

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA HELENA VERSIANI MACIEL

**A adesão ao tratamento de portadores de paracoccidioidomicose cutâneo
mucosa atendidos em um hospital escola do interior paulista**

Ribeirão Preto

2007

MARIA HELENA VERSIANI MACIEL

A adesão ao tratamento de portadores de paracoccidioidomicose cutâneo mucosa atendidos em um hospital escola do interior paulista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Doenças Infeciosas: problemática e estratégias de enfrentamento

Orientador: Prof^a Dr^a Elucir Gir

Ribeirão Preto

2007

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pelo serviço de Biblioteca e Documentação
da Prefeitura do Campus Administrativo de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo

Maciel, Maria Helena Versiani

A adesão ao tratamento de portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa atendidos em um hospital escola do interior paulista. Maria Helena Versiani Maciel. Orientador: Elucir Gir. Ribeirão Preto, 2007.

92p. : il.; 30cm

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem: Área de concentração: Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Paracoccidiodomicose 2. Adesão 3. Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Helena Versiani Maciel

A adesão ao tratamento de portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa atendidos em um hospital escola do interior paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovado em

Banca Examinadora

Profª Drª Elucir Gir

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Orientadora

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Fabiana Cristina Pimenta

Professora Adjunto II da Universidade Federal de Goiás

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Sílvia Rita Marin da Silva Canini

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À minha mãe **Ilka “Willinho”**, (in memorian), exemplo de equilíbrio e retidão, amiga e confidente que sempre me ensinou que os nossos obstáculos são a nossa fortaleza, pela proteção e incondicional fidelidade onde quer que esteja. SAUDADE.

Ao meu pai **Jose Antonio**, exemplo de humildade, coragem e que com suas ações e palavras, me ensina que somos capazes de ultrapassar todos os limites se acreditarmos em nós mesmos.

Ao **Jr**, amigo, companheiro dos momentos alegres, tristes bons e tempestivos, por me incentivar e valorizar, que me mostra dia a dia que precisamos ter persistência e ousadia para nossas conquistas, mesmo quando tudo parece estar desmoronando... pelas preciosas broncas... e por entender minhas ausências.

À Professora Doutora **Elucir Gir**, pelo convite para a orientação desta dissertação, paciência nos momentos críticos e pelo direcionamento dos ensinamentos que contribuíram para o meu crescimento científico, profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **Silvia Rita Marin da Silva Canini**, por compartilhar seus conhecimentos, pela colaboração e sugestões valiosas desde o momento da qualificação, contribuindo para o meu crescimento pessoal, profissional e aprimoramento deste estudo.

À Professora Doutora **Maria Célia Barcelos Dalri**, pelo carinho com que sempre me recebeu e pelas orientações fornecidas durante a qualificação.

À Enfermeira **Miyeko Hayashida**, pela orientação na análise estatística.

À Enfermeira **Helena Megumi Sobone**, pela tradução dos resumos.

À Enfermeira e Docente **Marcia Lucia de Souza Furlan**, pela atenção e carinho dispensados.

A amiga e enfermeira **Sheila Carrara Herman**, pelos ombros e apoio nos momentos difíceis, que se tornaram... “Zen”.

Ao amigo e Enfermeiro **Serginho Luiz Gomes**, que com seu bom humor constante e invejável, me fazem rir nos momentos mais negros e pela ajuda na fase de coleta de dados.

À Enfermeira **Rosangela Bernardes dos Reis**, pelo incentivo e orelhões, que sem eles, estaria em uma fase conturbada de minha rebeldia.

À **Cida, Fernanda e Fernando**, minha família adotada, pela amizade, pousos e carinho com que sempre me receberam em sua casa, em especial ao **Flavio**, pelo auxílio na digitação deste estudo. Ah!... por me ceder seu espaço físico, e ainda agradecer...

A **Bernardete e a Lourdes** funcionárias da sala de leitura “Glete de Alcântara” da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto-USP, pelo auxílio na separação das referências bibliográficas.

