseníase de modo geral: reação de eritema nodoso, neurites, feridas infetadas, entre outros. Os clientes que residem no HSTDS, em condição asilar, continuariam ali residindo, porque não possuem as condições sociais, psicológicas, ou econômicas e físicas para morar fora da área asilar, mesmo tendo alguns parentes sadios. Em ambas situações (asilar e hospitalar) os 15 clientes hansenianos possuíam no passado ou possuem atualmente ocupações de baixo prestígio social*, tais como: pedreiro, marceneiro, lavadeira, lavrador, pescador, vigia, guarda noturno e atendente.

*Conforme: Gouveia, 1970 p. 33

TABELA 1

CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES HANSENIANOS DO ESTUDO SEGUNDO:
ESTADO CIVIL, SEXO, IDADE, ESCOLARIDADE E FORMA CLÍNICA

CARACTERÍSTICAS	No.	X
Estado Civil		
Solteiro	3	20,0
Casado	6	40,0
Viúvo	6	40,0
Sexo		
Masculino	7	46,6
Feminino	8	53,4
Idade		
35-60 *	9	60,0
61-65 *	1	6,6
66 e mais **	5	33,4
Forma Clínica		
Virchowiana	11	73,3
Tuberculóide	4	26,7

* Adulto: 35-60; adulto maduro: 61-65 - Critério adotado de Havinghurst's Developmental Tasks. In Neves, E.P. (1980, p.94)

** Idoso: 66 e mais - Critério adotado a partir de: As 7 Idades do Homem - Um Estudo do Desenvolvimento Humano: Corpo, Personalidade, Capacidade. In Sears, R.R. & Felman, S. (1975, p. 135).

OS DADOS, A META DE ENFERMAGEM E A IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SEGUNDO OS QUATRO MODOS ADAPTATIVOS.

Os dados levantados junto aos clientes hansenianos foram sumarizados a partir das entrevistas gravadas, de conversas informais e observações, que se encontram em poder da autora deste estudo. No Quadro 2, são apresentados as respostas adaptativas (Anexo VIII) os quais não serão discutidos, por entender-se que são auto-explicativos e que não implicaram em assistência especial de enfermagem, a não ser o reforço por parte da enfermeira para continuar mantendo essas respostas adaptativas. O Quadro 3, referente aos comportamentos inefetivos constam no Anexo IX. A seguir serão analisados e discutidos os comportamentos inefetivos em cada um dos modos adaptativos, ou seja modo das necessidades fisiológicas, modo de auto-conceito, modo de função do papel e modo de interdependência.

Os dados e o diagnóstico de enfermagem referentes aos comportamentos inefetivos no modo das necessidades fisiológicas

Apresentação dos dados:

Os clientes hansenianos com a variedade de comportamentos inefetivos que apresentam no modo adaptativo das necessidades fisiológicas, conforme mostram os quadros 4 e 5,

independente do sexo, não estão tendo uma saúde integral, porque a sua integridade fisiológica está sendo comprometida pelas diversas manifestações provocadas pelo bacilo de Hansen e suas sequelas nas diferentes categorias mencionadas por Roy (1989), tais como:

- **Atividade e repouso:** nesta categoria foram identificados comportamentos inefetivos, tais como: dificuldade para se mobilizar e praticar simples exercícios corporais, atrofia anátomo-funcional parcial e/ou total das mãos e pés, paralisia completa dos membros inferiores e superiores.

- **Função neurológica (*):** foi detectado neurites, lesão dos nervos ciático poplíteo externo e tibial posterior, radial, cubital e mediano, e alteração da sensibilidade.

- **Regulação:** nos órgãos dos sentidos identificou-se
a) na visão: conjuntivite, ressecamento da córnea, acuidade visual diminuída, madarose (ciliar e superciliar parcial) e entrópico; b) no olfato, mucosa nasal inflamada, deformidade parcial e total do nariz, presença de crostas; c) no tato, pele ressequida e quebradiça, pequenas lesões traumáticas, hiperqueratose, feridas ulceradas, perda da sensibilidade (térmica, tátil e dolorosa) parcial ou total em algumas partes do corpo, das mãos e pés, manchas cicatriciais de lesões anteriores, nódulos cutâneos supurados, pápulas e úlceras tróficas; d) no

(*) Esta função foi incluída pela autora deste trabalho devido ao fato de que não há nenhum item que contemple esta função em Roy, 1989, pag. 111-112.

órgão da audição, na parte externa (pavilhão auricular), observou-se infiltração dos lóbulos da orelha; ainda dentro da categoria regulação, alguns clientes apresentaram hipertermia e diabetes.

- **Eliminação:** foi verificado retenção de urina e prisão de ventre.

- **Fluídos e eletrólitos:** identificou-se desidratação e retenção de líquidos e eletrólitos e edema.

- **Circulação:** nesta categoria foi identificado anemia hemolítica, hipertensão arterial.

- **Oxigenação:** deficit de oxigenação.

Os comportamentos inefetivos identificados no modo das necessidades fisiológicas, foram provocados por diversos estímulos, como segue:

Em relação à atividade e repouso

Estímulo focal deformidade e /ou paralisia nos membros inferiores ou superiores, úlcera plantar, insensibilidade e dores articulares.

Estímulo contextual: desconhecimento da importância dos exercícios ativos e/ou passivos de parte do cliente, falta de um serviço de fisioterapia e pessoal treinado na área dentro do próprio hospital.

Estímulo residual: lesão dos nervos radial, cubital, mediano, ciático poplíteo externo e tibial posterior, assistência inadequada nas fases iniciais deformantes da doença.

Função neurológica

Estímulo focal: invasão bacilar, infiltração celular e isquemia, reação de Eritema nodoso e destruição dos nervos.

Estímulo contextual: a) inexistência de programas efetivos de educação em saúde sobre hanseníase, no qual os clientes e familiares sejam alertados para a identificação precoce da doença e da necessidade de tratamento apropriado; b) desconhecimento por parte dos profissionais sobre as modalidades efetivas de tratamento para prevenir a destruição dos nervos.

Estímulo residual: doença não tratada ou tratada de forma não apropriada.

Regulação

Estímulo focal: alteração das fibras parasimpáticas e diminuição da irrigação sanguínea, infiltração e comprometimento das glândulas, mucosas, alteração da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, troncos nervosos espessados, lesão das fibras sensitivas e autônomas, e infiltrações cutâneas.

Estímulo contextual: invasão do bacilo de Hansen nas estruturas dos olhos, ouvidos e nariz e pele, modificação do estado imunológico do organismo do cliente hanseniano.

Estímulo residual: fator genético, tipo de resistência que o indivíduo tem contra o bacilo de Hansen.

Eliminação

Estímulo focal: bloqueio das alças glomerulares pela substância amilóide, dor e temor para defecar.

Estímulo contextual: amiloidose secundária; inflamação da porção terminal do anus (hemorroides), e presença de fezes

endurecidas.

Estímulo residual: insuficiência renal, mau hábito alimentar e carência de fibras na alimentação.

Fluidos e Eletrólitos

Estímulo focal: hipertemia, excessiva sudorese, bloqueio das alças glomerulares.

Estímulo contextual: reação de eritema nodoso amiloidose secundária.

Estímulo residual: não foi possível identificar.

Circulação

Estímulo focal: hemólise, reação de eritema nodoso associado a insuficiência cardiorespiratória, desequilíbrio hidro-eletrolítico.

Estímulo contextual: efeito colateral da sulfona, antecedentes de problemas cardiovasculares, tabagismo e bloqueio das alças glomerulares, extase venosa e dificuldade para se movimentar..

Estímulo residual: não foi possível identificar.

Oxigenação

Estímulo focal: alteração dos valores normais de hemoglobina no sangue, dificuldade para respirar.

Estímulo contextual: hemólise, dor no peito, reação de eritema nodoso associado à hanseníase, inflamação das mucosas, presença de crostas e desabamento da pirâmide do nariz.

Estímulo residual: efeito colateral da sulfona, susceptibilidade do organismo frente à bactérias e/ou vírus.

Lista de Diagnóstico de Enfermagem relacionado ao Modo das Necessidades Fisiológicas (comportamentos inefetivos).

- Dificuldade para movimentar-se (exercício e repouso), relacionada a amputação de MID, edema e ferida ulcerada do MIE, reabsorção parcial e mal perfurante plantar de ambos pés.

- Deficit na excreção de urina (retenção e hiperexcreção) relacionado a disfunção do sistema renal.

- Diminuição da acuidade visual e ressecamento da córnea (sentidos-vista) associada a idade avançada, lesão do nervo oftálmico e falta de cuidados apropriados da visão.

- Alteração anátomo-funcional das mãos e pés (função neurológica) devido ao comprometimento dos nervos cúbito-mediano, ciático-popliteo externo e tibial pelo bacilo de hansen.

- Alteração da integridade da pele do corpo (sentidos-pele) associado a reação de eritema nodoso, nódulos, feridas traumáticas e outras lesões.

- Alteração da temperatura corporal e perda de líquidos (hipertemia e desidratação), relacionado a reação de eritema nodoso e infecções secundárias.

- Deficit total de auto-cuidado (função neurológica), relacionado a paralisia total dos membros superiores e inferiores e perda da comunicação.

- Alteração da Hb e Ht (circulação), relacionada a efeitos colaterais da sulfona.

- Dificuldade para respirar (oxigenação e circulação), devido a problemas cardíaco-respiratórios

- Alteração da capacidade sensorial: tátil, térmica e dolorosa (perda sensorial), devido a bloqueio das terminações nervosas.

Discussão

Os comportamentos inefetivos e os estímulos (focal, contextual e residual) identificados, encontram respaldo na literatura revisada. Talhari & Neves (1984) afirmam que: "em todas as formas clínicas da hanseníase, exceto na indeterminada, poderão ocorrer lesões graves dos nervos periféricos ... e devido às infiltrações cutâneas poderão ocorrer distúrbios sensitivos (hiperestesias e anestésias), distúrbios motores (paralisia e amiotrofia) e deformidades secundárias como: calosidades, fissuras, ulcerações, panarício analgésico, reabsorções ósseas, anquiloses, queda dos pelos corporais, ceratite, conjuntivite e outras manifestações ...". Fleury (1984), complementa dizendo: "que a hanseníase não se limita a comprometer pele e nervos periféricos, mas também envolve numerosas localizações orgânicas, incluindo-se o trato respiratório alto, as vísceras abdominais, os linfonodos, a medula óssea e os testículos". As manifestações clínicas mais frequentes no comprometimento sistêmico da hanseníase estão referidas mais detalhadamente no Anexo X Opromolla (1981) refere que os nervos mais frequentemente atingidos na hanseníase são: o facial, cubital, mediano e radial, o nervo ciático poplíteo externo e o tibial posterior. Esses nervos são lesados em locais onde eles são mais

superficiais e mais sujeitos a traumatismo e compressão por estruturas ósteo-ligamentares e as variações de irrigação sanguínea.

A Meta, Implementação da Assistência de Enfermagem Referente aos Comportamentos Inefetivos no Modo Fisiológico

Apenas para efeito de apresentação, serão considerados parceladamente a meta e a implementação em cada um dos modos adaptativos. No entanto, a assistência de enfermagem ao cliente hanseniano foi prestada de forma global, isto é, considerando os aspectos bio-psico-socio-espirituais para atender aos diferentes comportamentos e estímulos identificados.

Uma vez identificados os comportamentos inefetivos e os estímulos (focal, contextual e residual) influenciadores, além de enunciar o diagnóstico, clientes e enfermeira juntos, planejam atingir metas a curto, médio e longo prazo, ou seja, eles agem manipulando os estímulos provocadores de um ou mais comportamentos inefetivos, com a finalidade de promover a adaptação do cliente hanseniano à sua nova condição de vida.

Função de Regulação: no que se refere à visão, a meta era manter a funcionalidade dos olhos e preservá-los de lesões secundárias que poderiam levar à cegueira parcial ou total e à percepção da imagem corporal do cliente hanseniano. Os clientes com diminuição da acuidade visual, conjuntivite e córnea

ressequida foram encaminhados ao oftalmologista, para um exame mais completo e minucioso. Após esse exame continuou-se com a terapêutica indicada como: aplicar as soluções oftálmicas prescritas em horários determinados. No caso de indicação de óculos de grau, o cliente foi encaminhado à assistente social, para a respectiva aquisição dos óculos. Os clientes com madarose ciliar, pelo menos 2 vezes, foram examinados para visualizar em que direção estavam crescendo os cílios. Isto era verificado observando-se as pálpebras com ajuda de uma lupa e em caso de entrópio, os cílios foram retirados, utilizando-se uma simples pinça de depilação, para evitar que os cílios invertidos provocassem lesão na córnea.

Mediante conversações contínuas mostrou-se ao cliente hanseniano, que o problema ocular pode ser solucionado, controlado e limitado, se ele se conscientizar de que os primeiros sinais de anormalidade devem ser seriamente considerados, praticando medidas elementares de higiene, constante observação e, em caso de aparecerem outras complicações, procurar assistência especializada imediatamente.

No que se refere ao olfato, a meta era manter a integridade e funcionalidade do nariz, como: vias aéreas permeáveis, mucosas íntegras e limpas, cuidar da estética física, articulação das palavras e comunicação com outras pessoas. A ação de enfermagem estava orientada a que o cliente hanseniano praticasse de maneira correta a técnica de lavagem do nariz diariamente, durante a higiene pessoal (banho no chuveiro) aspirando água limpa e morna, contida no côncavo da mão e

mantendo-a dentro do nariz por alguns instantes, a seguir deixando a água escorrer espontaneamente e, com ajuda do seu próprio dedo ou cotonete, fazendo a limpeza do interior do nariz. Durante a orientação desta técnica o cliente foi informado quanto às causas das lesões e possíveis conseqüências, principalmente quanto ao desabamento da pirâmide nasal e a sua repercussão no auto-conceito e aparência visual frente aos que lhe rodeiam.

No que se refere as funções de atividade e repouso, neurológica e regulação, a meta era ajudar a manter as estruturas anátomo-fisiológicas dos membros superiores e membros inferiores na sua integridade, naqueles clientes hansenianos que ainda não tinham nenhum tipo de deformidade física visível, tanto nas mãos quanto nos pés. Nos clientes hansenianos que tinham lesões incapacitantes, o objetivo era favorecer a recuperação das lesões traumáticas, elasticidade e flexibilidade da pele, evitar a formação de fissuras, úlceras tróficas, infecções secundárias e a reabsorção dos tecidos das extremidades superiores e inferiores; mediante o ensino e a prática de procedimentos simples para o cuidado dos membros superiores e membros inferiores, se fazia o seguinte: lavava-se com água e sabão, no caso das mãos, até o terço médio superior do antebraço e no caso dos pés, até o terço médio superior da perna; a seguir deixava-se os membros superiores e inferiores mergulhados na água ligeiramente morna por 5 a 10 minutos. Passado este tempo, enxugava-se somente o excesso de água. A seguir aplicava-se vaselina ou glicerina, espalhando em toda a região onde se percebia que a pele estava ressequida, acompanhando de movimentos leves de fricção

(massagens), quando necessário, era feito o corte de unhas das mãos e/ou dos pés.

O cuidado higiênico dos pés era feito no sentido de evitar o desenvolvimento de fungos e macerações nos espaços interdigitais e na presença de calos, estes eram removidos com ajuda de tesourinhas, lixas e lâmina (bisturi e/ou barbeador) sempre protegendo o tecido circundante. Associado à lubrificação e massagem, foram ensinados os exercícios ativos e passivos para melhorar a força muscular, manter o tonus, evitar deformidades, manter ou recuperar a mobilidade articular, evitar ou corrigir retrações interfalângicas. Explicava-se o porque e a importância dos exercícios, facilitando o aprendizado e a prática. Por exemplo, no caso do cliente ter os pés parestésicos ou anestésicos, ensinava-se como observar e inspecionar seu próprio pé, fazendo uso de um espelho após a higiene pessoal; ensinava-se também o uso de calçado adequado (sem prego), com palmilhas simples de goma microporosa (fornecido pelo HSTDS e Unidade Sanitária de Santa Catarina), proteção do pé usando duas meias sem remendo, inspeção do calçado diariamente, e a importância de caminhar a passos curtos, a fim de diminuir o impacto do peso corporal.

