

DOENÇA DE HANSEN: UM ESTUDO DE CASO

Elaine Alves Santos¹
Lucas Humberto Oliveira²
Elisângela Torres³

Resumo: A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instalam no organismo da pessoa infectada podendo se multiplicar, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. **Objetivo:** Tem como principal objetivo o estudo de uma situação clínica, embasado nos conhecimentos técnico-científicos, relacionando-os com a prática exercida em campo. **Metodologia:** Divisão de etapas, onde serão abordados revisão de literatura sobre a patologia (Características gerais da hanseníase; aspectos epidemiológicos; sinais e sintomas; diagnóstico e tratamento), o histórico, exame físico diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução, processo de enfermagem e plano de alta. **Resultados:** O paciente apresenta pele com turgor e elasticidade diminuída, difusamente com áreas de erosão com contornos mal difundidos em face flexora de membro superior direito e palma da mão direita. Lesões hiperkeratóticas com hipercromia em palmas das mãos e plantas dos pés. **Conclusão:** A sistematização da assistência de enfermagem faz uso do método científico na prática assistencial através do processo de enfermagem, avaliando a prática do cuidar na dinâmica de ações sistematizadas interrelacionadas, visando assistência ao ser humano. Com isso, o tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo, fechar a fonte de infecção interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto, estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública, compreendendo o tratamento quimioterápico específico.

Palavras-chave: Bacilo de Hansen; Paciente; Lesões; Tratamento.

INTRODUÇÃO

O estudo de caso é um dos vários modos de realizar uma pesquisa sólida. Outros modos incluem experiências vividas, histórias e a análise de informação de arquivo (como em estudos econômicos). Em geral, estudos de casos se constituem na estratégia preferida quando o "como" e/ou o "por que" são as perguntas centrais, tendo o investigador controle sobre os eventos, e quando o enfoque está em um fenômeno contemporâneo dentro de algum contexto de vida real. Estudos de casos podem ser classificados de várias maneiras: explicativos, cognitivos, expositivos. Porém o que iremos tratar neste trabalho é "estudo de caso explicativo" (ZILBOVICIUS, 2005).

O presente estudo foi realizado em uma instituição hospitalar Filantrópica em Salvador, durante a prática da disciplina Enfermagem Fundamental II, no período compreendido entre 20 de Abril a 20 de Junho de 2006. O estudo de caso teve como base observações, experiências e

¹ Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Católica do Salvador - UCSal

² Estudante de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Tecnologia - FTC

³ Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Tecnologia - FTC

coleta de dados que foram realizadas durante a prática de enfermagem, através da aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e reavaliar o conhecimento teórico-prático.

Foi escolhido para este estudo de caso o paciente N. D, admitido nesta unidade hospitalar dia 11 de Julho de 2005, por apresentar diagnóstico médico de Hanseníase. A motivação para realização deste estudo se deve, inicialmente, pelo desconhecimento da patologia envolvida, pelo acompanhamento do paciente durante o estágio, onde foram realizados exame físico, evolução e curativo pelos discentes.

Diante disso, traçamos como objetivo geral um estudo de uma situação clínica, embasado nos conhecimentos técnicos-científicos, relacionando-os com a prática exercida em campo.

Este trabalho será dividido em etapas, onde serão abordados revisões de literatura sobre a patologia (Características gerais da hanseníase; aspectos epidemiológicos; sinais e sintomas; diagnóstico e tratamento), o histórico, exame físico diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução, processo de enfermagem, plano de alta, bem como as considerações finais acerca do estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

Características Gerais da Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. (CAMPOS et al, 2000).

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasito obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar em média 11 a 16 dias. (FFYTCHÉ, 1998; EBENEZER, 2000).

Aspectos Epidemiológicos

O *M. leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é, infecta muitas pessoas, no entanto poucas adoecem. O contágio ocorre por uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que elimina para o meio exterior, contagiando pessoas susceptíveis. A principal via de eliminação do bacilo são as vias aéreas superiores, ou trato respiratório. No entanto, é necessário contato direto com a pessoa doente não tratada.

