

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM FOTOSSENSIBILIZAÇÃO

Laurinda Madureira Gandolla *
Lídia Pinheiro da Cruz **
Maria Lúcia Colacioppo A. de Souza ***
Terumi Shingai ****

RBEEn/08

GANDOLLA, L.M., CRUZ, L.P., SOUZA, M.L.C.A. e SHINGAI, T. — Assistência de enfermagem ao paciente com fotossensibilização. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 29 : 71-80, 1976.

I. INTRODUÇÃO

Fotossensibilização é a reação anômala da pele em presença da luz solar. A fotossensibilização constitui um grande capítulo da Dermatologia pois além dos aspectos clínicos, envolve também a problemática social. No capítulo da fotossensibilidade, vamos encontrar afecções cutâneas e sistêmicas, assim como cutâneo-sistêmicas cujas características estão associadas a vários fatores. Esses fatores participam conjuntamente com as radiações solares, conhecidas afecções cujo desencadeamento não decorre tão somente da ação dos raios solares sobre a pele, mas também da ação deles associados a outros. Disto se conclui que existem agentes fotossensibilizantes de origem metabólica, como as porfirinas e

pigmentos biliares, que podem estar ainda associados a produtos cosméticos, medicamentos tópicos e sistêmicos.

As fotodermatoses causadas ou influenciadas pela luz solar, compreendem as lucites e as fotodermatites, cujas manifestações podem ter características inflamatórias ou degenerativas.

Quanto às radiações luminosas, o que nos interessa diz respeito à dimensão das ondas que como já se sabe, são variáveis e estão entre 4.000 e 14.000 angstroms. De 4.000 a 8.000 angstroms, seu efeito é calórico e eritemiforme e aqui estão classificados os raios ultravioletas. Os raios infravermelhos atingem até 14.000 angstroms, cuja ação é mais calórica e de duração efêmera; excepcionalmente causa reação cutânea eritemiforme.

As radiações com ondas menores, par-

* Supervisora de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

** Enfermeira Chefe da Clínica de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

*** Enfermeira da Clínica de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

**** Enfermeira Encarregada da Clínica de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ticularmente as ultravioletas provocam dermatoses com mais freqüência, sendo as responsáveis pelos efeitos actínicos tardios e de aspecto e morfologia variados.

Existem dois tipos de mecanismos conhecidos e estudados na fotossensibilização. O primeiro deles, diz respeito a certos corantes que se localizam na membrana celular e sob ação de determinado comprimento de ondas, causam alterações foto-oxidantes, com perda ou protusão citoplasmática.

O segundo, está relacionado às porfirinas que se fixam no lisossoma e absorvem as radiações, as quais têm manifestações lesivas à pele.

Lembramos ainda, que entre as fotodermatoses degenerativas, existem as decorrentes de involução natural, geralmente na 4.^a década de vida, em áreas não expostas. Em ambas, há atrofia celular com adelgaçamento e sequidão cutânea. Nas áreas expostas ocorrem várias modificações, que são descritas em Dermatologia como manifestações de distrofias cutâneas involutivas.

Nesta apresentação, vamos agrupar várias fotodermatoses, descrevendo-as de forma genérica. A nossa finalidade é caracterizar as oportunidades de ação da enfermagem.

1. Fotodermatose de origem predominante solar:

Elastose solar:

Alterações cutâneas constituídas por espessamento e consistência coriácea, cor amarelada e superfície sulcada como casca de laranja. Isto se deve às alterações degenerativas do tecido elástico e cológeno da pele. Há a forma solitária, localizada na nuca; é a chamada cútis romboidal. Na face, há outro aspecto observado cuja elastose se associa a quistos e comedões.

— Leucoderma solar: consiste em le-

sões atróficas e acrômicas, localizadas em áreas expostas, particularmente antebraço e pernas. A extensão das lesões é em média de 0,3 centímetros de diâmetro. Esta fotodermatose é mais freqüente em pessoas morenas claras e brancas, quando se expõem demasiadamente ao sol.