Na medida em que se desenvolviam estas técnicas, foi de singular importância transmitir, ensinar e explicar ao cliente hanseniano as alterações de sensibilidade (parestésias e anestésias), que possuíam principalmente nas mãos favorecendo assim descuidos e conseqüentes lesões acidentais. Estas lesões facilmente se infectariam comprometendo tecidos subjacentes e o

sistema ósteo-articular, conduzindo desta forma às reabsorções ósseas, amputações naturais ou cirúrgicas (total ou parcial) e como consequência final, as mutilações físicas incapacitantes das extremidades. A manipulação de utensílios domésticos e de trabalho, no mínimo deveriam ser feitos com algum tipo de proteção, no caso luvas, mas o ideal era que fossem modificados tais utensílios como: cabos de panelas, enxadas, talheres, ferro de passar roupa, escova de lavar roupa, canecas térmicas e outros. No caso de fumantes era recomendado o uso de piteiras.

Por outro lado, era também discutido com o cliente a importância de visualizar e prestar atenção durante o desenvolvimento das atividades cotidianas, porque o hanseniano não têm mais capacidade para perceber sensações de calor, frio, áspero, liso, dor, etc.

Na assistência aos clientes com feridas abertas de diferentes tamanhos, tais como: a) lesões traumáticas (provocadas por queimaduras com objetos quentes, cigarros, objetos cortantes, machucaduras, bolhas, etc); b) feridas com infecção secundária; c) úlcera plantar; d) úlcera trófica; e) nódulos cutâneos infectados, tanto nos membros inferiores como nos superiores, os curativos eram feitos utilizando-se os antissépticos e a terapêutica referidos no prontuário de cada cliente e fazendo uso de habilidade, criatividade, delicadeza e experiência profissional.

Na ocorrência de alterações de sinais vitais, o objetivo era favorecer a que estes sinais voltassem aos níveis normais do organismo; em casos de hipertemia era aplicado bolsa

de gelo; no caso de dispnéia deixava-se ao cliente em posição de descanso adequado e administração de oxigênio, além do controle e avaliação dos sinais vitais em diferentes horários, e administração da terapêutica específica prescrita.

No que se refere a função de eliminação, a meta de enfermagem era favorecer a evacuação das fezes endurecidas e retidas na porção terminal do intestino grosso, diminuir a dor e lesão do mesmo, mediante a mudança de hábitos alimentares, como a ingestão de alimentos ricos em fibras, ingestão de água morna e aplicação local de anti-inflamatório prescrito.

No que se refere a fluidos e eletrólitos, a meta era reconstruir o equilíbrio hidroeletrolítico corporal nos casos de desidratação mediante a administração parenteral (intravenosa) de soluções e componentes indicados.

Dados Referentes aos Comportamentos Inefetivos no Modo de Auto- Conceito

Apresentação:

Conforme demonstra o Quadro 3 (Anexo IX), neste modo foram identificados (em ambos os sexos) comportamentos inefetivos, tais como: a) eu-físico com deformação percebida pelo próprio cliente e por outras pessoas, e em alguns casos só pelo próprio cliente, principalmente quando a doença, se não for bem tratada, pode provocar incapacidades severas; b) eu-pessoal diminuído ou deformado, achar-se feio, temor à morte, depressão,

não gostar mais de si próprio, frustração, revolta, chora em silêncio, nervosismo constante disfarçado no contínuo consumo de fumo e bebida, medo de se olhar no espelho, de perder o emprego, de ser abandonado pela família de ser rejeitado na sua comunidade, mudança de personalidade, sentir ódio da doença, preocupação com o futuro, com possíveis incapacidades irreversíveis e mau trato por parte da família.

A seguir menciona-se os estímulos focal, contextual e residual, que provocaram tais comportamentos inefetivos.

Estímulo focal: a) o fato de ser portador de uma doença carregada de preconceitos e estigma b) ausência total ou parcial da sensibilidade (térmica, tátil e dolorosa), lesões traumáticas, incapacidades de diferentes graus, deformidades irreversíveis.

Estímulo contextual: a) desconhecimento dos conceitos científicos modernos sobre a doença por parte do cliente, da família, da comunidade e da sociedade; b) descrédito no medicamento utilizado para o tratamento, por ser muito prolongado; c) falta de credibilidade na prática das técnicas simples de prevenção; d) lesões iniciais mal assistidas, aparecimento de deformidades no corpo cada vez mais incapacitante; e) sentimento de culpa, medo de perder a família e de ser isolado por ela, amigos e colegas de trabalho.

Estímulo residual: a) falta de resistência do organismo da pessoa ao bacilo de Hansen; b) crenças, atitudes e padrões de comportamento negativos acerca da doença ao longo dos tempos.

Lista de Diagnóstico de Enfermagem relacionada ao Modo de Auto-
Conceito (comportamentos inefetivos)

- Ansiedade moderada e preocupação (eu-pessoal), relacionados a transferência para outro hospital e provável diálise renal.

- Alteração na percepção da imagem corporal (eu-físico), devido a perna direita amputada, perda das sensibilidade e feridas na perna esquerda.

- Dificuldade para superar sentimentos de frustração e "raiva" (eu-pessoal) relacionado ao diagnóstico errôneo da doença.

- Distúrbio da imagem corporal (eu-físico) e eu-pessoal, relacionada a retração e reabsorção dos dedos das mãos e pés, mal perfurante plantar e outras deformidades do corpo.

- Diminuição da auto-estima pessoal (eu-pessoal), relacionada as diversas deformidades irreversíveis do seu corpo.

- Falta de habilidade para declarar-se como "ser hanseniano em tratamento" (eu-pessoal), relacionada ao estigma, preconceito e temor de ser rejeitado.

- Potencial inefetivo para superar a perda (eu-pessoal) relacionado a morte da esposa.

- Alteração do eu-físico e do eu-pessoal devido a queda de cílios e sombrancelhas, desabaemnto da pirâmide nasal, infiltração dos lóbulos da orelha e presença de nódulos e cicatrizes na pele.

- Inabilidade e falta de auto-domínio para deixar de consumir tabaco.

Discussão:

Auto-conceito, segundo Buck (1984), é a composição de crenças e sentimentos que uma pessoa tem sobre si mesma em uma dada época e estão formadas de percepções internas, percepções das reações das outras pessoas e das percepções que dirigem o comportamento da pessoa. O ser humano precisa saber quem a pessoa é, a fim de que possa ser, ou existir com um senso de unidade. A mesma autora dá outra definição mais simples, isto é, o auto-conceito é o mediador entre os mundos interno e externo da pessoa, dividido em:

EU-FÍSICO, que é a avaliação que a pessoa faz do próprio bem-estar físico, incluindo atributos físicos, funcionamento, sexualidade, estados de saúde-doença e aparência. O eu-físico divide-se em a) sensação corporal, é o modo como o corpo da pessoa se sente, pessoalmente manifestado em expressões como "sinto-me flácido, forte, enfraquecido, com dor..."; b) imagem corporal, definido como o próprio corpo nos parece e o modo como nos sentimos sobre o aspecto que nosso corpo tem, acompanhado de afirmações, como: "sinto que sou... gordo, muito magro, saudável, atraente, etc...".

EU-PESSOAL, é a avaliação que a pessoa faz de suas características próprias, suas expectativas, valores e merecimento, divide-se em: a) auto-consistência, definido como

sendo o desempenho real, é dar respostas à uma situação mediante expressões faciais, tom de voz e os "traços de personalidade" da pessoa manifestando em: estar feliz, calmo, assustado; b) auto-ideal, auto-expectativa, relacionada com o que a pessoa é capaz de ser, gostaria de ser, incluem afirmações como "eu gostaria de ser ... mais forte, menos nervoso, estudar, ser um bom encanador, excelente esposo; c) eu-moral-ético-espiritual, é um conjunto de crenças que o ser humano tem em alguém superior a ele, conhecimento de Deus como Salvador, Pai Eterno etc. A moral é um determinante que ajuda a avaliar o que a pessoa é, quem é, o que pode fazer e como pode agir, por exemplo: eu acredito em Deus, estou horrível, creio que nunca alcançarei nada, não devo mentir, sou igual às outras pessoas, e assim por diante.

Ainda, segundo Buck (1984), o auto-conceito se forma pela compreensão dos princípios que são aprendidos através do crescimento e do desenvolvimento.

Neste estudo, para o cliente portador de hanseníase, os princípios do auto-conceito não têm sido suficientes e corretamente desenvolvidos em relação à hanseníase, ou "lepra", como era chamada antigamente; porque através da sua vivência o cliente aprendeu que a hanseníase "não tem cura", é muito contagiosa", "que a pele cai aos pedaços", "é um castigo divino", "provoca mutilações", entre outras expressões que ainda se escuta na sociedade em que vivemos, de maneira que continua-se reforçando o conceito errado que se tinha da hanseníase e do portador de hanseníase, por falta de um instrumento de trabalho indispensável como é a Educação em Saúde, conforme refere Arvelo

(1980).

As seguintes declarações certificam o anteriormente exposto:

"... nos meus tempos de criança, escutava falar aos meus pais: olha, dizem que fulano está com lepra! Deve ter feito alguma coisa de ruim, foi amaldiçoado... e o carregaram para colônia..."

(Cliente, E)

"... a gente ficava com medo de ficar doente, ... não sabia direito como pegava essa doença, meu pai morreu com as pernas todas cheias de feridas ... o tempo passava, passava, um belo dia as minhas mãos começaram a ficar meio esquisitas ... depois de um tempo começou a inchar e a doer muito ... como é que eu ia saber que estava com lepra? ..."

(Cliente, F)

Autores como Murray, citado por Vieira (1976) e Macario (1981), enfatizam que qualquer tipo de deformidade física, seja qual for a sua origem, em qualquer indivíduo, são geralmente encaradas com repulsa ou rejeição; é fonte de ansiedade e depressão, o indivíduo atingido cria mecanismos de defesa como: negação, regressão, compensação, conversão e projeção. Então o que dizer da pessoa que além de ter deformidades é portadora de hanseníase? Simplesmente a situação é mais complexa, pelo mencionado no parágrafo anterior.

O hanseniano, mesmo sem ter deformidades físicas de fácil percepção pelos demais, percebe-se deformado, porque a insensibilidade provocada pelo bacilo de Hansen, principalmente na região palmar (mãos), região plantar (pés) e outras regiões do

corpo, fazem com que ele se esqueça que estas partes insensíveis fazem parte do seu corpo, isto é, fisicamente (parte externa) está íntegro, mas no seu mundo psíquico interno tais partes não existem devido ao bloqueio das terminações sensitivas.

Luckmann e Sorensen, citado por Vieira (1976) pág. 9, diz:

"Toda pessoa tem uma representação mental do seu próprio corpo, a qual chama de "imagem corporal", esta imagem constitui parte integrante de uma concepção individual da própria personalidade, de seu valor como indivíduo, nas relações com outras pessoas".

E ainda, segundo Vieira (1976, pág. 5):

"No processo de adaptação do homem, um dos fatores básicos é a imagem corporal, ou seja a representação mental que o indivíduo tem do seu corpo. Seguindo esta unidade, o corpo, recebe influência de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, fazendo parte do núcleo de auto-conceito todas as enfermidades que produzem alterações no corpo conseqüentemente alteram a imagem corporal".

Assim, teoricamente todos os hansenianos tem o auto-conceito diminuído ou deformado como conseqüência das alterações da sua imagem corporal, o que foi identificado neste estudo.

Os seguintes depoimentos exemplificam o exposto:

" ... Tenho as minhas mãos e pés, eu os vejo, eles estão bem, inteirinhos, mas parecem que não fazem parte do meu corpo, não os sinto ..."

(Cliente, I)

" ... a gente não sente dor, quando está fazendo as coisas pode se machucar, cortar, a

gente só percebe quando está pingando sangue ou quando aparece uma bolha ..."

(Cliente I, K, N)

" ... a minha perna está aí, até aqui é dormente (aponta) a gente quando caminha não sente ... os dedos estão com defeito, entortando, mas não sinto dor ..."

(Cliente, B)

Por outro lado, e ainda, continuando dentro de modo de auto-conceito, comportamentos como: temor, depressão, revolta, raiva, chorar em silêncio e outros, são respostas inefetivas da pessoa frente a sua situação e podem se manifestar na expressão facial, no tom de voz e afirmações verbais como: "eu estou com raiva, deprimido, com medo, ou estou assustado", são manifestações de um componente do eu pessoal conhecido pelo nome de auto-consistência (Buck, 1984).

Brunner & Suddarth (1986), mostram que a transição do estado de saúde à enfermidade é uma experiência complexa e individualizada. As reações emocionais que o doente apresenta são: período de confusão, desorganização e negação, depressão e aflição, reação circunstancial e período de adaptação e ajustamento. Qualquer cliente tende enfrentar dois aspectos nesta transição: a) modificação da sua imagem corporal, do seu auto-conceito e de suas relações com os demais; b) reajustar-se às limitações e adaptações reais do seu estado, se integrando no ambiente onde ele faz o tratamento para seu transtorno físico e/ou na sua própria casa.

Alguns participantes deste estudo se expressaram da seguinte forma:

"... eu tenho medo que meus colegas de trabalho saibam que tenho esta doença...tenho medo mesmo! estou preocupado! não quero perder o meu emprego..."

(Cliente G)

"... quando soube que tinha pegado esta doença, a lepra né! me fechei no meu quarto, não falei para ninguém da minha família, sozinho chorava e me questionava, por que eu? e logo essa doença, tão amaldiçoada! queria ter qualquer outra, menos esta..."

(Cliente F)

"... olha, me parece um sonho, fiquei tão assustado ao ver esses outros doentes... comecei a chorar pensando em que eu posso ficar igual a eles..."

(Cliente H)

O processo da doença é uma ameaça à integridade da pessoa em sua unidade corpo-mente; alguns clientes portadores de hanseníase vivenciam o sentido desta ameaça de múltiplas formas, tais como: não olhar-se no espelho, ostracismo, reações de depressão, negativismo, fugindo do verdadeiro diagnóstico para não ser estigmatizado, e outros clientes hansenianos se adaptam na medida em que conseguem continuar e desempenhar suas atividades e papéis sociais. Durante as entrevistas captou-se as seguintes declarações:

"...depois de tanto sofrimento, ainda a gente fica todo feio, não dá nem para se olhar no espelho; antes, eu não era desse jeito, tenho fotos da minha juventude, agora estou todo

diferente, que nem um..."

(Cliente M)

"...eu nunca contei para ninguém que tenho essa doença; a minha família sabe, para os outros, falo, que tenho reumatismo... e quando me perguntam mais, eu mudo de assunto e continuo vivendo a vida..."

(Cliente N)

"...fico em casa o tempo todo, já sou aposentado, quando saio à rua, me parece que aqueles que me olham, estão me dizendo que sou leproso, sabe... a gente, é melhor não sair de casa, meus vizinhos, pouco sabem do assunto..."

(Cliente D)

A Meta e Implementação da Assistência de Enfermagem no Modo de Auto-Conceito

Neste modo, a meta foi ajudar a que o próprio hanseniano: a) recuperasse o seu valor como ser humano, b) superasse o estigma, preconceitos e tabus; c) passasse a ter mais carinho e amor pelas partes insensíveis do seu corpo; d) conseguisse elevar o seu auto-conceito; e) sentisse motivação para enfrentar e superar dificuldades apesar das suas deficiências físicas; f) não se descuidasse das medidas terapêuticas e g) não se isolasse do convívio com as pessoas.

Para atingir estas metas, antes de verbalizar se ouvia com muita atenção as respostas emitidas pelo cliente (individual) a alguns questionamentos efetuados com o propósito de conhecer mais a sua vida íntima. A seguir captava-se as expressões mais enfatizadas e preocupantes, logo após, perguntava-se ao próprio cliente o que deveria ser feito, o que fazer, como fazer, que

atitudes tomar para solucionar ou melhorar essas situações difíceis que a pessoa portadora de hanseníase enfrenta ou tem que enfrentar. Demonstrando sentimentos de empatia, começou-se a explicar o valor do ser humano, e, como ele mesmo se deve amar, gostar, cuidar e ajudar a si próprio e aos outros. Colocou-se a consideração do cliente exemplos simples do dia a dia para favorecer ao raciocínio e compreensão do que e onde se queria chegar. Mencionou-se que a vida é saber viver, mas que devia-se aprender a viver.

Comportamentos Inefetivos no Modo da Função do Papel

Apresentação:

Foram identificados (Quadro 3 - Anexo IX) os seguintes comportamentos inefetivos: descontinuidade das atividades do lar e do trabalho, atividades essenciais de cuidado pessoal não desenvolvidas por si próprios, dificuldade para desempenhar atividades lucrativas ou de lazer, papéis de mãe, pai, esposa(o), filho, deteriorados e/ou diminuídos e/ou anulados, aspirações futuras não concretizadas.