Aos **funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Arquivo Semi-ativo** do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, pela separação dos prontuários médicos para a realização do estudo.

Ah! Nada como um pé após o outro.

(Mario Quintana)

RESUMO

MACIEL, M.H.V. **A adesão ao tratamento de portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa atendidos em um hospital escola do interior paulista.** Ribeirão Preto, 2007, 92p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

Às condições crônicas podem causar alterações físicas, psíquicas e sociais progressivas requerendo em alguns casos mudanças permanentes no estilo de vida dos indivíduos. A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica, que exige tratamento prolongado, cuja maior prevalência encontra-se na América Latina com diversas áreas endêmicas no Brasil. Este estudo teve como objetivo caracterizar os clientes portadores de paracoccidiodomicose cutânea mucosa e identificar os motivos da não adesão ao seguimento clínico terapêutico. Foram consultados 74 prontuários de clientes adultos com diagnóstico de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa atendidos e ou internados em um hospital escola terciário do interior paulista, no período de janeiro de 2000 a junho de 2006. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital. A maioria dos sujeitos é do sexo masculino (86,5%), com idade média de 44,5 anos, 67,6% dos casos foram internados de uma a oito vezes, em 50,0% dos casos a internação se deu em decorrência de recidivas e 74,3% fizeram uso irregular das medicações e houve o abandono do tratamento por 54% dos clientes. O enfermeiro enquanto elemento essencial nos serviços de saúde pode propor estratégias individuais e coletivas para a assistência, visando estimular o cliente a lidar com as mudanças e consequentemente melhorar os níveis de adesão ao seguimento.

Palavras chave: paracoccidiodomicose, enfermagem, adesão à terapêutica

ABSTRACT

MACIEL, M.H.V. **Adhesion of patients with paracoccidioidomycosis cutaneous mucosa attended in a school hospital situated in the interior of São Paulo State.** Ribeirão Preto, 2007, 92p. Master Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2007.

The chronic conditions can cause physical, emotional and social progressive alterations, requiring in some situations permanent changes in people life style. Paracoccidioidomycosis is a systemic mycosis, that requires a long-term treatment and its higher prevalence is in Latin America with different endemic areas in Brazil. This study aimed to characterize the clients with cutaneous mucosal paracoccidioidomycosis and to identify the reasons of non adhesion to clinical therapeutical follow-up. A total of 74 patient files were consulted of adults clients cared and/or interned in a teaching hospital of the interior of São Paulo State, in the period January 2000 through June 2006. The project was approved by the Ethical and Research Commitment of the hospital. Most of the participants was male (86,5%), with average age of 44,5 years old, 67,6% of the cases were interned from one to eight times and in 50,0% of the cases the hospitalization occurred due to recidives and 74,3% took the medicine in an irregular way, there was also the abandonment of the treatment in 54,0%. The nurse as the essential member of health services can propose individual and collective strategies to the caring, in order to incentivate the client to deal with the changes and in consequence to improve the levels of adhesion to the follow-up.

Key words: Paracoccidioidomycosis, nursing, patients, adhesion to the follow-up

RESUMEN

MACIEL, M.H.V. **A adesión de los portadores de paracoccidioidomicosis cutâneo mucosa atendido em um hospital escola del interior paulista.** Ribeirão Preto, 2007, 92p. Dissertação (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2007.