— Melanoma solar:

Apresenta-se em manchas de cor castanho clara ou escura, na face, antebraço e áreas expostas.

— Poiquilodermia solar:

Caracteriza-se pela formação Reticulodoteleangiectásico nas partes laterais do pescoço e região infra-hioidéia, poupando geralmente área triangular supra hióide. Esta fotodermatose é mais comum em indivíduos de pele branca.

— Prurido solar:

Também chamado de estival ou de veraneio, apresenta-se sob variante clínica, consistindo de cero-pápulas, pequenas, muito pruriginosas, disseminadas, podendo estar encimadas por vesículas.

— Queratose solar:

Está associada de perto ao melanoma solar 1-3, podendo ser o início de neoplasia cutânea.

— Queimaduras solar:

Afecção muito fácil de ser observada, principalmente em incautos e sedentos de praia. A queimadura solar varia do eritema até ao quadro clínico grave, com flictena.

São fatores causais:

- a) — tempo de exposição;
- b) — exposição prévia;

- c) — tipo de pele (características individuais);
- d) — predisposição hereditária;
- e) — espessura das camadas da córnea;
- f) — quantidade de pigmento melânico;
- g) — qualidade e intensidade dos raios;
- h) — hipersensibilidade específica;
- i) — hipersensibilidade por fotossensibilizante;
- j) — suscetibilidade individual.

A vermelhidão e queimação local imediatos, decorrem da ação dos raios caloríficos, enquanto que os raios ultravioletas agem (somente após ter decorrido algum tempo de exposição). Os indivíduos de cor branca são muito suscetíveis, sendo necessário, como profilaxia, a exposição progressiva, associada ao uso de cremes antiactínicos. Esses raios são mais lassíveis e responsáveis por fiteñas, descamação, pigmentação, eczema e urticária solar. A fumaça, as nuvens pouco espessas, quando presentes acentuam a ação solar, que não conseguem filtrar os raios ultravioletas, explicando-se o eritema solar nos dias nublados. Quando há sensibilidade cutânea específica, a exposição menos prolongada produz reações mais intensas. A pele defende-se do sol por dois meios principais a saber: aumento de espessura da camada da córnea e aumento da quantidade de pigmento.

Os negros defendem-se muito bem devido à pigmentação, os louros defendem-se mal, os morenos defendem-se regularmente aos raios solares. A pele seca, que não teve exposição prévia gradual, reage mais acentuadamente. O estudo histológico da pele evidencia reação de hiperemia inflamatória, edema e alterações degenerativas e até necróticas dos feixes colígenos e elásticos. A ação persistente dos raios solares acabam determinando envelhecimento precoce da pele, que se torna seca, atrófica, favorecendo a que-

ratose senil e a degeneração epiteliomatosa. A propósito da ação degenerativa dos raios solares, é bom lembrar a incidência dos carcinomas cutâneos em povos da mesma raça, cuja exposição ao sol é mais intensa e prolongada.

A frequência da degeneração carcinomatosa é maior nos albinos, regular nos morenos e rara nos negros.

A água, a neve e a areia muito claras reforçam a ação dos raios solares.

— Urticária solar:

É afecção caracterizada por placas urticariformes que aparecem de preferências nas áreas descobertas, após exposição solar. São pruriginosas e de duração efêmera. Podem ocorrer em qualquer época da vida, principalmente em pessoas do sexo feminino. É uma sugestiva associação com fatores precipitantes como, picadas de insetos e procedimentos cirúrgicos.

2. Dermatites por fotossensibilidade ou afecções que recebem interferência da luz solar: — Este grupo compreende o quadro de eritema, pigmentação, erupções eczematosas de áreas expostas, devido a agentes fotossensibilizantes e exposição à luz solar.