Os estímulos que provocaram estes comportamentos foram:

Estímulo focal: a) presença de ferimentos; b) incapacidade para se movimentar; c) reação de eritema nodoso, dor e neurites; d) úlcera plantar; e) deformidade de mãos e pés.

Estímulo contextual: a) ser portador de hanseníase; b) no hospital (HSTDS) há falta de unidades de terapia

ocupacional; c) existe preconceito e medo por parte do cônjuge filhos, parentes, patrão e rejeição da sociedade; d) falta de educação em saúde e divulgação correta sobre a hanseníase.

Estímulo residual: a) conceito errado da doença através do tempo; b) falta de resistência orgânica ao bacilo de Hansen.

Diagnóstico de enfermagem relacionado ao Modo de Função do Papel (comportamentos inefetivos)

- Capacidade e esforço pessoal não desenvolvido e/ou relacionado (fracasso de papel - inabilidade), relacionado a deformidades físicas.

- Interrupção no desenvolvimento dos diferentes papéis pessoais (familiar, trabalho, estudo, lazer, etc), relacionado a limitações impostas pela hanseníase (conflito do papel).

- Insuficiente habilidade e dúvida relacionada à prática de técnica simples de prevenção no cuidado das mãos, pés, olhos, pele e nariz.

- Alterações dos papéis primários como cônjuge, cabeça do lar e pai, relacionado a hospitalização temporária.

- Alteração dos papéis: a) primários (filho, cônjuge, parente); b) papéis secundários (atividades relacionadas ao trabalho, estudo, profissão) e c) papéis terciários (lazer, esporte, viagens, etc), relacionada a internação compulsória, deficiência física e preconceito (conflito do papel)

Discussão:

Nuwayhid (1984) refere que os diferentes papéis que as pessoas ocupam são uma parte da vida da pessoa, seja na saúde ou na doença, portanto, a pessoa precisa saber quem ele ou ela é em relação aos outros, e quais são as suas expectativas e as expectativas da sociedade face às posições que esta pessoa ocupa, de modo que possa agir corretamente; também deve saber reconhecer os papéis que os outros desenvolvem no ambiente em que se encontram. Entretanto, as diversas circunstâncias, as mudanças de vida, ou da sociedade e o ambiente em que vive a pessoa, influenciam na mudança ou interrupção temporária do seu papel, podendo levar ao fracasso completo e perda do seu papel, com efeitos adversos sérios.

A Organização Panamericana de Saúde (1983, p.5) refere que

"O problema da incapacidade por hanseníase aumentou em importância e tem recebido especial atenção nos últimos anos. Além do aspecto humano, pacientes incapacitados representam perda significativa na força de trabalho para muitos países onde a hanseníase é endêmica. Os coeficientes hanseníase são geralmente mais elevados em países em desenvolvimento, e severas lesões tornam os pacientes incapazes de sustentar a si próprios ou as suas famílias. As mutilações e as deformidades causadoras de invalidez estão entre as principais causas do estigma associado à hanseníase".

No Quadro 3 - Anexo IX, todos os clientes hansenianos do estudo substituíram o seu papel primário pelo de doente em condição asilar ou hospitalar, mas, estes últimos ao voltar ao seu lar, família ou ao meio ambiente onde eles moram, retomarão

ou não seus diferentes papéis tais como: pai, esposa(o), mãe, filho(a), sogro(a), avô, avó; voltarão a realizar seu trabalho de pedreiro, marceneiro, agricultor, dona de lar, dentro das suas possibilidades físicas e psíquicas com a finalidade de satisfazer suas necessidades fisiológicas, psíquicas, sócio-econômicas e espirituais como integrantes da sociedade na qual habitam, apesar da rejeição social generalizada a qual são ou serão submetidos.

Os hansenianos de condição hospitalar expressaram-se assim:

"...só estou esperando que feche a ferida, para ir embora, tem que ser antes da data do pagamento do INPS, se não, posso perder o dinheirinho e daí... não adianta".

(Cliente D)

"...estou melhorando, mas estou muito preocupada com meus filhos pequenos, o pai não está dando conta deles, porque tem que trabalhar na lavoura, a gente vive disso, quero sair já, para cuidar do meu lar, das crianças..."

(Cliente H)

"...eu sou aposentado, por causa da doença, mas prefiro estar em casa com a família, sempre tem alguma coisa para arrumar dentro de casa, ... depois a gente fica com mais conforto e alegria na companhia dos filhos, e netos..."

(Cliente J)

"...estou com saudade do chimarrão, como será que estão sendo atendidos os fregueses, na marcenaria, sempre tem muita coisa a fazer, aqui não faço nada, eu trabalhei toda vida, até que apareceu a doença,..."

(Cliente A)

No entanto, os hansenianos que estão em condição asilar e que fazem parte deste estudo seguirão morando e dependendo da assistência que o hospital lhes dá. Continuarão a desenvolver atividades de acordo com sua limitação por causa das deformidades físicas; atividades como: alimentar-se sozinhos, tomar banho, cuidar da aparência pessoal, da roupa. Outros clientes nem mesmo podem fazer estas atividades sem a ajuda parcial ou total do pessoal de enfermagem e de outros funcionários do hospital.

Captamos algumas declarações que reforçam o parágrafo anterior:

"...aqui a gente acostumou-se, graças a Deus, temos a comida, a roupa limpa mas... há coisas que a gente mesmo gostaria de fazer... mas como? de que jeito? olha as minhas mãos (mãos em garra), não posso pegar as coisas!..."

(Cliente B)

"...não estou aguentando mais... se não fosse pela doença, estaria na minha marcenaria, aqui é boa comida, a gente está sendo atendido, não falta nada nesse sentido, mas, eu não me sinto bem, sem fazer nada, sempre trabalhei..."

(Cliente A)

A Meta e Implementação de Enfermagem no Modo de Função do Papel

Para os clientes em condição hospitalar, sem deformidades incapacitantes ou com deformidades iniciais, a meta era: a) promover o desejo de retornar ao seio da família, parentes, amigos, e trabalho; b) retomar os papéis dentro da família, no trabalho, comunidade e na sociedade; c) favorecer ao

aprendizado dos cuidados necessários para desenvolver as atividades no lar e no trabalho; d) incentivar a efetivação de idéias e aspirações propostas.

Por outro lado, para os clientes em condição asilar com deformidades parciais ou severas, a meta era: a) incentivar a cada um deles a que continuassem praticando as suas atividades, por mais simples que estas fossem, conforme permitissem suas limitações físicas; b) promover o aprendizado de outras atividades ou trabalhos manuais como ler, tecer rêde de pescar, fazer tricô, costurar, cuidar de aves e plantas, e outros, conforme a criatividade de cada um.

Neste modo de função do papel, a ação de enfermagem visou reforçar e elogiar as manifestações que verbalizavam quanto ao seu desejo de retomar os seus verdadeiros papéis. Conversava-se prolongamente e dava-se ^{de} sugestões considerando o meio ambiente o qual iriam retornar (cliente hospitalar); da mesma forma, para o outro grupo (cliente asilar) foram expressadas palavras de ânimo, incentivo e elogio pelo seu desenvolvimento como ser humano e que além das suas limitações e situação de vida no momento, fazia-se necessário continuar lutando.

Comportamentos Inefetivos no Modo de Interdependência

Apresentação:

Os comportamentos inefetivos identificados neste modo foram: isolamento, desejo de não querer se comunicar com os

demais, trauma, desconfiança, incompreensão, perda de amigos, familiares, parentes, pertences pessoais, emprego, mau relacionamento com a família, comunicação pessoal obstaculizada.

A seguir menciona-se os estímulos que o provocaram:

Estímulo focal: a) idéia e conceito permanente de ser portador da "pior" doença, medo de ser rejeitado; b) deformidade das zonas do corpo mais visíveis como o rosto e as mãos; c) dificuldade para a comunicação verbal; d) dificuldade de locomoção.

Estímulo contextual: a) isolamento; b) deformidades e incapacidades irreversíveis; c) incerteza da eficácia do tratamento e cura; d) falta de educação em saúde do cliente; e) estigma e preconceito à hanseníase e do próprio hanseniano; f) falta de assistência de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional; g) assistência sócio-econômica precária.

Estímulo residual: a) crenças, atitudes erradas do próprio cliente e dos que lhes rodeiam; b) analfabetismo; c) doença própria de países subdesenvolvidos.

Lista de Diagnóstico de enfermagem relacionado ao Modo de Interdependência (comportamentos inefetivos)

- Potencial de comunicação diminuído e/ou bloqueado devido ao desabamento da pirâmide nasal (dificuldade para pronunciar as palavras).

- Dificuldade na interação pessoal relacionada a deformidade e estética do corpo, internação compulsória, ser portador de uma doença carregado de estigma e preconceito.

Discussão:

A interdependência definida por Tedrow (1984) é o relacionamento que existe com pessoas próximas a nós, no lar, no trabalho, no lazer e em qualquer lugar onde a pessoa se encontra. Envolve a disposição e habilidade para amar, respeitar, ajudar e valorizar aos outros, aceitar e responder ao amor, corresponder ao respeito e valor dado pelos outros. A pessoa que tem equilíbrio confortável de interdependência, sente-se adequada e segura na relação com outras pessoas. Ele ou ela se sente amado(a) e sustentado(a) pelos outros e pode expressar amor e apoio para com as outras pessoas. Esta autora diz que, através da interação social são satisfeitas necessidades de cuidado e atenção, afirmação, aprovação e compreensão, principalmente para estabelecer relacionamentos profundos com outras pessoas.

O cliente hanseniano, antes de contrair a doença e/ou antes de ser diagnosticado como portador de hanseníase, no meio na qual morava, dispunha da interferência positiva de certos fatores como: meio ambiente físico, família e outras amizades, pertences pessoais, tarefas caseiras ou emprego fixo, expectativas e conhecimentos, preferências, que lhe permitiam interagir com diferentes pessoas.

As seguintes declarações confirmam o anteriormente dito:

"...fui trazida pela força, só com a roupa no corpo, aqui a gente foi fazendo amizade, se conhecendo com os demais doentes e nunca mais eu voltei a ver a minha família; aqui casei... meu marido, já morreu também... e aqui estamos levando a vida..."

(Cliente K)

"...são treze anos que moro aqui, desde que cheguei, nunca mais fui à cidade, não posso caminhar, olha meus pés! cada vez mais piorando, há muito tempo que não caminho; fico muito contente quando me visitam, me sinto feliz, eu imagino as coisas só olhando a TV..."

(Cliente H)

"...o que a gente pode fazer, aqui dentro, desde que cheguei eu fiz amizade com as pessoas da minha idade; ainda moça tudo era brincadeira, passou o tempo... estou acostumada a viver aqui... praticamente, por causa da doença, na colônia conheci outras pessoas, aqui vou morrer; aonde posso ir? lá fora não tenho nada..."

(Cliente K, L)

"...a gente nem sabia que tinha essa doença, mas, daqui a pouco a polícia e o sanitariano pegava a gente e jogava na ambulância e chorando a gente deixava, aquilo, o mais querido que a gente tinha, mãe, irmãos, parentes, roupa e as coisas que a gente mais gostava..."

(Cliente D)

Os comportamentos inefetivos assinalados no Quadro 3 - Anexo IX referentes ao modo de interdependência, são resultantes do preconceito que a sociedade tem e terá enquanto a população em geral não estiver devidamente esclarecida e educada sobre o mal de Hansen e do portador de hanseníase, que não acredita na

terapêutica medicamentosa e nem na prática das técnicas mais simples de prevenção de incapacidades físicas.

A Meta e Implementação de Enfermagem no Modo de Interdependência

A meta era favorecer e promover o bom relacionamento do cliente com a família, parentes, amigos, colegas de trabalho, pessoas da sua mesma condição de saúde e com todos aqueles que, dependendo das circunstâncias, tivessem oportunidade de se relacionar.

No modo de interdependência, as ações de enfermagem estavam orientadas a manter conversações com o cliente e a sua família quando o visitava no hospital, ou entre vários (3 ou 4) clientes e a mestrandia. Falava-se sobre a importância de falar, trocar idéias, fazer amizade, escutar e ser escutado, compartilhar alegrias, preocupações, tristezas, receber e dar sugestões, demonstrar sentimentos de amor fraternal e ajuda aos outros. Enfatizou-se que, experimentar uma sensação de afeto, carinho e preocupação ajudava a elevar a auto-estima, o amor a si próprio, a ter amigos de verdade para serem socorridos em situações difíceis e a viver com alegria mesmo tendo lesões iniciais incapacitantes ou deformidades irreversíveis.

Por outro lado, recomendava-se que, durante as conversações deveria-se referir às experiências positivas que se teve durante o transcurso da vida, manter informação correta da doença de Hansen e dos eventos do dia a dia, mediante o

noticiário, por rádio, TV, e jornais; com a finalidade de manter o diálogo animado.

VI - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM AOS CLIENTES COM COMPORTAMENTOS INEFETIVOS

Tomando-se como referência os comportamentos inefetivos dos clientes hansenianos mencionados no Quadro 3 - Anexo IX implementaram-se ações de enfermagem que levaram a alguns resultados satisfatórios em benefício dos próprios clientes, como segue: a Cliente H, recuperou-se tanto das lesões da pele como também as células vermelhas do sangue atingiram seus níveis normais (ao ingresso 9.10 Hb e 29% Ht e no momento da alta 12.56 Hb e 38% Ht), a reação de eritema nodoso moderado desapareceu, fato confirmado pelo desaparecimento da sintomatologia. Começou a usar os óculos indicados pelo oftalmologista e adquiridos por intermédio da assistente social, aprendeu como cuidar das mãos e dos pés insensíveis; durante o tempo que esteve hospitalizada percebeu-se seu interesse à prática dos cuidados que lhe eram ensinados e verbalizou o seu desejo de não querer ser atingida por nenhuma forma de incapacidade; foi muito importante o primeiro contato que se teve com ela no dia de sua internação (quando estava chorando a mestrandia ficou sentada ao seu lado e segurou as suas mãos sem questionar nada), no dia da alta manifestou que não gostaria de voltar nunca mais ao hospital.

Quanto ao Cliente I, as lesões perfurantes de ambos os pés foram recuperadas, aprendeu a lubrificar a sua pele ressequida após o banho e praticava os exercícios ensinados;

começou a mudar de atitude para melhor e a gostar de si mesma, não quis voltar mais para morar junto a sua filha adotiva e família, a não ser como visita; transformou-se numa cliente em condição asilar; houve aproximação entre mãe e filha, melhorando desta forma as relações familiares; no pavilhão feminino onde passou a morar, sente-se contente, relaciona-se bem com as outras clientes desse pavilhão e expressa-se constantemente assim: "estou morando no paraíso".

A iniciação do relacionamento com a Cliente K, a princípio não foi aceita pela cliente, que se mostrava "desconfiada"; desconfiança esta característica do hanseniano devido ao medo de ser rejeitado ou olhado com desdém. Mas, após demonstração do interesse da mestrandia em apreciar as suas plantas e tomar um lanche em sua casa, ela permitiu conhecesse as particularidades de sua vivência no seu "próprio canto" (casinha modelo Carville). A cliente sempre demonstrou comportamentos adaptativos, apesar de ter sido isolada compulsoriamente do convívio social. Não necessitou assistência nos modos adaptativos; mantém uma atividade intensa lavando roupa para outros hansenianos, costurando roupa para o hospital (lençóis, cortinas e outros) preparando seus alimentos; cuidando do seu gato, plantas ornamentais; está bem informada das ocorrências do dia a dia pelo noticiário da TV, gosta de si mesma e aceita a sua condição de hanseniana, gosta de fazer amizade, manifesta a sua confiança em Deus e lê a Bíblia.

Com a Cliente L, adaptada a sua condição de vida (asilar), obteve-se resultados bastante satisfatórios nos

cuidados com os pés anestésicos. Esta cliente demonstrou ter assimilado as explicações que se fazia durante a assistência; a sua maior preocupação era manter a integridade anátomo-fisiológica do seu corpo, mais particularmente dos seus pés e mãos. Mora com o marido (hanseniano), cuida da sua horta e animais de estimação, sai a fazer compras, é muito amigável e gosta de compartilhar os produtos da sua horta.