O aparecimento da doença pode ocorrer após um longo período de incubação, de 2 a 7 anos. A hanseníase pode atingir pessoas de ambos os sexos, no entanto raramente ocorre em crianças. Há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 12-13).

Sinais e Sintomas

A hanseníase manifesta-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, que podem levar à suspeição diagnóstica da doença. As alterações neurológicas não tratadas adequadamente podem levar a incapacidades físicas, evoluindo, assim, para deformidades. As lesões dermatológicas mais comuns são: manchas pigmentares ou discrômicas, placas, infiltração, tubérculo e nódulos. Essas lesões podem localizar-se em qualquer região do corpo, com maior

freqüência na face, nádegas, orelhas, costas e pernas, causando uma alteração da sensibilidade, que é uma das características que a diferencia das outras lesões dermatológicas, seguido de sintomas como: dores, espessamento dos nervos periféricos; perda da sensibilidade nas áreas inervadas e perda de força nos músculos inervados.

As lesões neurológicas manifestam-se através de processos inflamatórios nos nervos periféricos, “neurites”, e podem ser causadas pela ação do bacilo no nervo ou como reação do organismo ao bacilo. Os achados no paciente, foram confrontados como visto na “Tabela 1”.

Tabela 1: Quadro comparativo das manifestações clínicas trazidas pela literatura e achados no paciente.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS TRAZIDAS PELA LITERATURA EM RELAÇÃO À HANSENÍASE	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS PELO PACIENTE COM HANSENÍASE
Manchas pigmentares ou discrômicas	SIM
Placa	NÃO
Infiltração	SIM
Nódulo	SIM
Dor e espessamento dos nervos periféricos	NÃO
Perda da sensibilidade e força muscular nas áreas inervadas	NÃO

DIAGNÓSTICO

Em se tratando de uma doença infecto-contagiosa granulomatosa de evolução insidiosa e grande potencial incapacitante, o diagnóstico precoce deve ser o primeiro objetivo das ações de controle da hanseníase, principalmente a partir das manifestações clínicas da doença. Ressalta-se a superioridade do diagnóstico clínico através do exame demato-neurológico, complementado pelos testes e exames laboratoriais, tal como: a baciloscopia deve ser realizada em todos os pacientes com suspeita clínica de hanseníase, entretanto, nem sempre evidencia-se *M. leprae* nas lesões hansenianas ou em outros sítios de coleta. O resultado é importante no diagnóstico, assim como no auxílio à classificação do paciente no espectro clínico da hanseníase.

Na anamnese importa a sintomatologia neurológica e os sinais cutâneos, bem como a duração, localização e evolução das lesões existentes e a história epidemiológica, incluindo a procedência do doente e a fonte provável de infecção. No exame clínico as condições de iluminação e a orientação do paciente são imprescindíveis para a valorização dos resultados dos exames. O primeiro passo é a inspeção para a identificação das áreas acometidas. Toda a superfície cutânea deve ser examinada. No exame dermatológico devem ser investigadas: manchas, nódulos, infiltrações, placas, alopecia localizada, ulcerações e calosidades, que podem estar presentes nas diferentes formas da hanseníase.

Para o exame neurológico procedem: a pesquisa de sensibilidade nas lesões ou áreas suspeitas, apalpação dos principais nervos periféricos, e a verificação da integridade anatômica e avaliação motora, das mãos, pés e face.

É importante ressaltar duas situações no comprometimento neurológico: os episódios reacionais, que podem ser acompanhados de neurites agudas ou subagudas, cujos sintomas são: dor, alteração da sensibilidade (parestesias ou hipoestesia) e diminuição da força muscular e /ou da precisão de movimentos. A neurite silenciosa pode cursar com a evolução da hanseníase sem sintomatologia neurológica, mas com sinais que o profissional, nas avaliações sintomáticas,

através de mapeamentos seqüenciais, pode detectar e tratar, impedindo a instalação de incapacidade física.