Os fotossensibilizadores, podem se ativar de três formas a saber:

— Tópicos, como os perfumes, água de colônia (contendo óleo e derivados de bergamota) — frutas cítricas (gotas de limão na pele exposta ao sol, levam a manchas de aspecto doentio); figo, alpo, cenoura branca, plantas do grupo umbelífera, probetozimas e os derivados de alcatrão e hulha.

— Sistêmico, como os derivados de fenotiazinas, diuréticos, antibióticos, cloroquinas, ouro e quinino.

— Tópico e sistêmico: as sulfas que em algumas combinações podem estar presentes em ambas as formas anteriores.

— Para facilidade didática, diríamos

que fotossensibilidade e drogas, nada mais são que a reação anormal da pele, diante da luz solar, quando da foto-aplicação tópica, oral ou parenteral de substâncias fotodinâmicas com fins diagnósticos ou terapêuticos.

a) Para o lado das fototoxidades é interessante observar:

Possível ocorrência em todos os indivíduos;

É ativada somente por um determinado comprimento de ondas;

Sem período; refratário;

Reação local semelhante à queimadura solar;

Hiperpigmentação freqüente;

Desaparecimento da reação cutânea com a suspensão do agente desencadeante;

Reação local eritematosa com hiperpigmentação ao teste de fotocontato;

Não medicada de anticorpos celulares.

b) Foto-alergia:

Não ocorre em todos os indivíduos;

O comprimento da onda é variável;

Pode ter período refratário;

Eritema solar exagerado, reação eritematosa;

Pode ocorrer à distância;

raramente hiperpigmentado;

persistência da reação na ausência do agente desencadeante;

Reação eczematosa ao fototeste;

Prováveis anticorpos celulares.

Compreendendo este grupo, destacamos as seguintes afecções:

a) Herpes simples, cujo aparecimento está associado à exposição à luz solar. É uma afecção cutânea causada por vírus. Há geralmente lesões gengivo-estomatite e vulvo-vaginite, mais comum em crianças. O quadro inicial é dramático mas a evolução é geralmente boa.

b) Síndrome de Hartnup: esta síndrome, em alguns aspectos, confunde-se

com a pelágia, é afecção genodermatosa por ação solar.

c) Lupus eritematoso: é desencadeado ou afetado pela luz; Prof. Sebastião de Almeida Prado Sampaio* diz: "O papel desencadeante da luz é freqüentemente observado". Há duas formas de lupus eritematoso, o fixo ou discóide e o disseminado ou sistêmico. Na primeira forma é caracterizado por lesões cutâneas sem sintomas gerais. Na segunda apresenta lesões cutâneas e sistêmicas. As lesões se localizam geralmente na face, formando o Vespertílio ou asa de borboleta, podendo atingir o lábio, o pescoço e couro cabeludo; é menos freqüente em outras regiões do corpo, caracteriza-se por eritema rosáceo ou violeta, descamação e atrofia cicatricial de evolução lenta, evolui excentricamente com bordas eritemato-escamosa, cujo centro torna-se atrófico cicatricial. Há pigmentação residual e telangectasias. O lupus eritematoso é bem descrito no capítulo das colagenosas.

d) Pelágia: é doença metabólica caracterizada por diarreia, dermatite e demência (30) que se desenvolve em pacientes desnutridos. Além dos 30 o pelágico apresenta outros sinais de avitaminose e carências múltiplas e não somente de ácido nicotínico, mas também de outros elementos do complexo B, elementos protéicos e minerais. A luz solar é fotodesencadeante e localizadora da pelágia. Devido às precárias condições a que nos referimos, a pressão, o calor e o atrito, podem causar lesões nas partes não expostas.