Cliente O, pela forma como relatava a sua experiência de vida, percebeu-se que está adaptada a sua condição de pessoa hanseniana (asilar); por causa da doença decidiu ficar morando no hospital há 13 anos. Não tem sentimento de culpa, pelas doenças que a atingiram (hanseníase e diabetes) seus pés, ficaram deformados por falta de assistência adequada em tempo oportuno, transporta-se em uma cadeira de rodas para desenvolver suas atividades; aproveitando a integridade e funcionalidade das suas mãos, sempre estava reformando as roupas desgastadas dos pacientes psiquiátricos. Tinha uma irmã morando em outro Estado, de quem não recebia correspondência (carta) há algum tempo, mas, conseguiu-se que mudasse essa atitude de espera e tomasse a iniciativa dela mesma escrever uma carta à irmã; uma vez escrita, a mesma foi colocada no correio. A confiança em Deus, o sorriso, a alegria são características da sua forma de ser, a "companheira" do seu dia a dia é a TV, faz amizade com as pessoas que a visitam já que ela não sai de dentro de casa.

No Cliente C, a fase crítica da reação de eritema nodoso passou, os módulos supurados melhoraram na sua totalidade; emocionalmente recuperou-se ao perceber que os sinais e sintomas

da reação estavam desaparecendo; foi de muito valor a constante visita da esposa, filhos e outros parentes, os quais faziam-lhe sentir que é querido e importante e que estes sentem preocupação com a sua saúde e bem estar. No momento da alta, a esposa estava presente e uma vez mais foi orientada nos cuidados a serem praticados e o controle periódico do cliente, terapêutica e avaliação de incapacidades.

No Cliente D, as bolhas infectadas de ambos os pés foram recuperadas totalmente; logo, após a alta a pedido dele, continuou-se junto aos familiares os cuidados necessários para as mãos e pés anestésicos, durante o período em que eram feitos os curativos. Observou-se que os familiares (esposa, filhos, nora, irmãos, cunhado etc) sabiam que ele era portador de hanseníase e aceitavam sem preconceito; se percebeu que estava adaptado ao meio no qual vive; o relacionamento pessoal com a esposa estava deteriorado parcialmente (esposa com AVC) e continuou assim mesmo, apesar de se ter conversado bastante com o próprio cliente explicando e pedindo compreensão da parte dele na atenção para com a companheira e mãe dos seus filhos.

No Cliente G, a sua internação foi de poucos dias, as lesões do nariz melhoraram, a neuríte também; aproveitou-se o tempo para orientá-lo e a sua esposa que o visitava. Demonstrou saber sobre: a) importância dos exercícios e cuidados de prevenção de incapacidades; b) continuação da terapia medicamentosa e c) a importância do apoio e compreensão da família.

Apesar de terem sido feitas ações de enfermagem que poderiam provocar algumas mudanças nos comportamentos inefetivos, os clientes a seguir apresentaram somente respostas adaptativas parciais ou nenhuma resposta dentro dos quatro modos adaptativos.

no caso do Cliente A, as lesões traumáticas das mãos foram recuperadas, a úlcera trófica do pé não melhorou nada, a sensação de nariz entupido continuou. Durante as suas conversas espontâneas, foi possível conhecer as suas inquietudes, preocupações, confiança em Deus e conformidade com a sua situação. O quadro clínico, foi se agravando (diabetes, insuficiência renal, hipertensão e edema) motivo pelo qual foi transferido a outro hospital para ser submetido a diálise e cuidados mais especializados, tendo ocorrido óbito após 15 dias.

O Cliente B, melhorou parcialmente as lesões traumáticas das mãos; nas lesões ulceradas e infectadas por pseudomonas da planta dos pés não se obteve nenhum resultado positivo, apesar dos cuidados de enfermagem e da terapêutica medicamentosa. Possui deformidades irreversíveis nas mãos e pés, transporta-se em cadeira de rodas dentro do pavilhão masculino onde mora em condição asilar e sabe que ficará nessa mesma situação, até quando esteja com vida; nas suas conversas percebia-se insatisfação e descontentamento, referia que gostaria de se casar, trabalhar e em geral, ter outras condições de vida e de lazer, próprios para a sua idade (36 anos). No momento, seus sentimentos de afeto e carinho estavam voltados ao cuidado de passarinhos. Quando se referia àqueles médicos que não souberam diagnosticar a doença precocemente, manifestava sentimentos de

raiva que ainda continuaram até o momento da conclusão deste relatório.

No Cliente E, curativos praticados na lesão (úlceras plantar infectada e reabsorção óssea) ajudaram muito pouco à recuperação da mesma plantar, porque o cliente não acreditava na prática e cuidados necessários além de não possuir calçado apropriado. Mostrava-se insatisfeito por tornar-se novamente cliente asilar e por não possuir condições sócio-econômicas para continuar morando fora do hospital; estava consciente da sua atual situação e disfarçava dando atenção a passarinhos, conversando animadamente com os outros hansenianos e assistindo à televisão; ambas as mãos em garra não lhe permitia efetuar atividades que ele gostaria de fazer, a não ser as de cuidado pessoal e isto com algumas dificuldades.

No Cliente F, as lesões ulceradas não foram recuperadas por falta de colaboração do próprio cliente, as explicações e ensinamentos não eram praticados, o cliente refletia muita revolta e desconfiança. O tempo que esteve internado no hospital não ajudou em nada para mudar a sua forma de vida, quando voltou à sua casa junto à família, sua situação agravou-se mais, a lesão ampliou, não estava tomando os medicamentos e nem fazendo os curativos, não desenvolvia nenhum tipo de atividade, tornou-se alcóolatra e mantinha péssimo relacionamento com a família (esposa, filhos e outros parentes). Tudo isto foi comprovado na visita domiciliar que foi feita pela mestranda.

Na Cliente M, as úlceras tróficas de ambas as pernas não melhoraram em nada, não foi possível conhecer as suas

necessidades e características pessoais dentro dos quatro modos adaptativos, porque não foi possível compreender as suas expressões devido à deformidade completa do nariz. Movimenta-se em cadeira de rodas (ambas as pernas paralisadas), ajudada pelo pessoal da enfermagem, satisfaz a suas necessidades pessoais. Esta cliente também está em condição asilar; tudo que possui é uma cama para dormir e algumas peças de vestir, mesmo assim está sempre sorridente e parece que está em paz consigo mesma e adaptada a essa condição de vida.

Cliente N, portador de hanseníase com distúrbios psiquiátricos, completamente apática ao que acontece ao seu redor; mas, pelo constante estímulo, palavras agradáveis ao seu ouvido conseguiu-se que ela arrumasse a sua cama, lavasse o rosto, levantasse da cama para tomar banho, se olhasse no espelho, e algumas vezes caminhamos juntas ao redor da enfermaria (pátio) e nesse contato pessoal por iniciativa própria exteriorizou algumas expressões mas de muito significado: "puxa! tenho uma raiva" "eles levaram meu filho" "eu gostaria de ir embora" "por que você caminha junto comigo?". Devido a minha dificuldade (inexperiência) de abordar pacientes psiquiátricos, fiz uma pergunta: Quem levou seu filho? ao que ela não me respondeu. Apesar de não falar mais com a mestrandia, ela obedecia à solicitação de comando tais como : vamos tomar banho? veste esta roupa bonita, agora penteia o cabelo, vamos fazer exercícios etc. No seu corpo só se aplicava vaselina depois do banho, favorecendo assim a conservação e elasticidade da pele.

A assistência à Cliente J, visava implementar medidas

de conforto, pois se encontrava com os membros inferiores e superiores totalmente retraídos e com lesões úlceradas por pressão e pseudomonas, tanto nos calcanhares, cotovelos como na região cocígea; visão, audição e a fala estavam bloqueadas, quando transportada pelo pessoal da enfermagem para tomar banho em tina, somente gemia pela dor que sentia e lágrimas rolavam pelo seu rosto. Nas condições que esta cliente se encontrava, era impossível reverter os comportamentos inefetivos em adaptativos.

VII - AVALIAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Ao chegar a esta parte do estudo faz-se necessário avaliar a aplicabilidade do marco conceitual elaborado com base nos conceitos do Modelo de Adaptação proposto por Callista Roy desde 1976 e do processo de enfermagem criado pela mesma autora.

a) Marco Conceitual:

O modelo de adaptação de Roy tem um elemento chave que é o HOMEM "visto como sistema adaptativo" que se encontra em constante interação com as mudanças do meio ambiente interno e externo, utilizando os mecanismos inatos e adquiridos que atuam no plano biológico, psicológico, social e espiritual, que lhe permitem enfrentar as mudanças do meio. Durante a aplicação do marco, observou-se que o homem não pode ser separado pela força do seu próprio contexto social, biológico e psico-espiritual. Estas pessoas, portadoras de hanseníase, só pelo fato de tomarem conhecimento da doença que possuem, sofrem uma ruptura do seu equilíbrio, no seu todo. O hanseniano, mesmo se internando no hospital, pela própria vontade e recebendo apoio dos seus familiares precisa ser assistido nos quatro modos adaptativos, isto é, além de cuidar das necessidades fisiológicas (parte física) se faz necessário abordar e trabalhar o conceito que ele tem dele mesmo (eu-físico, eu pessoal), o tipo de relacionamento

que mantém com os demais (amigos, parentes, colegas etc.) o relacionamento e confiança com Deus; e o papel que desempenha como membro componente dentro da sociedade em que mora, e principalmente ajudá-lo a que ele mesmo passe a se aceitar e, conseqüentemente, a se adaptar para conviver com a doença sem se afastar do seio familiar, do trabalho e da sua comunidade.

O conceito ADAPTAÇÃO, na assistência de enfermagem permite conhecer as inter-relações dos fatores aos quais o homem está sujeito e que influenciam no seu contínuo saúde-doença. No transcurso da sua vida o ser humano está sujeito a se desequilibrar dentro desse contínuo, exigindo dele, ser humano, a adoção de determinados comportamentos ou respostas. As respostas adaptativas que manifesta frente a determinados estímulos resultam do fato de que o cliente hanseniano possui habilidades e condições para enfrentar essas situações e, conseqüentemente, procura se adaptar onde quer que ele se encontre. Quando as respostas são inefetivas a determinados estímulos, percebe-se que estão acontecendo falhas no mecanismo de adaptação dentro de algum dos quatro modos adaptativos.

Pelo exposto considera-se que o marco conceitual escolhido foi adequado ao tipo de clientela assistida.

A melhor compreensão dos conceitos do marco conceitual escolhido exigiu a busca de conhecimentos teóricos por parte da mestranda através de um estudo independente, o que facilitou a sua aplicação à clientela portadora de hanseníase.

Resumindo: a aplicação do marco conceitual na assistência de enfermagem a clientes portadores de hanseníase

permitiu: a) ter uma visão bio-psico-sócio-espiritual do ser humano portador de hanseníase como um sistema adaptativo, isto é, avaliá-lo no contexto da sua situação de vida, das influências de um sistema de saúde inoperante, da incompreensão existente por parte da família e da sociedade em geral devido ao preconceito que possuem a respeito da hanseníase e do hanseniano, e da situação econômica crítica que enfrenta; b) manter uma relação interpessoal e terapêutica com o cliente hanseniano; c) aprofundar os conhecimentos sobre o comportamento humano analisando-os paralelamente junto as percepções do próprio cliente.

b) Processo de Enfermagem:

O processo de enfermagem proposto por Roy (1984) dentro do Modelo de Adaptação em Enfermagem, permitiu ver e reconhecer, não somente, as lesões e deformidades provocadas pelo *Mycobacterium leprae* no aspecto físico (modo das necessidades fisiológicas), mas também permitiu considerar as necessidades psico-sócio-espirituais (modo de auto-conceito, interdependência e função do papel) do hanseniano, que são os mais afetados desde seu início, seja ao tomar conhecimento do seu diagnóstico, seja por ocasião da internação compulsória que sofreu, ou por que a sociedade ainda não é consciente para aceitá-lo e apoiá-lo como ser humano com direitos e deveres.

Mediante o processo de enfermagem utilizado como procedimento de solução de problemas foi possível conhecer o porquê dos comportamentos inefetivos, e que ainda ficaram e

continuarão sem se tornar em respostas adaptativas. A hanseníase como problema médico-social, assume proporções muito mais relevantes que em qualquer outra doença, atingindo, se não for detectada e tratada em tempo oportuno, a individualidade psicológica, a estrutura familiar, sócio-econômica e a auto-subsistência da pessoa.

Durante o desenvolvimento do processo de enfermagem, foi possível perceber a atitude positiva e de colaboração de parte do cliente, principalmente quando era identificado e discutido junto com ele os estímulos (contextual e residual) e as ações de enfermagem para atingir a meta proposta, conforme recomenda Roy (1984) de como deve ser praticado o processo de enfermagem. Com o processo de enfermagem utilizado como procedimento de solução de problemas, foi possível conhecer o porquê dos comportamentos inefetivos, mediante a identificação dos estímulos (focal, contextual e residual), e como alguns destes comportamentos podem ser modificados de inefetivos para adaptativos. Os comportamentos inefetivos continuam não modificados porque nem todos os estímulos, principalmente o contextual e o residual, são possíveis de serem identificados e modificados em respostas adaptativas ou que a hanseníase como problema médico-social, assume proporções muito mais relevantes do que qualquer outra doença, atingindo, se não for detectada e tratada em tempo oportuno, a individualidade psicológica, a estrutura familiar, sócio-econômica e a auto-subsistência da pessoa. A mesma teorista, Roy (1984), refere que os comportamentos inefetivos podem ser modificados em adaptativos

desde que se conte com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar trabalhando junto ao cliente, pessoal auxiliar com conhecimentos atualizados, equipamentos e aparelhos de baixo custo mas que sejam de utilidade prática, como também a dotação de recursos econômicos para a aquisição, funcionamento e manutenção dos mesmos. O hospital onde foi efetuado este estudo enfrenta inúmeras dificuldades, pois "assiste" ao cliente hanseniano dentro da maior precariedade e limitações em relação ao que a política de Controle de Hanseníase exige.

Não se dispõe do mínimo necessário tais como: a) uma sala e móveis (mesa e cadeiras) exclusiva para a prática das técnicas simples de prevenção de incapacidades, cartazes, material audio-visual, literatura (folhetos, revistas e outros) para realizar educação em saúde apropriada aos clientes que estavam internados pela primeira vez ou aqueles que estavam retornando pela segunda ou terceira vez, mas que não tinham ainda nenhum tipo de incapacidade; b) de um serviço de reabilitação e fisioterapia ou serviço de terapia ocupacional, onde os clientes possam praticar diversos exercícios (de prevenção ou tratamento) e/ou desenvolver as suas habilidades, mesmo possuindo determinados graus de incapacidade e/ou deformidades. Este é um dos fatores pelos quais alguns clientes do hospital tornaram-se mais incapacitados ou extremamente incapacitados e completamente dependentes para satisfazer até as suas necessidades básicas.

Limitações Pessoais:

Durante a aplicação do processo de enfermagem segundo o marco conceitual escolhido surgiram algumas dificuldades tais como: a) a identificação do estímulo contextual e residual à algumas respostas inefetivas, porque o cliente não soube dar informação; b) sentiu-se a necessidade de discutir o marco conceitual, o processo de enfermagem e principalmente a implementação durante a prática assistencial, o que não foi possível, porque o pessoal de enfermagem (enfermeiro, técnico auxiliar e atendente de enfermagem) não tinha conhecimento nem experiência referente ao marco conceitual e nem ao processo de enfermagem que se estava aplicando; c) sentia-me limitada na assistência a clientes hansenianos ao desenvolver cuidados de enfermagem segundo o marco referencial escolhido porque era a primeira vez que estava trabalhando com hansenianos e também era a primeira vez que estava utilizando um marco de referência. Acrescenta-se a isto o fato de que as minhas ações não estavam sendo compartilhadas com outros profissionais da saúde (área de hanseníase).

Avaliação Pessoal da Mestranda

Trabalhar como enfermeira e chefe de enfermagem em uma instituição de saúde como a "Clínica Adventista Ana Stalh" em Iquitos - Perú, com elevado prestígio social dentro da sociedade na qual esta clínica está inserida, me era muito gratificante.

Decidir afastar-me para cursar mestrado em outro país (Brasil) não foi fácil, pois implicava em deixar os parentes,

amigos, colegas, a instituição e o conforto pessoal temporariamente. Mas por outro lado, estava latente a ideia de buscar a atualização de conhecimentos. Valia a pena sacrificar estes aspectos para concretizar um sonho e enfrentar inúmeros desafios.