Para cada um dos nervos deve-se procurar a presença de dor espontânea ou provocada pela apalpação, aderência aos planos adjacentes e espessamento - aumento do diâmetro ou modificação na textura dos nervos, atentando sempre para comparação com o lado oposto.

A sensibilidade normal depende da integridade dos nervos e das finas terminações nervosas que se encontram sob a pele. A sensibilidade é fundamental para a preservação e para a função dos olhos, mãos e pés. Na presença de alterações sensitivas mínimas, a conduta oportuna pode reduzir os riscos de perda da sensibilidade protetora.

Por este motivo, é importante, para fins de prevenção, poder detectar precocemente essas lesões. Para a realização da pesquisa de sensibilidade são necessárias algumas considerações: explicar ao paciente o exame a ser realizado, certificando-se de sua compreensão para obter a sua colaboração; concentração do examinador e do paciente; ocluir o campo de visão do paciente; selecionar aleatoriamente a seqüência de pontos a serem testados; tocar a pele deixando tempo suficiente para o paciente responder; repetir o teste para confirmar os resultados em cada ponto; na presença de calosidades, cicatrizes ou úlceras, realizar o teste em área próxima, dentro do mesmo território específico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 17-29).

TRATAMENTO

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo, fechar a fonte de infecção interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto, estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública. O tratamento integral de um caso compreende o tratamento quimioterápico específico - a poliquimioterapia (PQT), seu acompanhamento, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença, e a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas.

Para a indicação dos esquemas de polioquimioterapia (PQT / OMS), o paciente deverá ser classificado operacionalmente para fins de tratamento de acordo com os métodos diagnósticos em paucibacilares e multibacilares.

Paucibacilares (PB)

Clínico: pacientes classificados como indeterminados e tuberculóides, segundo a classificação de Madri. Baciloscópicos: pacientes com todos os esfregaços examinados negativos (índice baciloscópico igual a zero (IB=0) ou baciloscopia negativa).

- Esquema padrão - PQT/OMS

Rifampicina (RFM) - 600mg uma vez por mês supervisionados.

Dapsona (DDS) - 100mg uma vez ao dia, auto-administrado.

Duração do tratamento: seis doses supervisionadas, obedecendo aos critérios de regularidade.

Multibacilares (MB)

Clínico: pacientes classificados como virchowianos, dimorfos segundo a classificação de Madri, e os não classificados. Baciloscópico: pacientes com baciloscopia positiva (+, ++, +++) em qualquer um dos esfregaços examinados, ou seja, qualquer resultado diferente do negativo.

Esquema padrão - PQT/OMS

Rifampicina (RFM) - 600mg uma vez por mês supervisionados.

Clofazimina (CFZ) - 300mg uma vez por mês supervisionados; + 100mg em dias alternados ou 50mg diários auto-administrados.

Dapsona (DDS) - 100mg.

A regularidade na tomada mensal supervisionada das drogas é fundamental para o êxito da terapêutica poliquimioterápica. O paciente será aprazado para retorno ao ambulatório a cada trinta dias para a tomada de dose supervisionada. Esses aprazamentos deverão ser em datas fixas, tendo como base a data que o paciente tomou a primeira dose supervisionada. Considerar como faltoso ao aprazamento (dose do mês em curso) o paciente que ultrapassar o período de quinze dias de falta, a contar do dia aprazado (falta-dose) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, P.30-37).

SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM

A sistematização da assistência de enfermagem faz uso do método científico na prática assistencial através do processo de enfermagem, avaliando a prática do cuidar na dinâmica de ações sistematizadas interrelacionadas, visando assistência ao ser humano, através das fases: histórico de enfermagem, anamnese e exame físico; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem; plano assistencial; evolução de enfermagem; prognóstico de enfermagem: Plano de alta (WANDA HORTA, 1970). Os diagnósticos de Enfermagem foram ordenados como visto na “Tabela 2”.