Em nosso meio, a pelágia está quase sempre ligada ao alcoolismo crônico. A pelágia pode se manifestar também em pacientes de classe abastada devido a regimes violentos mal orientados para emagrecimento e também ao alcoolismo crônico. Pode aparecer ainda nos de-

* Catedrático de Dermatologia do Hospital USP.

das Clínicas da Faculdade de Medicina da

mentes que não se alimentam por negativismo.

A fotossensibilização pelagiosa é caracterizada por eritema, descamação seguida de hiperpigmentação. As lesões dermatológicas aparecem primeiro, sendo que os sintomas gerais são mais tardios. Procedendo as lesões dermatológicas, os pacientes referem sintomas vagos como desânimo, mal-estar geral, tristeza. As lesões cutâneas, de início, se apresentam em forma de eritema franco, nas partes expostas à radiação solar; o mesmo se torna logo escurecido, violáceo, surgindo em seguida as demais lesões representadas por edema, flictenas, sufusões hemorrágicas, hiperpigmentação e atrofia da pele; nas partes expostas. No rosto apresenta-se como uma máscara, aproximando-se do couro cabeludo. No pescoço forma o colar que dispõe em V na parte posterior do tórax.

Os sintomas gerais, como já nos referimos, são acentuados no aparelho digestivo; há lesões da mucosa, sendo comum a estomatite angular com edema doloroso da mucosa bucal e concomitantemente aparecem as alterações linguais, havendo também alterações atróficas da mucosa gástrica e intestinal, daí o motivo da diarréia. O paciente apresenta alterações neurológicas e psiquiátricas acentuadas, sem contudo estarem as mesmas bem definidas por estudo anatómico do encéfalo. Aparece o quadro de neosites do tipo carencial. Os casos de comprometimento grave do sistema nervoso ainda evoluem para óbito tanto quanto os digestivos, quando não forem bem conduzidos. As manifestações do tipo beribéri são comuns, geralmente aparecendo o mal perfurante plantar, semelhante a uma infecção traumática da planta dos pés. Epidemiologicamente podemos dizer que em nosso País, por ser de clima tropical, ela ocorre o ano inteiro. Está presente também em todos os países, desde que haja condições que favoreçam o seu desencadeamento, prin-

cipalmente no verão e primavera, estações em que a luz solar e a radiação são mais intensas.

e) Porfiria — é doença metabólica, devido à alterações do metabolismo das porfirinas. Porfirinas são pigmentos róseos fluorescentes à luz ultravioleta, e que participam da constituição de enzimas respiratórias e da hemoglobina. As porfirinas são metabolizadas principalmente no fígado e excretadas na bile. Há basicamente dois tipos de porfirina que se distinguem da seguinte forma: — quando há excessos de produção na medula óssea, é a chamada porfiria aritropoiética. Quando se verificam alterações metabólicas da porfirina ao nível do fígado, recebe o nome da porfirina hepática. A principal manifestação clínica da porfiria é a fotossensibilização intensa. Felizmente a porfiria é afecção rara pois envolve um aspecto social grave, devido a impossibilidade do paciente se expor à claridade, tão intensa é a fotossensibilização. As porfirinas caracterizam as formas seguintes de manifestação:

— Porfiria eritropoiética ou hepática: É afecção de característica familiar, provavelmente por herança mendeliana recessiva. Há anemia hemolítica e esplenomegalia. As manifestações cutâneas se apresentam em forma de fotossensibilidade com flectenas, ulcerações e cicatrizes nas áreas expostas. Os dentes e a urina apresentam cor vermelha com fluorescência à luz ultravioleta. Há acentuada excreção urinária de uroporfirinas coproporfirina. Como características epidemiológicas, assinalamos que, com exceção da ocorrência em alguns adultos que chegaram a sobreviver, é mais freqüente em jovens, que raramente atingem a idade adulta.

— Protoporfiria eritropoiética: Esta forma consiste na elevação acentuada das protoporfirinas nos eritrócitos e nas fezes, não havendo contudo, alterações na excreção urinária. A fotossensibilida-

de é manifestada por placas, eritema, urticárias e vesículas nas faces e mãos. Como particularidade epidemiológica, trata-se de uma afecção familiar rara.