Las condiciones crónicas causan alteraciones físicas, psíquicas y sociales progresivas, requiere em alguns casos câmbios permanentes em El estilo de vida de los individuos. La paracoccidioidomicosis ES uma micosis sistêmica, que exige tratamiento prolongado, cuya mayor prevalência concentrase em la América Latina com diversas áreas endêmicas em el Brasil. El objetivo del studio fue caracterizar los clientes portadores de paracoccidioidomicosis cutâneo mucosa y identificar los motivos de la no adhesión al seguimiento clinico terapêutico. Fueron consultados 74 prontuarios de clientes adultos com diagnóstico de paracoccidioidomicosis cutâneo mucosa atendidos em uno hospital escuela terciária del interior paulista, em el período de enero de 2000 a Junio de 2006. El proyecto fue aprobado por el Comite de Ética y Pesquisa del hospital. La mayoría de los individuos es del sexo masculino (86,5%), com média edad de 44,5 años, 67,6% de los casos fueron internados de una a ocho veces y em 50,0% la internación se dió em decurso de recidiva y 74,3% hicieron uso irregular de las medicaciones y hube abandono del tratamiento por 54,0% de los clientes. El enfermero em cuanto elemento esencial em los servicios de salud puede proponer estratégias individuales y coletivas para la asistencia pretendiendo estimular el cliente a lidiar com los câmbios y consecuente mejora de los niveles de adhesión al seguimiento.

Palabras-clave: paracoccidioidomicosis, enfermería, pacientes, adhesión terapéutica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número e porcentagem de portadores de PCM cutâneo mucosa assistidos em um hospital de ensino segundo a faixa etária, Ribeirão Preto, 2006	36
Tabela 2: Distribuição do número e porcentagem de portadores de PCM cutâneo mucosa assistidos em um hospital de ensino segundo a ocupação, Ribeirão Preto, 2006	38
Tabela 3: Distribuição do número e porcentagem de portadores de PCM cutâneo mucosa assistidos em um hospital de ensino segundo o tempo de aparecimento das lesões, Ribeirão Preto, 2006	40
Tabela 4: Distribuição do número e porcentagem de portadores de PCM cutâneo mucosa assistidos em um hospital de ensino segundo as drogas antifúngicas utilizadas no tratamento, Ribeirão Preto, 2006	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Paracoccidiodomicose	23
1.2 Justificativa	31
2 OBJETIVOS	32
3 METODOLOGIA	33
3.1 Local do Estudo	33
3.2 Aspectos Éticos	33
3.3 População e Amostra	33
3.4 Coleta de Dados	34
3.5 Análise dos Dados	35
4 RESULTADOS	36
4.1 Caracterização do perfil epidemiológico de portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa	36
4.2 Caracterização dos fatores predisponentes da aquisição da infecção por paracoccidiodomicose	39
4.3 Caracterização das lesões causadas pelo <i>P. brasiliensis</i>	40
4.4 Caracterização dos aspectos relacionados às internações hospitalares e da adesão ao tratamento do portador de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa	42
4.5 Caracterização dos aspectos relacionados às orientações e encaminhamentos realizados pela equipe de saúde aos portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa	46
5 DISCUSSÃO	48
6 CONCLUSÃO	76

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	86
ANEXOS	91

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Apesar de o desenvolvimento técnico-científico e cultural, das mudanças no modo de vida e nas condições de saúde em várias regiões do país, grande parte da população ainda não tem acesso a informações e aos serviços de saúde.

Tal fato implica em carência de orientações suficientes em educação em saúde e hábitos para adoção de comportamentos saudáveis, principalmente em relação à prevenção e ao controle de doenças crônicas, o que pode interferir na tomada de decisão e a participação do doente, principalmente no que diz respeito a aderir ou não à terapêutica.

Doenças crônicas implicam em alterações físicas, fisiológicas e psicológicas progressivas o que conseqüentemente podem ocasionar, em alguns casos mudanças permanentes no estilo de vida, longos tratamentos e acompanhamento clínico, sendo necessário adaptar o cliente e sua família a tal condição, com o objetivo de prevenir complicações, deter a progressão da doença e a morte precoce.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) as doenças crônicas abrangem os problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem algum tipo de gerenciamento, o que implica em um novo direcionamento do modelo assistencial, ou seja, com enfoque não apenas para as condições agudas e tratamento dos sintomas, mas também para a educação e minimização de complicações para a saúde.

Além do fato de persistirem e necessitarem de cuidados permanentes, as patologias crônicas vêm aumentando em todos os países, podendo se tornar a primeira causa de incapacidades até o ano de 2020 e provocar assim desequilíbrios sócio-econômicos (OMS, 2003).