Tabela2: Diagnósticos de enfermagem correlacionados com base American Nursing Diagnosis Association (NANDA), onde foram abordadas as Necessidades Humanas Básicas alteradas, bem como suas características definidoras e fatores relacionados.

PROBLEMAS	NHB	DIAG. ENFERMAGEM/ CARACT DEFINIDORAS/ FATORES RELACIONADOS
Paresia em MMII.	LOCOMOÇÃO	Mobilidade física prejudicada evidenciada por dificuldade para virar-se relacionado à força, controle ou massa muscular diminuídos.
Ferida em MIE.	LOCOMOÇÃO	Integridade tissular prejudicada evidenciada por tecido lesado ou destruído (ex: córnea, membros, mucosas, pele ou subcutâneo) relacionado a déficit de conhecimento.
Turgor e Elasticidade diminuída.		Risco para integridade da pele prejudicada relacionado a alterações no turgor da pele (mudanças na elasticidade).

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

O paciente N. D, 55 anos, sexo masculino, mulato, natural e procedente de Salvador – Ba, aposentado, solteiro. Católico, foi admitido na instituição hospitalar em 11 de Julho de 2005, devido à Hanseníase.

Em antecedentes patológicos apresenta hipertensão arterial sistêmica, nega Diabetes *mellitus*, cardiopatia, neoplasias, alergias. Informa já ter sido antes internado, devido ao etilismo e tabagista. Nega cirurgias.

No hábito de vida foi tabagista durante 11 anos (1 carteira por dia), etilista durante 15 anos (frequência variável de meia garrafa dia), abstinência há quase 10 anos; informou que quando jovem praticava atividade física (futebol). Na história social, o paciente mora com o pai em condições razoáveis de moradia.

História pregressa da moléstia atual informa que foi iniciada a partir de um acidente que lhe foi acometido. Reage a foto sensibilização, nega uso prévio de medicações, febre.

No exame físico o paciente encontra-se em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e no espaço, eufórico, afebril, normotenso e normoesfigmia, anictérico e corado. Exame da cabeça e pescoço não há presença de rarefação capilar e de sombrancelhas, linfonodos palpável em cadeia axilar, bilateral sem alterações patológicas, não palpáveis em cadeias pré-auriculares, submandibular, cervical e supra clavicular.

Apresenta pele com turgor e elasticidade diminuída, difusamente com áreas de erosão com contornos mal difundidos em face flexora de membro superior direito e palma da mão direita. Lesões hiperqueratóticas com hiperemia em palmas das mãos e plantas dos pés.

O aparelho respiratório com boa expansibilidade, murmúrios ventriculares bem distribuídos com presença de roncos esparsos. Aparelho cardiovascular apresenta precórdio calmo e *ictus cordis* não palpável, sem sopros. Abdome plano ruído hidro aéreo presente, indolor à palpação superficial e profunda. O fígado não palpável. Extremidades bem perfundidas e aquecidas sem presença de edema. Não se refere queixa. Aferido SSVV= T=36,2; P=73bpm; T. A=110x70mmHg; R=20inc/min.

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

As prescrições de enfermagem são intervenções de enfermagem, representam qualquer cuidado ou atendimento direto que a enfermeira realiza em benefício de um cliente. Esses tratamentos incluem aqueles iniciados pela enfermagem a partir dos seus diagnósticos, tratamentos iniciados pelos médicos a partir de diagnósticos médicos e a realização de rotinas diárias essenciais para o cliente que não pode fazer. (BULECHEK & MCCLOSKEY, 1989 apud CARPENITO, 2002). As prescrições de Enfermagem para o paciente em questão foram descritas na “Tabela 3”.

Tabela 3: Representação dos diagnósticos de enfermagem, prescrição, justificativa e aprazamento .