— Porfiria hepática aguda — nesta forma não há manifestações cutâneas nem fotossensibilidade. Há manifestações abdominais graves, sendo por vezes necessário recorrer a laparotomia exploradora; ou as manifestações são do lado neurológico com características bastante graves. A urina fica vermelha e com fluorescência algum tempo após a micção.

Esta forma como as demais é familiar e ocorre no adulto; está associada à história de abuso do álcool, barbitúricos e outras drogas.

Porfiria hepática crônica — também chamada de porfiria cutânea retardada, ocorre sob duas formas, a saber:

A primeira ocorre em jovens, por herança mendeliana e a segunda em adultos, desencadeada pelo alcoolismo e uso de barbitúricos. Em ambas as formas está presente o componente de herança mendeliana dominante; destas formas a mais comum é a segunda. Em ambas, há lesões constituídas de eritemas e vesicoflectenas, na face, pescoço e dorso das mãos, que aparecem após exposição ao sol. Estas lesões, no decorrer da doença, evoluem para atrofia esclerose e melodermia. Há hipertricose fácil com aumento de excreção urinária, sendo a urina vermelha e rica em coproporfirinas e uroporfirinas.

— Porfirias mistas: — constituem quadro clínico que apresentam sintomas de ambas as formas anteriormente descritas.

Pitíriase alba — chamada também de dardos volantes é uma fotodermatose associada às eczemas atópicas ou dermatite solarreica. As lesões são constituídas por manchas hipocrômicas discretamente escamosas, que aparecem na face, região dorsal superior, face externa dos braços e eventualmente em outras áreas. As manchas variam de um ou mais cen-

tímetros, não são acompanhadas de sintomas gerais e aparecem após permanência nas praias. É mais freqüente em crianças e adolescentes.

Tumores da pele: — neste grupo se destacam:

a) Queratose solar, por ser freqüente e constituir-se de lesões pré-malignas. As lesões são papulosas recobertas por escamas superficiais porém de consistência dura, áspera, cuja coloração vai do amarelo ao castanho escuro; diâmetro variáveis de 0,5 a 0,10 ml podendo confluir em placas. Por serem aderentes, causam pequenas hemorragias ao se destacarem. Localizam-se na face, pavilhão auricular, pescoço, dorso das mãos, antebraço e na cabeça quando o paciente é calvo. A queratose solar pode ser classificada como carcinoma aspino-celular gran-médio.

b) Nelanosa actínica: representa forma inicial de queratose solar, cujas lesões de curso crônico, evoluem para carcinoma. Manifestam-se em forma de pequenas lesões infiltrativas.

c) Queratoses arsenicais, dos alcatrões e radioterapias: — São lesões idênticas às da queratose solar; são causadas por ingestão de drogas contendo arsênico, alcatrão ou por radioterapia.

d) Queratose senil ou actínia senil, podem ter evolução semelhante ao que descrevemos acima nos outros tipos de queratose.

e) Queratose solarreica, não confundir com as descritas anteriormente: — É benigna, as lesões se assemelham às anteriores citadas, porém a superfície das mesmas é gordurosa e aparecem também no tronco. As lesões, formas anteriores, não aparecem em áreas cobertas.

Xeroderma pigmentoso, é uma forma de fotossensibilidade, associada a componente hereditário recessivo, caracterizada por sensibilidade anormal da pele à luz solar. Suas primeiras manifestações aparecem no primeiro ano de vida.