Outro fator que precisa ser considerado em relação às condições crônicas segundo a OMS (2003) está relacionado à aderência aos tratamentos de longo prazo. Aponta ainda que a adesão a tratamentos de longo prazo é muito baixa (em torno de 20%) e que, o fato do paciente não seguir os esquemas terapêuticos prescritos também faz parte de um sistema de saúde falho.

A OMS (2003) destaca que, quando existe informação, apoio e monitoramento constantes, a aderência melhora consideravelmente, o que implica em redução dos efeitos negativos provocados pela doença com melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a diminuição da carga das condições crônicas.

Conforme pode-se observar na literatura não há um consenso sobre a terminologia mais adequada quando se fala em continuidade de um tratamento. Diferentes termos podem ser utilizados como sinônimos, ou seja, adesão, aderência, adherence, *compliance*, observância, fidelidade (GONÇALVES et al., 1999; PEIXOTO, 2001; LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001; PIERIN; STRELEC; MION Jr, 2004; OSTERBERG; BLASCHEKE, 2005; GUSMÃO; MION Jr, 2006).

Adesão significa junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo entre membros da equipe de saúde, cliente e família.

Homedes; Ugalde (1994) consideraram que o cliente apresenta adesão ao tratamento, quando este segue estritamente as recomendações quanto a dose, intervalo, duração, momento e outras recomendações higiênico-dietéticas.

Para Gonçalves et al. (1999), adesão compreende autonomia e habilidade do cliente em aceitar as recomendações médicas, ou seja, aderir ou não ao tratamento implica sobretudo, em livre escolha do cliente. Esta definição abstrai toda a responsabilidade da equipe de saúde enquanto participante do processo de cura, o que deve ser discutido, uma vez que os serviços de saúde têm papel ativo na educação dos clientes, familiares e comunidade, principalmente para as classes sociais baixas.

Para a OMS (2003) o melhor termo adotado é adesão, e o define como o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado não só pela ingestão de medicamentos, mas também pelo seguimento da dieta, das mudanças no estilo de vida e ainda, se ela corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou de outro profissional de saúde.

Outro conceito conferido ao termo, é descrito por Lignani; Greco; Carneiro (2001) que entendem adesão como uma atividade conjunta onde o indivíduo entende, concorda e segue às orientações, como prescrição estabelecida pelo médico. Dessa forma, deve haver um acordo entre o

indivíduo e o profissional de saúde, relação onde são firmadas as responsabilidades de cada um e de todos os envolvidos.

Segundo Leite; Vasconcelos (2003) a adesão de forma geral é compreendida como a utilização dos medicamentos e ou procedimentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, levando-se em conta os horários, as doses e o tempo de tratamento.

Pierin; Strelec; Mion Jr (2004) definem adesão como um processo comportamental complexo, com forte influência do meio ambiente, dos profissionais de saúde e dos cuidados de assistência médica. Acrescentam que para avaliar os diversos graus de adesão, sendo que no nível mais elevado estão os aderentes, aqueles que seguem por total o tratamento, no outro lado estão os desistentes, aqueles que abandonam o tratamento. No grupo dos não aderentes encontram-se os pacientes persistentes, ou seja, os indivíduos que comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento.

Outros autores consideram que o termo aderência é o melhor e o definem como a margem pela qual os pacientes tomam medicamentos prescritos e apresentam plano terapêutico baseado em uma articulação entre profissional de saúde e cliente. Destacam que aderência sugere a necessidade de haver uma união entre paciente e médico e não apenas a aceitação passiva das ordens médicas (Osterberg; Blaschke, 2005).

A adesão às medidas terapêuticas pelos clientes, está associada à forma como percebem e compreendem os riscos inerentes da sua patologia e também a importância da continuidade do tratamento.

Detectar os problemas relacionados ou que influenciam a adesão não é tarefa simples. Estudos apontam que diversos fatores podem interferir na adesão ao tratamento, principalmente de doenças crônicas, destaca-se que não foram encontrados artigos científicos referentes à adesão de clientes portadores de paracoccidiodomicose.