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO	JUSTIFICATIVA	APRAZAMENTO
Mobilidade física prejudicada.	Ensinar a realizar exercícios de amplitudes de movimentos ativos nos membros não-afetados.	Fazer um trabalho de fortalecimento e restauração do funcionalmente para uma locomoção, bem como na prevenção da deterioração e diminuir do déficit do risco para lesões.	4 vezes ao dia.
Integridade da pele prejudicada	Avaliar a situação da úlcera. (Tamanho, profundidade, bordas exploração interna), esta avaliação é para uma melhor realização do curativo.	Tratar a ferida para não acometer mais o membro, facilitar o tratamento da paresia para sua locomoção e melhorar a auto-estima do paciente	Quantas vezes for necessário.
Risco para integridade da pele prejudicada.	Manter a ingestão suficiente de líquidos, manter a cama toda reta para reduzir possível deslizamento, troca de decúbito e ensinar os familiares sobre as técnicas específicas para a prevenção de úlceras de pressão.	Evitar o risco de lesão tissular por conta da sua prostração	De 2 (duas) em 2 (duas) horas.

PLANO DE ALTA

O processo para preparar a alta hospitalar precoce e a possível necessidade de cuidado de acompanhamento no lar, o planejamento de alta começa com a internação do paciente. Os planos de cuidados são definidos como documentos redigidos à mão, abordando o problema, as metas e as intervenções. Os planos de cuidados são um método de comunicação de um cliente para a enfermeira que presta esses cuidados (CARPENITO, 2002).

O processo envolve a identificação das necessidades do paciente e a criação de um plano completo para atendê-las. Para a comunicação e a cooperação do paciente e da família (BRUNNER & SUDDARTH 2002), é necessário:

- Verificar as prescrições escritas e outras instruções médicas para a alta.
- Se informar sobre a existência ou não de novas ordens médicas que precisam ser executadas.
- Revisar as instruções de alta e finalizar o ensino da saúde.
- Orientação da família e o paciente sobre a importância da continuação do tratamento medicamentoso.
- Orientar sobre a dieta e ingestão de líquido.

- Orientar a família sobre o diagnóstico encontrado e os cuidados devidos.
- Documentar a alta e registrar data, horário, condição no momento de alta, resumo das instruções da alta, meio de transporte, identidade das pessoas que acompanharam o paciente.
- Entregar o resultado dos exames e receitas, fazendo orientações quanto ao uso de medicações e retorno para revisões.

CONCLUSÃO

Ao concluir-se este trabalho, podemos perceber a importância e necessidade da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que nos possibilitou ampliar o nosso conhecimento em relação à patologia descrita no estudo de caso e colocar em prática os conhecimentos adquiridos no decorrer do semestre de 2006.1, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca da patologia, e através dos referenciais teóricos, entendermos as características e fatores relacionados à doença.

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, W. R.; RODRIGUES, C. A. F.; ORÉFICE, F. **Hanseníase**. In: Oréfice F. Uveíte: clínica e cirúrgica. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica; 2000. vol.1 p. 341-66.
- CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8º ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- EBENEZER, G. J.; EBENEZER, D. **Pathology of a lepromatous eye**. Int J Lepr 2000; 68: 23-6.
- FFYTICHE, T. J. **The prevalence of disabling ocular complications of leprosy: a global study**. Indian J Lepr 1998; 70: 49-59.
- HORTA, W. Teoria das Necessidades Humanas Básicas. 1ª ed. São Paulo: Epu, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5º edição. RJ; Guanabara Kogan, 2001.
- ZILBOVICIUS, M. Modelos de Produção e Produção de Modelos in **De JK a FHC: A reinvenção dos carros no Brasil**. Notas de aulas de Teoria das Organizações e Organização do Trabalho, disponível em <http://recep.linkway.com.br/download/estudo.pdf>, acesso em 05 de Junho de 2006.