Como não poderia deixar de ser, as lesões ocorrem nas partes descobertas do corpo. De início, há discreto eritema com descamação e hiperpigmentação difusa ou lesões que se assemelham a eférides. Com o evoluir do quadro, a pigmentação torna-se acentuada, entremeada com áreas apigmentadas e concomitantemente surgem telanectasias. O quadro em si, faz lembrar uma radiodermite crônica e pele senil. No correr do tempo, surgem queratoses e tumores malignos do tipo espinocelulares, basocelulares e melanomas. A fotofobia é acentuada, acompanhada de conjuntivite, queratite, opacidade córnea e ectropio. Nas formas mais severas o paciente atinge no máximo a segunda década de vida, sendo que nas formas benignas ele pode atingir a idade adulta. Epidemiologicamente assinalamos que a xerodermia pigmentosa não tem preferência por sexo, e não é muito freqüente. A mortalidade está relacionada a malignidade diagnóstica.

3. Aspectos psicológicos das fotodermatoses:

O componente psíquico está presente, como em qualquer outra doença. Podemos afirmar que toda a dermatose e não somente a fotossensibilidade é afetada por componentes psíquicos no desencadeamento e evolução.

Principalmente nas formas em que há manifestações pruriginosas, há muita relação com o psíquico. Pode haver um círculo vicioso, agravando quadro cutâneo e vice-versa. Outro aspecto psicológico das dermatoses que está muito relacionado com as doenças que descrevemos é o que se refere à sua dependência sócio-econômica; ao seu reajuste a novas atividades, substituição de valores o que muito os angustia. Apresentam também os mais variados graus de insegurança, quando não se acomodam ao paternalismo, fato muito negativo, inclusive para qualquer tipo de atividade educativa que

se queira desenvolver junto aos pacientes e familiares.

4. Aspectos sociais das fotodermatoses:

Pelo exposto na parte descritiva, podemos deduzir da importância do envolvimento social a que estão afetadas várias dermatoses. Algumas pela gravidade diagnóstica, pelo grau de patogenicidade, outras pela sua cronicidade deixando o paciente impossibilitado parcial ou totalmente de prover suas necessidades básicas, somadas aos gastos hospitalares quando o paciente procura tratamento. Aquelas que aparecem na idade adulta quando o indivíduo já constituiu família, como é o caso do lupus eritematoso e da pelágia, vão agredir socialmente o paciente e o grupo familiar. No caso do lupus eritematoso o paciente terá gradativamente vários graus de limitação até a totalidade da mesma no seu estado final, precisando ser reajustado constantemente a novas atividades, adequando-as a sua capacidade, pois o evoluir crônico da moléstia é de longa duração. No caso da pelágia, praticamente todas os nossos pacientes precisam ser reajustados, pois o processo clínico está associado estreitamente com o alcoolismo a que nos referimos. Tendo em vista seu caráter hereditário e familiar, o paciente porfírico internado (criança) exige a presença constante da mãe em detrimento das obrigações domésticas, tornando-se um problema social.

A criança com porfíria será prejudicada intelectual e socialmente, devido às dificuldades ou a impossibilidade de freqüentar a escola.

Os pacientes portadores de xeroderma pigmentoso que chegam à idade adulta, dificilmente conseguem ter uma profissão que lhes garanta independência, necessitando ser readaptado às novas atividades. O estigma facial dificulta sua freqüência à escola.

Os pacientes de xeroderma pigmentoso que temos recebido na nossa Unidade, de um modo geral são dependentes economicamente de seus familiares. Os pacientes com lupus, xeroderma pigmentoso e porfiria, levam estigmas faciais o que muito os prejudica emocionalmente. Felizmente, no nosso serviço, a Assistente Social está bem consciente da importância de suas atividades e não só faz encaminhamentos a outras instituições onde o paciente possa iniciar ou dar seqüência a uma integração social e também prosseguir o seu tratamento.

Apresentamos no apenso, dados estatísticos, levantados junto aos nossos pacientes, em confronto com o que descrevemos.