O primeiro desafio foi atender aos requisitos exigidos pelo Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Empenhei-me desde logo na busca do tema para a minha proposta de trabalho. Um fato acontecido na clínica onde eu atuava despertou-me a atenção para uma problemática que eu nunca tinha enfrentado na minha vida profissional. Um funcionário da manutenção aparece com hanseníase; a instituição solicita a sua demissão; ouve-se ameaças de queimar a casa (de madeira localizada no campus da instituição) onde ele havia morado com sua família, e nós da clínica nada fizemos para ajudá-lo, isto devido ao desconhecimento e temor à doença.

Dúvida, curiosidade, necessidade de saber mais a respeito daquela doença, me levaram a conversar com o médico dermatologista que atendeu o funcionário. Dai, entrei em contato com o programa existente para o controle da Hanseníase (consultório externo do Hospital Regional de Iquitos) e me interessei por realizar meus estudos de mestrado nesta área (Hanseníase).

O segundo desafio foi ao início do curso, entrar em contato com termos tais como: "conceitos, teorias de enfermagem, marco de referência, marco conceitual, modelos, saúde-doença", e um tal de "assessment" dentro do processo de enfermagem. Eu não

sabia por onde começar, nem onde chegaria e se algum dia terminaria o curso e se seria capaz de incorporar isso a minha prática. Eu passava horas e horas tentando compreender o que se falava na sala de aula, conversava com as minhas colegas que pareciam estar acompanhando o assunto.

O terceiro desafio ocorreu no terceiro semestre do curso quando precisei escolher uma teoria de enfermagem para aplicá-la na prática junto às pessoas portadoras de hanseníase mas, não possuía conhecimento clínico nesta área. Mais "pesado" era este desafio na medida em que devia associar os conceitos do modelo escolhido com a patologia e com o ser hanseniano; tive muita dificuldade no início, não "entrava na minha cabeça" o marco conceitual e o hanseniano ao mesmo tempo; e isto aconteceu porque eu estava acostumada a olhar e cuidar somente a parte biológica (o físico) da pessoa no processo saúde-doença e porque os enfermeiros na grande maioria não trabalham com referencial teórico. O estudo independente ajudou e fortaleceu a compreender os conceitos do marco associado à hanseníase; os conhecimentos obtidos no Instituto "Lauro de Souza Lima" - Bauru - São Paulo, esclareceu mais, o que era hanseníase e o como o hanseniano devia ser assistido enquanto a prevenção de incapacidades, recuperação de deformidades, uso de calçado adequado etc, mas estava faltando a parte de assistência de enfermagem propriamente dita, esta fase foi complementada, no Hospital das Clínicas de São Paulo - (consultório externo de Dermatologia Sanitária - área de hanseníase).

A partir do momento em que os conceitos do marco

conceitual e o processo de enfermagem ficaram bem esclarecidos e "digeridos", foi fácil desenvolver a assistência de enfermagem, precisou-se apenas de uma caneta e papel, só para não perder os dados necessários, já que isto devia ser escrito para fazer a dissertação e digo com certeza que posso aplicar o marco conceitual baseado no Modelo de Adaptação em Enfermagem proposto por Callista Roy, não somente a clientes hansenianos, mas também a qualquer outro cliente com outra patologia.

Por último, no decorrer do tempo, chegou a hora de escrever a dissertação. Por um lado senti grande alegria porque com esta etapa finalmente eu estava concluindo o curso de mestrado; apesar de saber que este desafio final não seria tão fácil de superar. Tentar condensar a escrita, fazendo-a e refazendo-a e repensar a minha experiência no campo da prática foi possível porque eu sempre procurei manter uma atitude positiva, não me impuz limitações pessoais, procurando com humildade, esforço e dedicação desempenhar-me em mais esta etapa profissional. Destaco de forma especial o papel que desenvolveu a minha orientadora e que teve muito significado para mim, devido a sua competência, amplitude de conhecimentos e principalmente pelo bom relacionamento pessoal e disposição para ouvir, discutir, sugerir e direcionar este trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na assistência de enfermagem ao cliente portador de Hanseníase, através da implementação do processo de enfermagem dentro dos quatro modos adaptativos conforme o marco conceitual (MAR) utilizado, constatou-se que:

1 - é possível aplicar tal modelo assistencial, desde que se possua conhecimentos e habilidades na área específica de hanseníase, bem como no processo de enfermagem e no Modelo de Adaptação de Roy;

2 - a maioria dos clientes portadores de hanseníase em condição asilar, independente de terem ou não deformidades incapacitantes, manifestam comportamentos adaptativos à sua atual condição de vida;

3 - os clientes portadores de hanseníase em condição hospitalar que não possuem deformidades físicas têm o potencial de reverter os comportamentos inefetivos em adaptativos e continuar morando no seio da família e da sociedade, desde que recebam orientação e assistência adequada;

4 - os clientes portadores de hanseníase em condição hospitalar com início de lesões incapacitantes, apresentaram dificuldades de se aceitarem com a doença, manifestam comportamentos inefetivos, os quais poderiam ser revertidos se o cliente decidisse assumir responsabilidades na condução da sua própria vida.

Face a essas considerações, recomenda-se:

(1) À sociedade em geral:

- adotar uma atitude positiva para com o cliente portador de hanseníase incluindo-o no meio familiar, no trabalho e na comunidade onde ele mora. Pois só será possível eliminar o espectro da deformidade e a ancestral carga de tabús, preconceitos e estigma contra o hanseniano e a hanseníase, quando nós todos atualizarmos nossos conhecimentos atuais e científicos sobre a doença e ajudarmos ao hanseniano a continuar assumindo integralmente seu papel dentro da sociedade, praticando as medidas corretas de tratamento.

(2) Às autoridades e pessoal da saúde:

- Adotar um programa educativo em saúde, sobre hanseníase, que seja adequado tanto à comunidade em geral quanto ao pessoal da saúde, independente destes trabalharem ou não com clientes portadores de hanseníase, e ao próprio cliente a partir do momento do diagnóstico inicial.

(3) Aos coordenadores e professores dos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem:

- Estimular a utilização de teorias de enfermagem e/ou a elaboração de marcos conceituais na prática assistencial de enfermagem para que aliando-se à teoria de enfermagem e a patologia seria possível prover cuidados de enfermagem adequados a situações específicas.

- incluir nos currículos e programas escolares, conteúdos referentes à assistência ao cliente portador de hanseníase e sua família colaborando com o Programa de Controle

da Hanseníase, doença crônica esta que constitui um grave problema de Saúde Pública.

(4) À enfermagem:

- considerar na assistência ao cliente portador de hanseníase os aspectos referentes a prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, realizar e/ou promover a vigilância de contatos e detecção precoce, tratamento eficaz dos portadores da doença, e prevenção e tratamento das incapacidades físicas e reinserção social do cliente e seus familiares.

(5) Aos Administradores, pessoal de enfermagem e funcionários em geral do HSTDS.

- adotar um sistema de assistência (profissional e estrutura física) humanizado do cliente hanseniano considerando-o como ser bio-psico-sócio-espiritual.

(6) Ao cliente hanseniano em particular:

- adotar uma atitude positiva, prática e responsável desde o momento em que é diagnosticado como portador de hanseníase, informar-se corretamente sobre a terapia e efeitos colaterais dos medicamentos específicos, prevenção de incapacidades por técnicas simples, e controle periódico da doença, e continuar desenvolvendo suas diversas atividades no seio da família, lar, trabalho e lazer como qualquer outro cidadão com direitos e deveres na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRICOLA, E. A. A lepra no Brasil: Resumo histórico In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de lepra. Manual de leprologia. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1960. p. 11-29.
- AGUILLAR, O. M. , ANGERAMI, E. L. Contribuição ao estudo do processo de adaptação da pessoa laringectomizada. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.37, n. 3/4, p. 174-181, jul./dez.1984
- ANDRADE, D. M. M. de , SANTOS NETO, A. F. dos. O escravo Marcos Manoel Vieira e o Santuário do Bom Jesús da Santa Cruz. Florianópolis: Canarinho, 1988. 23 p.
- ARAÚJO, H. C. História da lepra no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946. 560 p.
- ARRUDA, M. S. P. Imunologia. In: Noções de Hansenologia. Bauru: Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato".Hospital Lauro de Souza Lima. 1981. 189 p. p.35-37
- ARVELO, J. J. Educação em saúde no controle da hanseníase. In: REABILITAÇÃO em hanseníase.Bauru. Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato".Hospital Lauro de Souza de Lima. 1980. 201 p. p.85-91
- AZULAY, R. D. Imunologia. In: TALHARI, S. , NEVES, R. G. Hansenologia. Manaus: Calderaro, 1984. 108 p. p. 71-74
- BARROS, M. M. Relatório de aplicação de metodologia de assistência, baseada na Teoria de Adaptação de Enfermagem de Callista Roy. Florianópolis: UFSC, Coordenadoria de Pós-Graduação de Enfermagem, 1986. 19 p. (mimeografado)

- BECHELLI, L. M. , ROTBERG, A. Compêndio de leprologia. 2 ed. Rio de Janeiro, Serviço Nacional da lepra, 1956
- BECHELLI, L. M. , CURBAN, G. V. Infecções bacilares da pele. In: Compêndio de Leprologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1975. 588p. p.120-154
- BELDA, W. A endemia de hanseníase no estado de São Paulo: situação atual, tendência secular, 1924-1970. São Paulo: USP, Fundação Paulista contra a Lepra, 1974. 332 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1974.
- BELDA, W. Epidemiologia. In: TALHARI, S. , NEVES, R.G. Hansenologia. Manaus: Calderaro, 1984. 108 p. p. 93-100.
- BRASIL, Ministério da Saúde. História da lepra. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1956. v. 3, 1056 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Hanseníase: prevenção e tratamento das incapacidades físicas mediante técnicas simples. Rio de Janeiro; 1977. 116 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Evolução institucional da saúde pública. Brasília, 1977. (mimeografado)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de saúde . Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Legislação sobre o controle de doenças da área de dermatologia sanitária. Brasília, 1983, 35
- BRASIL, Ministério da Saúde,, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual de normas e procedimentos de enfermagem de tipo ambulatorial no controle da hanseníase. Brasília, 1978. 41 p

- BRASIL, Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília, 1984. 100 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Hanseníase e constituinte. Brasília, 1986. 95p. (mimeografado)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia sanitária/Núcleo Tecnológico. Controle da Hanseníase: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. Rio de Janeiro, 1989. 124 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Implementação da Poliquimioterapia (PQT/DMS) no tratamento da Hanseníase no Brasil. Brasília, 1989. 11 p. (mimeografado)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Relatório - Sumário das atividades do programa de Controle da hanseníase, período de 1986/1989. Brasília, 1989, 57 p. (mimeografado)
- BRASIL, Portaria nr.1, de 07 de novembro de 1989. Diário Oficial, Brasília, 3 jan. 1990. seção 1.
- BRUNNER, L.S. , SUDDARTH, D. S. Enfermería Médico Quirúrgico. México, Interamericana, 1986. 983 p. p. 4
- BUCK, M. H. Self-concept: theory and development. In: ROY, C. Introduction to nursing an adaptation model. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984. p. 255-283
- COLLET, M. J. et al. Estudo sobre pacientes de hanseníase com Incapacidades Físicas, tratadas através de técnicas simples,

aplicads por pessoal de enfermagem no Distrito Federal em 1979.

Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 134, p.78-79, 1981

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DA SAÚDE,Alma-
Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Relatório. Brasília: OMS, UICEFF,
1979. 69 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1-5 ago. 1977. Anais.
Brasília: Ministério da Saúde, 1977. 528 p. il.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, Brasília, 24- 28 mar. 1980.
Anais. Brasília; Ministério da Saúde, 1980. 280 p. il.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE , 8, Brasília, 17 - 22 mar. 1986.
Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CORRADI, E. M. Relatório de aplicação da metodologia de
assistência baseada na Teoria de Adaptação de Enfermagem
Florianópolis; UFSC/Coodenadoria de Pós-graduação em
enfermagem, 1984. 24 p. (mimeografado)

CRISTOFOLINI, L. Aspectos da assistência de Enfermagem na
Hanseníase: prevenção de úlcera plantar. Cad. Divul. Cult.,
Bauru, v.3, n.9, p.1-46, 1983

CRISTOFOLINI, L. Assitência de Enfermagem na hanseníase.
Salusvita, Bauru, v.4, n.1, p. 1-9, 1985

CRISTOFOLINI, L. et al. Ações da Enfermagem nos
comprometimentos oculares na hanseníase. Salusvita, Bauru,
v.5, n.1, p.35-37, 1986.

CRISTOFOLINI, L., et al. Proposta para avaliação e cuidados
nasais na hanseníase. Salusvita, Bauru, v.7, p. 129-139,
1988

- CRISTOFOLINI, L. et al. Proposta para avaliação e cuidados oculares na hanseníase. *Salusvita*, Bauru, v.7, n.1, p. 82-91, 1988
- CRISTOFOLINI, L. , OGUSKU, E. A Enfermagem na Hanseníase. *Salusvita*, Bauru, v.7,n.1, p. 99-112, 1988
- D'AVILA, M. G. Importância da atuação da enfermagem no controle da hanseníase. *Bol. Div. Nac.*, Brasília. v. 27, n. 1/4, p.51-55, 1978
- ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL São Paulo: Enciclopédia Britânica do Brasil, 1989. v. 14. p. 7430: (medicina).
- ENCONTRO DE AVALIAÇÃO ESTADUAL DE PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, 2, 1990, Florianópolis. Relatório. Florianópolis, DASP, 1990. 39 p. (mimeografado)
- FLEURY, R. Manifestações Sistêmicas. In: TALHARI, S. , NEVES, R.G. *Hansenologia*. Manaus: Calderaro, 1984. 108 p. p.67-7
- FONSECA , A. da. *Doenças venreas e doença de Hansen*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. p. 170-264.
- GOUVEIA, A. J. *Professoras de Amanhã: um estudo de escolha ocupacional*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1970. 157 p. p. 33
- IBGE. Estimativa de população residente em 01 de julho de 1990, segundo as Unidades da Federação e municípios. Rio de Janeiro, [1990]. 107 p.
- LANGUILLON, J. , CARAYON, A. Rappel historique. In: *Précis de leprologie*, 2 ed. Paris: Masson, 1986. 392 p. p.1-5
- LESSA, Z. L. *Hanseníase e educação em saúde: o confronto entre o conhecimento científico, empírico e teológico*. São Paulo: USP, 1986. Tese (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo

- LINS, C. , RODRIGUES, E. Operacionalização da teoria de Callista Roy em um paciente com síndrome de Cushing. *Enf. Atual*, Rio de Janeiro. v.4 n.24, p.18-23, jul/ago., 1982
- LOBATO, C. S. Em busca da socialização da hanseníase . *Bazar Revista de cultura e consciencia social*, João Pessoa, v.1, n.2, p.5, jul./set. 1989
- LOBATO, C. S. O Conhecimento do hanseniano sobre a hanseníase e a contribuição social do enfermeiro. João Pessoa: UFPB, 1989. 114p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 1989
- MACARIO, D. A. A psicologia aplicada à reabilitação do hanseniano. In: *REABILITAÇÃO em hanseníase*, Bauru: Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato/Hospital Lauro de Souza Lima. 1980. 201 p. p.138-142
- MALUF, S. A. et al. Prevenção de incapacidades em hanseníase, realidade de uma unidade sanitária. *Rev. Bras. de Enf.*, São Paulo, v. 38, n. 3/4, p.312-328, jul./dez. 1985
- MAURANO, F. História da lepra em São Paulo. São Paulo: Serviço de Profilaxia da Lepra, 1930
- MAURANO, F. História da lepra em São Paulo. São Paulo: Serviço de Profilaxia da Lepra, 1939
- MELEIS, A. T. *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985. 438 p. p. 206-215.
- MENDES, I. J. M. O ser hanseniano. Ribeirão Preto: USP, 1987. 97p. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Escola de

- Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1987
- MOREIRA, A. L. Plano de assistência de enfermagem baseado no Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy. *Enf. Atual*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 8, p.15-19, nov./dez, 1979
- NEVES, E. P. The relationship of hospitalized individual's cognitive structure regardin Health to their Health self-care Behaviors. Washigton,DC: School of Nursing, 1980. 198p. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Catholic Uuniversity of America, School of Nursing,1980.
- NEVILLE, P. J. Educação sanitária na profilaxia da hanseníase. Rio de Janeiro: CERPHA/ DNL, 1972. 20 p.
- NUWAYHID, K. A. Role function: theory and developement. In: ROY, C. *Introduction to Nursing: an adaptation model*. 2 ed. Engleewood Cliffs: Prentice Hall, 1984. p. 284- 305
- DEHMEN, M. et al. Reabilitação no sanatório São Julião - Campo Grande - MT. *Bol. Div. Nac. Dermatol. Sanit.* Rio de Janeiro v.27, n.2/4, p.89-96, 1977
- OLIVEIRA, M. H. P. Incapacitados físicos em portadores de hanseníase. Ribeirão Petro: USP, 1987. 114 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermegem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1987.
- OPROMOLLA, D, V. , CRUZ, O. Prevenção de incapacidade física na hanseníase: técnicas simples. Bauru: Hospital Lauro de Souza Lima, 1978
- OPROMOLLA, D. V. , FLEURY, R. N. Formas clínicas. In: *NOÇÕES de Hansenologia*. Bauru: Centro de estudos "Dr. Reynaldo

Quagliato" - Hospital Lauro de Souza Lima, 1981. 189 p..
p.84-96

OPROMOLLA, D. V. As incapacidades na hanseníase. In: NOÇÕES de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Reynaldo Quagliato - Hospital Lauro de Souza Lima, 1981. 189.p. p .152-160

OPROMOLLA, D. V. História. In: NOÇÕES de Hansenologia. Bauru: Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato" - Hospital Lauro de Souza Lima, 1981. 189 p. p .01-09

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual para o controle da hanseníase. Washington, 1983 p.5-6 (Publicação Científica, 436)

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Reunión especial de ministros de salud de las américas, 4: informe final y documento. Washington, OPAS/OMS, 1977. (Documentos oficiales, n. 155).