ANEXOS 1

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A evolução de enfermagem é a etapa no processo de enfermagem em que a enfermeira redireciona continuamente o cuidado de enfermagem. A finalidade do cuidado de enfermagem é auxiliar o cliente na resolução dos problemas reais de saúde, prevenir a ocorrência dos problemas potenciais e manter um estado saudável. (POTTER & PERRY, 2001).

02/05/06 – 8:00- Paciente 55 anos, ao 294º DIH, devido seqüela de hanseníase, lúcido, orientado no tempo e no espaço, verbalizando, apresentando boa aceitação da dieta, eupneico, normotenso, afebril, e normoesfigmia, pele com turgor e elasticidade diminuída, mucosas normocrômicas, boas condições de higiene, sem gânglios palpáveis, tórax simétrico com boa expansibilidade, murmúrios vesiculares audíveis, bulhas cardíacas normofonéticas, abdome plano e indolor à palpação, apresentando MMII eutróficos sem edema, paresia em MMII, extremidades aquecidas e perfundidas. SSVV: T=36,0; P=81bpm; T.A=100x70mmHg; R=20inc/min.

9:00 - Encaminhado para curativo, em MIE, apresentando tecido de granulação, fibrina, com secreção serosanguinolenta, seqüela de AVC no MMSE, algia. Realização de curativo com SF 0,9% para limpeza do local, com administração de dersani.

9:30- banho de sol.

22/05/06 - 8:00- Paciente 55a lúcido, orientado no tempo e no espaço, verbalizando, eupneico, normotenso, afebril, e normoesfigmia, pele com turgor e elasticidade diminuída, mucosas normocrômicas, boas condições de higiene, sem gânglios palpáveis, tórax simétrico com boa expansibilidade, murmúrios vesiculares audíveis, bulhas cardíacas normofonéticas, abdome plano e indolor a palpação, apresentando MMII eutroficos sem edema, paresia em MMII, extremidades aquecida e perfundidas, boa aceitação da dieta, eliminação presente, não refere queixas. SSVV: T=36,2; P=73bpm; T.A=110x70mmHg; R=20inc/min.

9:00- Encaminhado para curativo, em MIE, drenando secreção serosanguinolenta, apresentando tec. De granulação e rede de fibrina. Realização de curativo com SF 0,9% para limpeza do local, com administração de dersani.

9:30- banho de sol.

ANEXO 2

MEDICAMENTOS PRESCRITOS.

- **Paracetamol** 200mg/ml 15ml gotas.

OBS: Se dor ou febre.

- Apresentação:

Paracetamol comprimidos 500mg- Envelope com 10 comprimidos.

Paracetamol solução oral gotas- Frasco com 20ml.

- Via:

Oral.

- Mecanismo de ação:

Reduz a febre atuando no centro regulador da temperatura no sistema nervoso central (SNC) e diminui a sensibilidade para a dor.

- **Oleo de amêndoa.**

OBS: após banho usar no corpo para melhorar a hidratação da pele.

- Via: Tópica.

- **Captopril** 25mg comprimido.

OBS: Usado para diminuir a pressão sistólica e diastólica.

- Via: Oral.

- Mecanismo de ação:

Os inibidores da ECA (por exemplo, CAPOTEN) são considerados mais efetivos na redução da pressão arterial em pacientes com atividade de renina plasmática normal ou alta. Como esta atividade pode diminuir com o aumento da idade, os efeitos dos inibidores da ECA (diminuição da pressão arterial) podem ser menores em pacientes idosos.

- **Carbamazepina** 200mg comprimido.

OBS: tratamento de algumas doenças neurológicas

- Via: Oral.

- Mecanismo de ação: Auxilia no controle das transmissões de mensagens, regula as funções do sistema nervoso e também controla as outras doenças neurológicas.

- **Sulfato ferroso** 300mg dragea.

- OBS: Usado para pacientes com pressão alta.

- Via: Oral.

- Mecanismo de ação: Age diminuindo os impulsos do sistema nervoso central que aumentam a pressão arterial.

- **Monossulfiram** 80g sabonete

OBS: no banho. Via: Tópica.