Porfiria: — Na idade escolar, as crianças não têm condições de freqüentar escola e são obrigadas ao confinamento doméstico, o que prejudica seriamente seu desenvolvimento intelectual e social. Além disto, as crianças ficam nervosas, agressivas, acentuando-se nelas a vontade de destruir tudo. Quando estão em tratamento no hospital com limitação de iluminação, elas ficam extremamente difíceis, acentuando sua agressividade. Os portadores de xeroderma pigmentoso tendo dificuldades de freqüentar escolas, geralmente não têm profissão adequada. Os que chegam à idade adulta representam problemas sociais, devido a limitação causada pela doença.

Os portadores de L.E. apresentam um grande problema pois não podem voltar às suas atividades anteriores à moléstia.

5. Assistência de enfermagem:

A contribuição da enfermagem está presente em todas as fases de tratamento de todas as fotodermatoses. Mesmo aquelas em que há poucas lesões, como por exemplo nas queratoses, que são malignas, o paciente faz tratamento ambulatorial, por apresentar lesões isoladas. Nestas a enfermagem colabora, orientando os pacientes quer seja para os exa-

mes laboratoriais, quer seja para o tratamento local ou para que ele se conscientize da importância de assiduidade às consultas para controle clínico.

Na fase diagnóstica o paciente se submete às seguintes provas específicas:

Pesquisa de células L. E. anticorpos antinucleicos, biópsia de pele, prova de anti-strepto-lisina ou mucoproteínas, fosfatase alcalina, imunofluorescência direta e indireta, trasaminase, desidrogenase láctico, teste do látex.

Todas as providências relacionadas aos exames acima, excetuando-se o preenchimento do pedido e da execução da biópsia, são feitas pela enfermagem.

Tratamento:

- Proteção da luz solar com roupas;
- proteção da luz solar com cremes antiactínicos;
- curativo local, oclusivo com plástico e;
- pomadas de corticoide, várias vezes por dia;
- aplicação local de neve carbônica;
- drogas antimaleriço cuja indicação e dosagem é variável;
- corticóides por via oral;
- A. A. S. para dores, cuja indicação e dosagem variam.

Toda a execução do tratamento, com exceção da aplicação da neve carbônica, é de inteira responsabilidade da enfermagem.

Pelagia: o diagnóstico está baseado na história e os exames realizados são mais da ordem geral, não havendo praticamente testes específicos.

Tratamento:

- Proteção à luz solar;
- regime dietético hiperprotéico e hipercalórico;
- ácido nicotínico e complexo B por via oral e parenteral;
- repouso no leito;
- tratamento sintomático;
- é imprescindível e abstinência do álcool.

Toda a execução do tratamento é da

Inteira responsabilidade da enfermagem após a sua prescrição, excetuando-se o preparo de dieta.

Porfíria: É interessante lembrar que a porfíria é uma afecção de extrema gravidade, por se tratar de moléstia incurável.

Fase diagnóstica — testes específicos:

— Pesquisa quantitativa e qualitativa na urina e nas fezes; fosfatase ácida e alcalina, transaminase, dosagem de fósforo inorgânico, bilirrubinas no sangue, timol na urina. A enfermagem é responsável por todas as providências relacionadas aos exames acima, exceto o preenchimento do pedido.

Tratamento:

— Proteção da luz solar e lâmpadas fluorescentes;

— dieta especial de cenoura com dosagem específica;

— abstinência de álcool e substâncias hepatóxicas.

Xeroderma pigmentoso:

O que se faz especificamente neste caso é a biópsia de queratoses.

Tratamento:

— Proteção dos olhos com óculos apropriados;

— cremes antiactínicos;

— remoção cirúrgica das queratoses e tumores;

— cirurgia plástica.

Em relação à não exposição à luz solar e fluorescente, a enfermeira tem ao seu encargo em primeiro lugar, a orientação dos pacientes a fim de obter dos mesmos a colaboração necessária. A enfermagem deve ser adaptada, de forma a reduzir a claridade e a penetração dos raios solares.