PASSEROTTI, S. et al. Avaliação e tratamento do olho seco na hanseníase. Bauru, 1986. 15 p.(mimeografado)

PEDRAZZANI, E. S. A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase - conhecimento do pessoal de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, v. 21, n.2, p.171-182, ago. 1987

PIOLI, C. D. , SANDOR, J. K. The roy adaptação model: an analysis. In: RIEHL-SISCA, J.P. (Org) Conceptual models for nursing practice. 3.ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1989. p.115-124

RANDELL, B. et al. Adaptation nursing: the roy conceptual model applied. Sant Louis, Missouri: C. V. Mosby, 1982. 297 p.

ROCHA, H. T. Decodificação de um texto sobre hanseníase por estudantes, docentes e pessoal de enfermagemn. São Paulo:

USP, 1990. 116 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1990

+ ROTBERG, A. As barreiras culturais da "Lepra" que impedem a solução do problema da hanseníase. Bol. Div. Nac. Der. Sanit., Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 69-72, 1977

+ ROTBERG, A. Lepra por hanseníase. Ars curandi. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 58 - 69, mar. 1983.

ROY, C. Introduction to nursing: an adaptation model. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1976.

ROY, C. , ROBERTS, S. L. Theory construction in nursing. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1981

ROY, C. Nursing a scientific discipline. In: ROY, C. Introductuion to nursing: an adaptation model. 2 ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984. p. 3-63

ROY, C. An explication of the philosophical assumptions of the Roy Adapatation model. Nursing Sciencie Quarterly, v.1 , n.1 , p.26-34, 1988

ROY, C. The roy adaptation model. In: RIEHL-SISCA, J.P. (Org). Conceptual model for nursing. 3 ed. Norwalk: Appletton & Lange 1989. 510 p. p. 105-114

SALOTTI, S. R. et al. A enfermagem na perda da acuidade visual causada por triquíase em pacientes de hanseníase. Bauru, 1987. 10p. (mimeografado)

SAMPAIO, S. et al. Micobacteriose. In: DERMATOLOGIA básica. 2 ed. São Paulo: Astes médicas, 1979. 446 p. p. 217-229

SEARS, R. R. , FELMAN, S. As 7 idades do homem. Um estudo do desenvolvimento humano: corpo, personalidade, capacidade. Rio

- de Janeiro: Zahar, 1975. 161p. p.135
- SHEPARD, C. C. The experimental disease that follows the injection of human leprosy bacilli into foot-pads of mice. J. Exp. Med. New York, v. 112, p.445-454, 1960
- SIQUEIRA, L. M. de S. O serviço social na reabilitação do hanseniano. In: REABILITAÇÃO em hanseníase. Centro de estudos "Dr. Reynaldo Quagliato" - Hospital Lauro de Souza Lima. Bauru, 1980, 201 p. p.143-184.
- TALHARI, S. , NEVES, R. G. Hansenologia. Manaus. Calderaro,1984. 108 p.
- TEIROW, M. P. Interdependence: theory and development. In: ROY, C. Introduction to nursing an adaptation model. 2 ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984. p. 316-322
- TOYADA, C. Y. et al. Controle de comunicantes: sua interferência na situação epidemiológica da hanseníase. São Carlos, 1985. (mimeografado)
- TRENTINI, M. Nurses' decisions in dialysis patient care: an application of the roy adaptation model. Birmingham, Alabama, 1985. 121 p. Tese (Doutorado) School of Nursing. University of Alabama at Birmingham. 1985
- VIEIRA, A. M. Ameaça de mastectomia: responsabilidade de enfermeiro no processo de adaptação. Recife: UFP/Departamento de Enfermagem, 1981. 18 p. Trabalho apresentado ao curso de Especialização em saúde comunitária (mimeografado).
- VIEIRA, C. J. Assistência de enfermagem aos indivíduos enterostomizados baseado no Modelo de Adaptação de Roy. Florianópolis: UFSC, 1990. Trabalho de conclusão de Curso de

Mestrado em enfermagem, UFSC, 1990 (em andamento)

VIEIRA, E. Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel, 1951 a 1978. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1985. 240 p.

VIEIRA, T. T. Importância da imagem corporal na prática de enfermagem. Salvador, UFRJ, 1976. 152 p. Tese (Docência Livre) Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal de Rio de Janeiro. 1976.

VIETH, H. et al. Comprometimentos oculares na hanseníase: prevenção e tratamento. Bauru, 1988. 13 p. (mimeografado)

WATSON, A. B. , MAYERS, M. Assesment and documentation: nursing theories in action, Thorofare, Charles B. Slack, 1981, p. 5-7

WISBECK, A. C. et al. Assistência de enfermagem ao paciente hanseniano e familia. Florianópolis: UFSC/Departamento de Enfermagem, 1989. 29 p. (mimeografado-trabalho acadêmico)

A N E X O S

ANEXO I

"HANSENÍASE" Novo nome oficial da "Lepra" e seus derivados

Terminologia Oficial	Terminologia Proscrita
hanseníase	lepra
doente de hanseníase	leproso, doente de lepra
hanseniano	leproso
hansenologia	leprologia
hansenologista	leprologista
hansênico	leprótico
hansenóide	lepróide
hansênide	lepride
hansenoma	leproma
hanseníase virchowiana	lepra lepromatosa
hanseníase tuberculóide	lepra tuberculóide
hanseníase dimorfa	lepra dimorfa
hanseníase indeterminada	lepra indeterminada
antígeno de Mitsuda	lepromina
hospital de dermatologia sanitária ou patologia	leprosário, leprocômio, asilo- colônia, sanatório, hospital- colônia
tropical ou similares	colônia

FONTE: Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Legislação sobre o controle de doenças da área de Dermatologia Sanitária. Brasília, 1983.

ANEXO II

O r i e n t a ç ã o d e e x a m e e s u s p e i t o d e H a n s e n	Anamnese	Como se iniciou a moléstia (insistir sobre anestesia, manchas, distúrbios nasais e outros) Indagar se o enfermo tem ou teve parente doente, convivência. Dos exames são imprescindíveis: dermatológico e neurológico.	
	Exame Clínico	Quando se trata de hanseníase podem ser encontrados: 1. Eritema e infiltração difusa; 2. máculas crônicas, eritematosas e eritemato-pigmentadas; 3. tubérculos e nódulos; 4. máculo-pápulas ou placas elevadas, pápulas ou lesões papulóides; 5. bolhas. Observar se há alopecia e anidrose nas lesões. Verificar se o aspecto das lesões é característico ou suspeito de hanseníase.	
		Exame Dermatológico	1. Pesquisar a sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas manifestações cutâneas; 2. Pesquisar a sensibilidade nas extremidades dos membros superiores e inferiores; 3. Verificar espessamento de troncos nervosos; 4. Observar se há manifestações consequentes à nervite (distúrbios motores tróficos e outros).
		Exame Neurológico	1. Prova da histamina e da picada com agulha nas máculas hipo ou crônicas e nos territórios com anestesia; 2. Prova da pilocarpina para averiguar distúrbios da sudorese
	Exame de Laboratório	1. Exame bacterioscópico do muco nasal e lesões cutâneas, podendo recorrer-se também à função de gânglio; 2. Biópsia e verificação histopatológica, quando os elementos acima não permitirem diagnóstico.	

ANEXO III

ESQUEMA DE CLASSIFICAÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DA HANSENIASE CARACTERÍSTICAS

Clínica	Bacterios- copias (lesão cutânea)	Imunoló- gicas teste de Mitsuda	Formas Clínicas
Áreas de hipoestesia, anestesia e/ou parestesia, manchas hipocrômicas e/ou eritemato-hipocrômicos, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos.	Negativa	Positivo Negativo ou duvidoso	Indeter- minada (I)
Placas eritematosas de limites externos nítidos e/ou margina- dos com micro-tubérculos, com ou sem descamação.	Negativa	Positivo	Tubercu- lóide Tórpida (T)
Eritema e infiltração defusa, placas eritematosas, infiltra- das, de bordas defusas, tubér- culos e nódulos, madarose (queda de cílios e supercí- lios), lesões das mucosas.	Positiva Bacilos abundantes eglobias	Negativo	Virchor- wiana (V)
Lesões pré-faveolares (erite- matosas planas com o centro claro) lesões faveolares (eri- tematosas infiltradas com cen- tro deprimido) lesões eritema- to pigmentares (de tonalidade ferrugínea ou pardacentral)	Positiva Bacilos Isolados e/ou globios	Negativo ou duvidoso	Dimorfa (D)

FONTE: Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Controle da Hanseníase - Uma proposta de Integração, Ensino - Serviço. 1989. p.45

ANEXO IV

ESQUEMAS DE TRATAMENTO PADRONIZADOS PELA DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1990

Esquema 1 (*)

Indicado no tratamento das formas multibacilares: virchowiana,
dimorfa e indeterminada - Mitsuda negativo

Fases do Tratamento	Droga	Dose
1a. (3 meses)	Rifampicina (RFM) Sulfona (DDS)	600mg/dia 100mg/dia
2a. (a partir do 4o. mês)	Sulfona (DDS)	100mg/dia

Esquema 2 (*)

Indicado no tratamento das formas paucibacilares: tuberculóide e
Indeterminada - Mitsuda positivo

Fases do Tratamento	Droga	Dose
Esquema único	Sulfona (DDS)	100mg/dia

Esquema 3 (*)

Indicado no tratamento de pacientes com sulfono-resistência e/ou
intolerância à Sulfona

Fases do Tratamento	Droga	Dose
1a. (3 meses)	Rifampicina (RFM) Clofazimina (CFZ)	600mg/dia 100mg/dia
2a. (a partir do 4o. mês)	Clofazimina (CFZ)	100mg/dia

ANEXO IV

Esquema para Crianças (*)

Medicamentos	Dose diária por peso da criança	
	> 35kg.	< 35kg.
Rifampicina (RFM) 100 mg/kg	600mg/dia	450mg/dia
Clofazimina (CFZ) 1,5 mg/kg	100mg/dia	50mg/dia
Sulfona (DDS) 1,5 mg/kg	100mg/dia	50mg/dia
Etionamida**(ETH) 5 mg/kg	250mg/dia	

** Em caso de impossibilidade do uso de clofazimina (CFZ).
No tratamento de crianças são utilizados os mesmos esquemas previstos para os adultos, nas doses indicadas, por quilograma de peso.

(*) FONTE: Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Controle da Hanseníase: Uma Proposta de Integração, Ensino - Serviço. 1989. p.72-73

ANEXO V

ESQUEMA DE TRATAMENTO (MULTIDROGATERAPIA/MDT) RECOMENDADOS PELA OMS EM FASE DE IMPLANTAÇÃO NO BRASIL

Indicação/Formas Clínicas de Hanseníase	Drogas/posologia	Seguimento dos casos e alta
<p>MULTIBACILARES: Virchowiana, Dimorfa e Indeterminada com Mitsuda negativo</p>	<p>Rifampicina (RFM) 600mg/dose única mensal supervisionada</p> <p>Clofazimina (CFZ) 300mg/dose mensal supervisionada</p> <p>Sulfona (DDS) 100mg/dia auto-administrada</p> <p>Clofazimina (CFZ)* 50mg/dia auto-administrada ou 100mg em dias alternados</p>	<p>Consultas mensais para a medicação supervisionada. O período mínimo de tratamento é de 24 meses ou 24 doses mensais, ou até a negatificação baciloscópica.</p> <p>A regularidade do tratamento é fundamental.</p> <p>Revisão baciloscópica e dermatoneurológica na 6a., 12a., 18a. e 24a. doses. Para a alta, aplicar os critérios de inatividade clínica e baciloscópica e manter cinco anos de vigilância sem tratamento.</p>
<p>PAUCIBACILARES: Tuberculóide e Indeterminada com Mitsuda positivo</p>	<p>Rifampicina (RFM) 600mg/dia dose única mensal supervisionada</p> <p>Sulfona (DDS) 100mg/dia auto-administrada</p>	<p>Consultas mensais para a medicação supervisionada.</p> <p>O período mínimo de tratamento é de seis meses ou seis doses.</p> <p>A regularidade do tratamento é fundamental.</p> <p>Para a alta, aplicar os critérios de inatividade clínica mantendo dois anos de vigilância sem tratamento.</p>
<p>Pacientes com sulfono-resistência e/ou intolerância à sulfona</p>	<p>Mesmo esquema para multibacilares</p>	<p>Mesmos critérios dos multibacilares.</p>

FONTES: Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Controle da Hanseníase: Uma Proposta de Integração, Ensino - Serviço. 1989. p.75.

* Em caso de impossibilidade do uso de clofazimina (CFZ) usar Etionamida (ETH) 250mg/dia auto-administrada.

ANEXO VI

GLOSSÁRIO:

- **INFECTIVIDADE:** evidências epidemiológicas e estudos imunológicos levam a aceitar sua alta infectividade (capacidade de penetração e alojamento).
- **PATOGENICIDADE:** é aceito, entre os autores a sua baixa capacidade de determinar, no homem, sinais ou sintomas (doença). Entre os contatos íntimos de formas bacilíferas apenas 5,8% desenvolvem a doença.
- **VIRULÊNCIA:** se considerada em termos de mortalidade é sensivelmente baixa. Consideram-se as possibilidades de sequelas incapacitantes, poderíamos caracterizá-la como elevada.
- **ANTIGENICIDADE:** as técnicas de imuno-eletroforese cruzada vem demonstrando a presença de mais de 20 componentes antigênicos ao *M. leprae*.
- **ANTICORPOGÊNESES:** o *M. leprae* é capaz de despertar a formação de ampla gama de anticorpos.
- **TEMPO DE GERAÇÃO:** quando inoculado no caxium da pata do rato, na fase logarítima de multiplicação, o tempo de geração do *M. leprae* é de 12-13 dias.
- **RESISTÊNCIA AO MEIO:** o *M. leprae* pode permanecer vivo em secreções nasais secas durante 7 ou mais dias e, no chão úmido da habitação, por cerca de 40 dias. Apesar de milhões de bacilos permanecerem viáveis por mais de 3 dias, somente 1% assim

permanece aos 7 dias. Tem-se isolado bacilos viáveis em artrópodos que se alimentam em pacientes hansenianos.

- **CULTURA:** até o momento, não se obteve reprodução do *M. leprae* em meios artificiais.

- **INOCULAÇÕES:** embora haja relatos de inoculações acidentais, não se comprovou sua exequibilidade experimental no homem. A inoculação no coxim plantar do camundongo produz infecções circunscrita com padrão de crescimento reproduzível para todos os bacilos isolados de doentes de hanseníase, incluindo os resistentes à drogas.

- **VIAS DE ELIMINAÇÃO:** o manto cutâneo tem ação dupla de proteção, separando as estruturas internas do meio ambiente. As mucosas mais delgadas sem camada córnea e mais sensíveis a pequenos traumas, principalmente das vias aéreas superiores, parecem desempenhar papel mais importante na eliminação de bacilos.

- **VIAS DE ENTRADA:** os indicativos são que as principais vias de entrada do bacilo são as vias aéreas superiores e pele. A penetração pela pele, facilitada ou não por pequenos traumas, explicaria em parte as lesões iniciais, primárias da pele. O trato gastrointestinal poderia, em certas circunstâncias, também ser porta de entrada.

- **MODOS DE TRANSMISSÃO:** admite-se que o contato direto repetido seja o meio mais efetivo de transmissão (considerando que 8 bilhões de bacilos podem se encontrar num grama de hansenoma).

- **O NOVO HOSPEDEIRO:** considera-se suscetível a contrair o Morbus Hansen (MH) o ser humano possível de ser infectado pelo *M. leprae*. Se como em todo processo patológico se deve ter em mente

fatores como idade, sexo, estado civil, ocupação, estado nutricional, presença de outra moléstia e determinados mecanismos imunitários, fundamentalmente ligados à genética. O mesmo autor (Belda, 1984) coloca que "embora o processo de transmissão esteja envolvido por inúmeros fatores dependentes da fonte de infecção, do agente, do meio e do suscetível, três elementos são de importância fundamental: inóculo infectantes eficiente, exposição suficiente e receptividade do novo hospedeiro".

- **PREVALÊNCIA (*)**: significa os casos novos de uma determinada doença em uma determinada área num certo período de tempo.

- **INCIDENCIA (*)**:significa o total de casos existentes (tanto novos como antigos) em uma determinada área, num certo momento ou num determinado período.

(*) Ministério da Saúde, 1984. p. 80

ANEXO VII

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

NOME: _____ IDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÃO: _____

PROFISSÃO (OCUPAÇÃO): _____

PROCEDÊNCIA: _____ INSTRUÇÃO _____

FILMOS OU OUTROS PARENTES: _____

FORMA CLÍNICA: _____ CONDIÇÃO ASILAR/HOSPITALAR

- 1 - Como vai você, Sr.(a) _____?
- 2 - Fale-me um pouco de você, o que está lhe incomodando neste momento?
- 3 - Você acha que isto é provocado por ...?
- 4 - Conte-me, como começou a doença?
- 5 - Como você reagiu ao saber que tinha esta doença?
- 6 - Quem foi que lhe trouxe ao hospital (colônia)?
- 7 - E a sua família, qual foi a reação deles, como eles se sentiram? Falaram alguma coisa?
- 8 - Como você se sente agora? (condição asilar e/ou hospitalar)
- 9 - Qual era a sua ocupação/profissão? O que faz atualmente?
- 10 - Você é uma pessoa, o que pensa de você mesmo e de suas deformidades (se tiver)?
- 11 - De que você tem medo ou vergonha?
- 12 - Faz quanto tempo que você não sai daqui (hospital/colônia)?
- 13 - Há quanto tempo você não vai à cidade?

- 14 - Sua família, você voltou a se casar aqui?
Teve filhos?
- 15 - E os outros (amigos, parentes, vizinhos) nunca mais lembraram de você?
- 16 - Você tem amigos ou pessoa de confiança aqui?
- 17 - O que você sabe da hanseníase - Mal de Hansen, Mal de Lázaro, Morféia, Lepra, ...?
- 18 - Por que você acha que pegou a doença?
- 19 - Em que momento a experiência foi mais negativa?
- 20 - Qual é a maior preocupação neste momento e depois?
- 21 - O que gostaria de ser e de ter, se não tivesse esta doença?
- 22 - Já saiu da colônia, você morou com a família, voltou por que?
- 23 - Você não tem deformidades, lá fora no trabalho os seus colegas, vizinhos, sabem que você tem hanseníase?
- 24 - Você se sente bem morando aqui no hospital?
- 25 - Qual a sua opinião do pessoal que trabalha aqui (médico, enfermeiro, atendente, técnico, pessoal administrativo, nutricionista etc)?

ANEXO VIII

QUADRO 2: Apresentação dos dados levantados junto a 15 clientes hansenianos (Sexo Masculino e Feminino) segundo os 4 eixos adaptativos, identificando comportamentos adaptativos.

Cliente Hanseniano	Modo Adaptativo das Necessidades Fisiológicas	Modo Adaptativo do Auto-conceito	Modo Adaptativo Função do Papel	Modo Adaptativo de Interdependência
A	movimenta-se com uso de muleta, mantém boa higiene pessoal, alimenta-se sozinho, dorme bem.	"Vida e viver tem significado profundo", reza constantemente, implorando assistência de Deus, conforçado com a sua situação depois que foram esclarecidas algumas dúvidas.	faz serviço de marceneiro até antes de se internar, papel de pai, sogro, estão sendo desenvolvidos sem interferência pela doença.	goste de conversar com todos no hospital, a comunicação por telefone com os filhos, netos e nora lhe mantém contente e informado da sua casa e pertences.
B	faz higiene pessoal, lava roupa íntima e calças, mesmo tendo aprendido a forçar o colter, pente, roupa e movimentar-se na cadeira de rodas.	crê em Deus, conforçado com a sua situação, sente-se mais alegre e ativo nas suas conversas. Irmãos que anos ele não via, ligaram para ele, esse fato lhe fez sentir querido e amado.	colocou todo seu carinho para o cuidado de passarinhos, desenvolve papel de irmão reencontrado.	conversa com os outros hansenianos, fica contente quando é visitado por alguns parentes e amigos. Sai do hospital acompanhado da assistente social para visitar o seu pai.
C	temporariamente faz higiene com ajuda,	tem muito desejo de viver, fica contente ao saber que ainda não tem nenhum tipo de incapacidade física, valoriza o "favor" de Deus porque ele se recuperará e voltará para casa.	continua desenvolvendo papel de esposo, pai, sogro, avo e realiza atividades caseiras, mantém o desejo de educar os filhos menores e cuidar dos netos.	relaciona-se muito bem com a família recebe visita 2 vezes por semana da esposa, filhos, amigos, parentes e colegas de trabalho, conversa limitadamente com o pessoal de enfermagem.
D	desenvolve atividades de cuidado pessoal sem problemas.	auto-conceito elevado, grande desejo de viver, deixou de fumar e assiste pontualmente as consultas marcadas com o médico, gosta de ajudar aos necessitados.	papeis de pai, avo, sogro estão sendo desenvolvidos, cuida da esposa em colaboração da nora. Guarda noturno aposentado, vive da mensalidade do INPS.	relação interpessoal boa com os outros doentes, pessoal de enfermagem e outros, como vizinhos, amigos etc.
E	atividades de cuidado pessoal como higiene, alimentação, vestir-se por ele mesmo, se envolvida por ele mesmo, se	sempre assiste a missa, escuta rádio, vê TV para não pensar "besteiras" como ele fala. Refere que	gosta de arrumar aparelhos de TV e rádio, ler, a maior parte do tempo passa conversando e discutindo te-	e sai do hospital para visitar amigos e vizinhos as vezes viaja um município próximo.

	vimenta com ajuda de muletas.	está se adaptando novamente às rotinas do hospital, está passando a gostar dele mesmo.	mãe de política, futebol e também começou a cuidar de passarinhos.
F	funções fisiológicas indispensáveis sem novidade.	mãe identificado	ajuda a outro hanseniano que tem perda de audição e visão, levando-o ao chuveiro-banheiro, refeitório e pátio, sempre que lhe emprestem um instrumento musical (violão ou acordeão) sente-se mais animado e canta.
G	toça muito cuidado da sua aparência pessoal e principalmente das partes insensíveis (mãos e pés)	gosta muito dele mesmo e da sua família; fez várias perguntas referentes à doença, para se cuidar melhor. Refere que "Deus não vai permitir que tenha deformidades", desejo de viver sempre com a família.	papel de esposo, pai, avô, sogro desenvolvido, emprego garantido por enquanto, desejo de continuar trabalhando e cuidando da família. mostrou ser amigável e respeitoso; refere que lhe agrada chegar cedo ao trabalho e começar a sua tarefa. Recebe visita da esposa e filhos.
H	higiene pessoal, lava suas peças íntimas, arrumação da cama feita por ela mesma, prática de exercício e massagens das mãos e pés, sono e repouso recuperado, melhorou a hidratação da pele das mãos e dos pés.	eu-físico e eu-pessoal sem deformidades, pensamento positivo, não quer ficar incapacitada, cuida com muito carinho dos seus pés e mãos; refere que "a vida e um dom mais precioso se se tem a Deus no coração e quando a família gosta da gente.	visita constante da família: esposo, cunhado, filhos e neto, faz amizade com outros doentes e pessoal de enfermagem.
I	cuida pessoalmente da higiene e aparência pessoal, alimenta-se bem, aprendeu que deve manter em repouso os pés ulcerados e pratica exercícios ensinados.	refere que melhorou o seu auto-conceito a medida que as úlceras melhoraram e pela forma diferente como ela é tratada.	bom relacionamento pessoal com outros doentes, pessoal de enfermagem e melhorou a interrelação com a filha adotiva e família.
J	funções de oxigenação, circulação e digestão mantidas	não identificado por falta de comunicação de parte dela	não identificado por falta de comunicação por parte dela

K	dentro do modo das necessidades fisiológicas observa-se que possui boa saúde física, apropriada à sua idade.	auto-conceito elevado, gosta muito de se mesear, prática de leitura bíblica; desejo de ter mais vida e saúde.	viúva, desenvolve atividades que ela gosta fazer para ela e para outras pessoas, as vezes sai para cidade, cuida de plantas, gatos e de uma pequena horta.	comunicação interpessoal com os outros doentes é muito boa e também com o pessoal de enfermagem, gosta de fazer amizade com os demais.
L	boa desenvolvimento das funções fisiológicas	auto-conceito elevado, imagem física conservada (sem deformidades perceptíveis pelas demais pessoas).	esposa, desenvolvendo atividades de dona de lar alem de cuidar de galinhas, gatos, passarinhos, porcos, horta etc.	boa relacionamento com o marido, outros hansenianos vizinhos e o pessoal do hospital.
M	funções fisiológicas indispensáveis mantem-se em funcionamento: circulação, digestão, repouso; a higiene e cuidado pessoal é realizado com a ajuda do pessoal de enfermagem.	não identificado	não identificado	com algumas amigas, tenta-se fazer compreender, gosta de ficar sempre junto a outras pessoas.
N	funções orgânicas indispensáveis sem alteração	gosta de se vestir com roupas confortáveis, integridade física mantida	nao identificado	não identificado
O	funções fisiológicas indispensáveis sem molestia. Boa aparência de higiene e cuidado pessoal.	mesmo possuindo os seus pés deformados, ela gosta de si mesma, prática de leitura de livros religiosos; auto-conceito, ético e moral elevado.	papel de irmã e tia ainda persiste, espírito de ajuda e serviço para com os clientes psiquiátricos.	mantém ótimo relacionamento com todas as pessoas que a visitam.

ANEXO IX

QUADRO 3: Apresentação dos dados levantados junto a 15 clientes hanseianos (Sexo Masculino e Feminino) segundo os 4 modos adaptativos, identificando comportamentos inefetivos.

Cliente Hanseiano	Modo Adaptativo das Necessidades Fisiológicas	Modo Adaptativo do Auto-conceito	Modo Adaptativo Função do Papel	Modo Adaptativo de Interdependência
A	perna direita amputada, perna esquerda insensível, inflamada e ulcerada, ra trófica, diabetes, insuficiência renal, hipertensão arterial, edema, mãos insensíveis com feridas traumáticas, acuidade visual diminuída, peças dentárias incompletas e cáries, nariz entupido.	imagem corporal deformada, deprimido e preocupado porque o médico falou que seria transferido a outro hospital pelas características mencionadas no modo das necessidades fisiológicas.	cliente em condição hospitalar, nenhum comportamento inefetivo identificado.	nenhum comportamento inefetivo identificado.
B	mãos com paralisia cúbico-mediana (mão em garra) e lesões traumáticas, pele ressequida e calos, pés com ciático-poplíteo externo e tibial posterior comprometidos, úlcera plantar infectada, destruição parcial do pé, tabaquismo.	insatisfeito com a vida, tem "raiva" porque os médicos a quem ele consultou não souberam diagnosticar a hanseíase no seu início; frustração eu-físico e eu-pessoal deformado.	cliente em condição asilar, informado porque não pode desenvolver nenhum tipo de atividade lucrativa ou como hobby, aspirações não concretizadas (desejo de trabalhar e ter um lar) ganhar seu dinheiro com seu próprio esforço.	comunicação limitada, não confia nos demais, ostracismo e estigma mesmo sendo cliente asilar, fica fechado no seu quarto, não gosta da madrastra.
C	apresenta reação de eritema nodoso, membros superiores e inferiores com lesões ulceradas e edema, madarose ciliar e superciliar parcial, presença de nódulos, nariz entupido, penecunia e hipertensão arterial, acuidade visual diminuída, córnea ressequida, febre, indisposição e tabaquismo.	eu-físico e pessoal diminuído nervosismo, pranto constante, medo de morrer, preocupação com mulher e filhos, acha-se feio demais, fica constantemente pensativo e chorando em silêncio.	cliente em condição hospitalar, "obreiro" aposentado por causa da hanseíase.	relacionamento com os outros hanseianos é muito limitado, troca apenas umas palavras.
D	voz frouxa e nariz entupido, retração do quarto e quinto dedos de ambas as mãos, pé direito com nervo	preocupado com as deformidades que estão se acentuando, mesmo assim não pratica cuidados necessários	cliente em condição hospitalar, papel de esposo diminuído por ter a esposa com sequelas de AVC, não de-	relacionamento interpessoal péssimo com a esposa e filho alcoólatra, não compreende o porque da doença

	ciático poplíteo paralisado (pé caído e marcha escarvante) com bolhas infectadas, insensibilidade em bota, pele ressequida, manchas cicatrificais e madarose ciliar e triquiase.	de prevenção, preocupado com a veridice e com a esposa que sofreu AVC, e também com o filho alcoólatra.	desenvolve nenhum tipo de trabalho lucrativo.	da esposa.
E	cornea ressequida ambos lados, nariz perdendo a sua forma e com lesões na mucosa, mãos em garra, com fissuras e calos e feridas traumáticas, pé esquerdo parcialmente reabsorvido com úlcera plantar infetado, mancando e tabaquismo.	imagem pessoal e eu-físico deteriorado pelas deformidades que se apresenta, depressão e angustia pela morte da esposa, incoformado por voltar novamente à área asilar do hospital.	cliente em condição asilar, não tem filhos; faz algum tempo que não se comunica com alguns parentes que moram no interior do estado.	relacionamento superficial com os outros hansenianos e com funcionários de enfermagem (tem desconfiança), não está aceitando o fato de ser dependente dos outros, já foi internado compulsoriamente e morou muitos anos na colônia.
F	madarose superciliar e ciliar total, córneas ressequidas, nariz parcialmente deformado, orelhas infiltradas, mãos pés insensíveis (com luva e bota), pele ressequida, ferida ulcerada em tornozelo e dorso do pé esquerdo, mancha mancando, higiene pessoal descuidada, acuidade visual diminuída, tabaquismo.	não gosta mais dele, tem medo de se olhar ao espelho, não confia no tratamento, deixou de tomar medicação, não faz mais o curativo na ferida, refere que como pessoa saudável muito, vive triste e odeia a doença, começou a beber diariamente, não pensa em se mesmo nem na sua família.	perdeu emprego por causa da doença, não desenvolve nenhum tipo de atividade, tampouco deseja fazê-la, papéis primários deteriorados e com a cabeça do lar, nunca foi visitado pela família; cliente em condição asilar.	mal relacionamento com filhos e parentes; com esposa não tem mais relações psíquicas, sociais nem sexuais, o tempo em que esteve internado aparentava estar satisfeito e se relacionando "bem" com os demais.
G	no rosto tem pequenos nódulos, madarose superciliar parcial, mucosa nasal com lesões superficiais, neurites em ambas pernas e braços e dor intensa.	medo de que os colegas e outras pessoas saibam que tem hanseníase, disfarça-o por reumatismo, não deseja ser rejeitado. Medo de perder o emprego.	cliente em condição hospitalar, nenhum comportamento inefetivo identificado.	Nenhum comportamento inefetivo identificado.
H	reação de eritema nodoso, neurites, lesões ulcerativas (braços e pernas), ressecamento da pele, insensibilidade parcial em mãos e pés, acuidade visual diminuída e ambas corneas ressequidas, aneúria hemolítica por DDS (sulfona), gânglios inflamados (línguas), mal estar geral, hipertermia.	no dia da internação demonstrou espanto, medo e chorou ao ver hansenianos com diversas incapacidades e teve grande temor ao ficar igual aos outros; preocupação com o cuidado das crianças menores e o trabalho agrícola.	cliente em condição hospitalar, deixou de ajudar ao marido nas atividades agrícolas, cuidar das crianças menores e das atividades do lar.	quando se internou não quis se relacionar com ninguém, encostou o braço direito sobre o rosto, não quis falar com ninguém e continuava chorando, quando o marido se despede e vai embora.