A etapa seguinte, é a substituição dos hábitos do paciente, pois mesmo com dificuldade a tendência do paciente é a de ficar no claro e desenvolver atividades que lhe são inadequadas.

Quando o paciente é o único com fotodermatose e precisa confinar-se, a enfermeira precisa orientá-lo convenientemente. Quando temos vários pacientes com o mesmo diagnóstico e os mesmos podem ficar agrupados, é mais fácil para orientá-los.

Higiene corporal — quando o paciente é ambulante e tem condições para cuidar de si, o seu banho deve ser matutino ou vespertino e na penumbra, para evitar exposição do corpo à luz.

Os homens devem barbear-se poucas vezes para evitar irritação local.

Eliminações: — O paciente podendo ir ao conjunto sanitário para as necessidades fisiológicas, deve também proteger-se da luz, tanto quanto lhe seja possível.

Atividades recreativas — Geralmente há necessidade de substituição de valores e formação de novos hábitos, tanto para os pacientes adolescentes, como crianças (geralmente em Porfíria e Xeroderma, o paciente não atinge a idade adulta).

Quando se trata de criança é imprescindível incluir os pais na orientação e atividades educativas. Sempre que possível, a mãe deve acompanhar a criança.

Em caso de Lupus eritematoso sistêmico o paciente deve ser orientado quanto às suas limitações e iniciar reformulações de valores em relação às possibilidades de subsistência visto que sua limitação é progressiva e irreversível. A terapia de apoio psíquico, é de suma importância.

— Nos casos de Pelágia a assistência é redobrada em relação à não ingestão de bebidas alcoólicas, e a motivação para viver, diante do desânimo que os pacientes sentem.

— Todas as atividades de substituição de valores são desenvolvidas com o concurso da Assistente Social. Há encaminhamentos a outras Instituições, ficando o mesmo sob controle, não só para o seguimento clínico como para prosseguir a orientação e reabilitação.

6. *Resumo*

A contribuição de todo o pessoal de enfermagem é relevante na assistência aos pacientes com fotodermatoses e esta evidente nas fases de diagnóstico, tratamento quando da internação e no seguimento ambulatorial. A colaboração da enfermeira na equipe multiprofissional é importante na substituição de va-

lores e no tratamento medicamentoso, cirúrgico, educativo, assim como na pesquisa que é de grande interesse para a equipe de saúde, mormente nos hospitais de ensino.

Na assistência ao portador de fotodermatose a enfermeira não atinge seus objetivos se não trabalhar com o grupo.

BIBLIOGRAFIA

1. BAER, Rudolf L. & LEVINE, Bernard B. — Cutaneous Changes in Disorders of altered Reactivity: Vascular Responses. In: FITZPATRICK, Thomas B., et al, *Dermatology in General Medicine*. New York, MAC-HILL BOOK, 1971, p 1.303.
2. BECHELLI, Luiz M. & CURBAN, Guilherme V. — *Compêndio de Dermatologia*. São Paulo, Atheneu, 1963, cap. 11, p. 127 às 134.
3. GRIESEMER, Robert D. & MEHLMAN, Robert D. — Cutaneous Manifestations of Diseases in other systems: The Emotional Aspect of cutaneous Disease. In: — FITZPATRICK, Thomas B. et al, *Dermatology in General Medicine* New York, MAC HILL BOOK, 1971, p. 1269.
4. SAMPAIO, Sebastião de Almeida Prado — *Dermatologia Básica* São Paulo, Estudo e Pesquisa, 1974 — cap. 28, p. 177 a 179 — cap. 17, p. 97-99.
5. SHEFFER, Albert & AUSTEN, K. Frank — Cutaneous changes in disorders of Altered reactivity: Vascular Responses. In: — FITZPATRICK, Thomas B., et al. *Dermatology in General Medicine*. New York, MAC GROV — Hill Book, 1971, p. 1269.