	ma, nódulos supurados.			
I	nódulos, madarose, pele ressequida, quebradiça e enrugada, manchas cicatriciais no corpo, insensibilidade das mãos em luva e pés em bota, mal perfurante plantar infectado, 10., 20., 30. dedos dos pés com deformidade e neurite.	eu-pessoal e físico deteriorados por causa da doença, insultos e mal tratos por parte da filha adotiva e outros familiares lhe faz sentir feia demais e inservível; medo de perder os pés, insegurança.	cliente em condição hospitalar passando a ter condição asilar.	o relacionamento com a filha adotiva e sua família estava deteriorado desde alguns meses atrás antes de se internar.
J	lesão oftálmica total, não fala mais, só geme quando sente dor, rigides corporal completa, úlceras por pressão infectadas em calcanhares, cotovelos e região coxígea, alimentação, higiene, troca de roupa e cuidado de outras necessidades fisiológicas é feita por outra pessoa (auxiliar, atendente ou enfermeira)	eu-pessoal e eu-físico deformados não explorado por falta de comunicação por parte dela.	cliente em condição asilar não tem família, não desenvolve nenhum tipo de papel a não ser o de doente crônico paralisado.	interdependência anulada limitado a ocupar um espaço deitado na cama do hospital, não tem condições de se comunicar com ninguém.
K	madarose parcial, pele ressequida nas mãos e retração de quarto e quinto dedos, insensibilidade em luvas; dedos dos pés com reabsorção parcial e lesões superficiais na planta.	imagem corporal parcialmente atendida pelas lesões parciais que apresenta, não gosta de lembrar situações críticas que passou por causa da doença.	cliente em condições asilar, comportamentos inefetivos ausente.	perdeu amigos, familiares por causa da doença, foi obrigada a se internar compulsoriamente
L	orelhas infiltradas, mãos insensíveis, ressequida, pés com manchas cicatriciais e calocidades na planta.	medo de ter deformidades e de ficar incapacitada.	no momento papel de cliente hospitalar, porque deixou de continuar as suas atividades rotineiras.	comportamento não identificado
M	madarose, transtornos de sensibilidade da córnea, fotofobia e lacrimejamento, pirâmide nasal deformada, voz fanhosa, mãos insensíveis, manchas cicatriciais de lesões anteriores em todo o corpo, paralisia dos membros inferiores além de pequenas	imagem corporal deformada, chora cada vez que não é compreendida quando fala.	cliente em condição asilar, não tem família nem outros parentes, não desenvolve nenhum tipo de atividade.	internada compulsoriamente, relacionamento com os outros clientes hanseniano é limitado pelo modo de falar incompreensível pela deformidade do nariz.

<p>lesões elevadas, mobilização em cadeira de rodas.</p>	<p>madarose, pele de modo geral ressequida, insensibilidade nas mãos e pés parcialmente,</p>	<p>cliente em condição asilar, é indiferente às coisas que estão acontecendo ao seu redor, limita-se a ficar deitada na cama. Papel de anulado, por iniciativa própria, não faz nada.</p>	<p>internada compulsoriamente pela família, não fala com ninguém, quando lhe perguntam, mal responde com uma ou duas palavras</p>
<p>N</p>	<p>eu-pessoal deformado, hanseníase associada a problema psiquiátrico, desorientada no tempo e por vezes no espaço, do passado lembra poucas coisas, não gosta mais dela, lembra com raiva que tiraram o filho quando nasceu,</p>	<p>cliente em condição asilar, viúva, familiares moram em outros estados.</p>	<p>lamenta não poder caminhar, há 13 anos que não sai para fora do hospital, se tivesse condições de se movimentar (sair de casa) com facilidade, relacionar-se-ia mais facilmente com os demais.</p>
<p>O</p>	<p>hanseníase associada a diabete, madarose, pele ressequida e manchas de anteriores lesões, sobrepeso corporal, mal perfurante plantar e deformidade nos 2 pés, mobiliza-se em cadeira de rodas.</p>	<p>eu-físico deformado e incapacitada para caminhar, percebe-se gorda demais, preocupação constante com o tipo de alimento por causa do diabete e porque soube que o sobrinho também tem hanseníase.</p>	<p>cliente em condição asilar, viúva, familiares moram em outros estados.</p>

ANEXO X

Manifestações clínicas mais frequentes no comprometimento sistêmico da hanseníase (Parte I)			
Localização	Manifestações clínicas		
C A B E	olho	- perda de cílios e supercílios (MADAROSE). - Inversão da borda palpebral (ENTRÓPIO). - Paralisia do músculo orbital levando ao não fechamento do olho (LAGOFTALMO). - Aumento do lacrimejamento por falta de drenagem efetiva da lágrima (EPÍFORA). - Diminuição da sensibilidade da córnea (HIPOESTESIA CORNEANA).	
	nariz	- Aparecimento de nódulos hiperemiados na esclera (ESCLERITES e EPISCLERITES).	
		- Inflamação superficial e profunda da córnea (CERATITES).	
		- Dor, lacrimejamento e perturbação visual (IRIDOCICLITE).	
		- Congestão da mucosa	
C A	- Rinorréia		
	- Obstrução nasal		
	- Anosmia		
	- Ulceração, infecção e perfuração do septo nasal		
	- Desabamento da pirâmide nasal		
Pavilhão auricular	- Secreção, rouquidão, dor, dificuldade respiratória.		
Laringe	- Hansenomas que podem ulcerar-se, infecções secundárias, pericondrite, deformidades.		
M E M B R O S	Pés	- Absorção das falanges distais, médias e proximais (encurtamento dos dedos), fraturas espontâneas.	
		Mãos	- Atrofia, afinamento, absorção desaparecimento dos dedos.

Manifestações clínicas mais frequentes no comprometimento sistêmico da hanseníase (Parte II)

Localização	Alterações Histológicas	Manifestações clínicas
Rins	Glomerulonefrite proliferativa, amiloidose	Albuminúria, insuficiência renal
Fígado	Infiltrado inflamatório misto, amiloidose	Frequentemente ausentes ou hepatite
Baço	Infiltrado granulomatoso, amiloidose	Esplenomegalia
Gânglios linfáticos	Infiltrados específicos	Linfoadenopatia
Testículos e epidídimo	Reação inflamatória no tecido intersticial, túbulos seminíferos, epidídimo; espessamento; hialinização; atrofia; hiperplasia e vacuolização das células de Leydig.	Testículos pequenos ou diminuição do volume testicular; azoospermia, esterilidade; impotência; ginecomastia.
Glândulas supra-renais	Necrose cortical, amiloidose	Ausente
Sistema vascular periférico	Infiltração, espessamento de veias; endoarterite e periarterite	Livedo reticular; insuficiência venosa; flebite hansênica.

FONTE: Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Controle da Hanseníase: Uma Proposta de Integração, Ensino-Serviço. 1989 p. 65-66.

ANEXO XI

TABELA 1

PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E TENDÊNCIA DE HANSENÍASE
MACROREGIÕES E UNIDADES FEDERADAS - BRASIL - 1988

BRASIL UF	PREVALÊNCIA		INCIDÊNCIA		TENDÊNCIA (*)	
	No.	COEF. POR 1000 HAB.	No.	COEF. POR 1000 HAB.	% DE CRESCIMENTO 1969/88 1973/88	
BRASIL	256.979	1,8	26.578	18,4	5,79	5,38
NORTE	60.408	4,5	6.877	5,5	6,13	5,21
RO	2.677	2,6	543	53,3	3,56	5,64
AC	3.541	8,9	317	80,0	0,40	- 2,60
AM	24.510	12,9	1.787	94,3	7,43	7,00
RR	475	4,2	48	42,4	1,42	9,57
PA	13.195	2,8	2.060	43,6	2,93	2,52
AP	1.190	5,0	182	75,8	9,56	5,77
MA	14.820	3,0	1.940	39,0	8,01	5,47
NORDESTE	27.922	0,7	4.556	12,5	10,53	10,60
PI	4.949	1,9	739	28,8	9,27	7,23
CE	2.413	1,2	1.005	16,1	8,26	10,07
RN	522	0,2	130	5,8	17,8	17,76
PB	1.598	0,5	414	13,1	20,8	22,48
PE	7.424	1,0	1.489	20,9	10,71	11,60
AL	734	0,3	131	5,6	16,24	15,76
SE	987	0,7	168	12,3	8,06	5,77
BA	4.295	0,4	480	4,2	12,75	11,39
SUDESTE	109.891	1,7	8.415	13,4	3,61	3,38
MG	37.102	2,4	1.835	12,0	4,28	4,46
ES	7.827	3,2	834	34,0	6,48	3,69
RJ	27.361	2,0	2.360	17,4	6,23	6,96
SP	37.601	1,2	3.338	10,7	0,68	0,64
SUL	26.967	1,2	1.855	8,4	4,54	3,74
PR	20.633	2,4	1.429	16,4	9,93	5,55
SC	2.831	0,7	267	6,2	5,30	7,34
RS	3.503	0,3	159	1,8	- 0,50	- 3,11
C.OESTE	31.791	3,2	4.875	49,6	8,29	6,86
MT	6.711	4,1	1.706	104,7	11,32	10,02
MS	6.734	3,9	527	3,7	-	-
GO	15.860	3,3	2.267	47,8	8,71	7,65
DF	2.486	1,4	375	21,5	- 2,66	- 4,14

FONTE: Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária - População IBGE 1989.

(*) Baseada na incidência anual, nos períodos 1969/1988-1973/1988 (ajuste exponencial) MS e MT são avaliados em conjunto.

TABELA 2

CASOS NOVOS DE HANSENÍASE SEGUNDO GRUPO DE IDADE (0 A 14 E 15 ANOS E

MAIS), BRASIL MACRORREGIÕES E UNIDADES FEDERADAS - 1988

FAIXA ETARIA UF	0 - 14 ANOS			15 ANOS E MAIS			IGNORADO		TOTAL
	Nº.	%	COEF.	Nº.	%	COEF.	No.	%	
BRASIL	2.584	9,7	4,8	23.334	87,8	26,6	132	0,5	26.578 **
NORTE	1.185	17,2	20,4	5.642	82,6	82,0	02	0,1	6.877 ***
RO	58	10,7	15,3	448	89,1	109,3	01	0,2	543
AC	45	14,2	24,9	272	85,8	134,4	--	--	317
AM	415	23,2	48,2	1.372	76,8	139,8	--	--	1.787
RR	...	...	....	.....	.....	.....	...	...	48
PA	383	18,6	18,8	1.677	81,4	68,7	--	--	2.060
AP	27	14,8	24,2	154	84,7	132,2	01	0,5	182
MA	257	13,2	11,7	1.683	86,8	63,3	--	--	1.940
NORDESTE	448	9,8	2,9	3.560	78,2	17,5	68	1,5	4.556 **
PI	60	8,1	5,2	679	91,9	49,0	--	--	739
CE	63	6,3	2,5	942	93,7	26,7	--	--	1.005
RN	04	3,0	0,4	125	76,2	9,7	01	0,8	130
PB	26	6,3	2,0	335	80,9	18,8	53	12,8	414
PE	264	17,7	9,1	1.218	81,8	29,9	07	0,5	1.489
AL	11	8,4	1,1	120	91,6	9,3	--	--	131
SE	20	11,9	3,4	141	83,9	18,7	07	4,2	168
BA	...	...	...	.....	.....	.....	...	...	480
SUDESTE	437	5,2	2,1	7.952	94,5	19,4	26	0,3	8.415
MG	74	4,0	1,3	1.735	94,6	18,5	26	1,4	1.835
ES	37	4,4	4,1	797	95,6	54,1	--	--	834
RJ	177	7,5	4,3	2.183	92,5	23,9	--	--	2.360
SP	149	4,4	1,4	3.237	95,6	15,4	--	--	3.386
SUL	82	4,4	1,1	1.773	95,6	13,0	--	--	1.855
PR	48	3,4	1,5	1.381	96,6	27,4	--	--	1.429
SC	24	9,0	1,5	243	91,0	9,1	--	--	267
RS	10	6,7	0,3	149	93,7	2,5	--	--	159
C.OESTE	432	8,9	10,9	4.407	90,4	76,8	36	0,7	4.875
MT	197	11,5	28,4	1.508	88,4	165,5	01	0,05	1.706
MS	27	5,1	3,9	500	94,9	49,6	--	--	527
GO	185	8,2	9,6	2.047	90,2	32,9	35	1,5	2.267
DF	23	6,1	3,5	352	93,2	32,7	--	--	375

FONTE: Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1989.

População - Sistema de informação de Saúde/Ministério da Saúde.

** Faltam no Nordeste a discriminação dos 480 casos novos da Bahia

* Os Coeficientes foram calculados excluindo-se os casos com idade ignorada (por 100.000 habit.)

*** Na Região Norte falta a discriminação de 48 casos de Roraima.

TABELA 3

CASOS NOVOS DE HANSENÍASE SEGUNDO FORMA CLÍNICA, BRASIL,

MACRORREGIÃO E UNIDADES FEDERADAS - 1988

MACRO REGIÃO U.F	FORMA CLÍNICA								
	V e D		T		I		N/C		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
BRASIL	10.472	39,4	8.520	32,0	7.242	27,2	296	1,1	26.578
NORTE	2.546	37,0	2.438	35,4	1.821	26,5	24	0,3	6.877*
RO	216	39,8	111	20,4	198	36,5	18	3,3	543
AC	141	44,5	98	30,9	73	23,0	05	1,6	317
AM	681	38,1	842	47,1	264	14,8	---	---	1.787
RR	...	....	...	....	...	....	...	....	48
PA	762	37,0	623	30,2	675	32,8	---	---	2.060
AP	55	30,2	103	56,6	23	12,7	01	0,5	182
MA	691	35,6	661	34,1	588	30,3	---	---	1.940
NORDESTE	1.435	31,5	1.894	41,6	1.193	26,2	34	0,7	4.556
PI	233	31,5	299	40,5	205	27,7	02	0,3	739
CE	347	34,5	486	48,4	172	17,1	---	---	1.005
RN	49	37,7	47	36,2	28	21,5	06	4,6	130
PB	156	37,7	146	35,3	100	24,1	12	2,9	414
PE	401	26,9	646	43,4	442	29,7	---	---	1.489
AL	33	25,2	42	32,1	45	34,3	11	8,4	131
SE	42	25,0	69	41,1	54	32,1	03	1,8	168
BA	174	36,3	159	33,1	147	30,6	---	---	480
SUDESTE	3.498	41,6	2.357	28,0	2.508	29,8	52	0,6	8.415
MG	893	48,7	422	23,0	520	28,3	---	---	1.835
ES	257	30,8	209	25,1	368	44,1	---	---	834
RJ	944	40,0	831	35,2	564	23,9	21	0,9	2.360
SP	1.404	41,5	895	26,4	1.056	31,2	31	0,9	3.386
SUL	933	50,4	444	23,9	472	25,4	06	0,3	1.855
PR	689	48,2	341	23,9	395	27,6	04	0,3	1.429
SC	131	49,1	75	28,1	59	22,1	02	0,7	267
RS	113	71,1	28	17,6	18	11,3	---	---	159
C.OESTE	2.060	42,2	1.387	28,5	1.248	25,6	180	3,7	4.875
MT	518	30,4	633	37,1	495	29,0	60	3,5	1.706
MS	290	55,0	91	17,3	126	23,9	20	3,8	527
GO	1.046	46,1	567	25,0	554	24,4	100	4,4	2.267
DF	206	54,9	96	25,6	73	19,5	---	---	375

FONTE: Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1989.

V = Virchowiana, D = Dimórfica, T = Tuberculóide e I = Indeterminada, N/C = sem classificação

* Falta a discriminação de 48 casos de RR