Estudo realizado por Gonçalves et al. (1999) sobre adesão de clientes à terapêutica da tuberculose, evidenciou que a relação médico-cliente, foi relevante não só para os casos de adesão, mas também para àqueles em que houve interrupção do tratamento. Salientam ainda, que muitos indivíduos, por pertencerem a uma classe social inferior, nem sempre entendem o que é explicado e sentem-se constrangidos em pedirem novos esclarecimentos, temendo serem criticados. E mostrou que a participação familiar tem um papel incentivador para o doente.

Cremer (1991) *apud* Gusmão e Mion Jr (2006) descreveu os vários fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, os quais podem ser relacionados ao paciente e suas características individuais (gênero, escolaridade e nível sócio-econômico); à doença e o seu desenvolvimento; as crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (experiências com a doença, junto aos familiares, auto-estima); ao tratamento e suas implicações; à instituição e políticas de saúde e o relacionamento com a equipe de saúde.

A OMS (2003) destacou que a adesão é um fenômeno multifatorial determinado pela interação de cinco fatores ou “dimensões”: sistema e equipe de saúde, fatores sócio-econômicos, fatores relacionados ao

paciente, fatores relacionados à doença e fatores relacionados ao tratamento.

Além dos aspectos paciente, doença, equipe de saúde, crenças e hábitos de vida, instituição e tratamento, Pierin; Strelec; Mion Jr (2004) apontaram os aspectos psicossociais como fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Destacando a auto-estima, auto-motivação, personalidade, ansiedade, percepção dos benefícios do tratamento e apoio social.

GONÇALVES et al. (1999) colocaram que seguir o plano terapêutico em sua totalidade exige do cliente motivação e habilidade, uma vez que a adesão depende também da maneira como o indivíduo controla e articula seu corpo e da percepção sobre o que é ou não uma boa resposta do organismo às sensações desagradáveis. Ao perceber que a melhora depende de seu comportamento, tende a realizar o tratamento da forma mais correta possível.

Coelho et al. (2005), estudando a adesão de clientes portadores de hipertensão arterial à terapêutica, encontraram que vários são os fatores que podem influenciar a não-adesão quando se trata de doenças crônicas, destacando a forma como os pacientes percebem sua doença, sua atitude frente a uma doença crônica e da motivação pessoal pela melhora de sua saúde. Quanto ao profissional médico, enfatizaram que estes desencadeiam a não-adesão quando deixam de lado o seu papel de educador e de incentivador.

Outro fator que pode interferir para a não-adesão à terapêutica, é que muitos desses clientes são encaminhados de outros serviços de saúde, quando não obtiveram o resultado satisfatório em seus tratamentos, o que pode contribuir para a falta de crença no tratamento e nos médicos, o que pode desencadear em muitos, rebeldia ou até recusa dos medicamentos e das orientações oferecidas, prejudicando o tratamento.

Acredita-se que a relação equipe de saúde e cliente deve existir de maneira direta e objetiva, construindo e consolidando-se a partir daí, uma interação favorável para que o cliente fortaleça a aceitação da doença, o entendimento do tratamento e assim, participe ativamente do mesmo e esclareça suas dúvidas e preocupações sem constrangimentos.

Desta forma, faz-se necessário a integralidade da assistência e da aprendizagem com trabalho desenvolvido por uma equipe multidisciplinar de saúde no sentido de promover a saúde e prevenção de enfermidades e suas complicações.

Para que a equipe de enfermagem consiga prestar uma assistência sistematizada, isto é, individualizada e integrada precisa provocar mudanças na sua prática, tornando-se mais reflexiva e autônoma destacando o indivíduo como foco de atenção, fazendo com que o próprio cliente passe a entender e perceber os contextos onde está inserido.

Deve-se assim, considerar cada indivíduo com suas necessidades básicas, história de vida, crenças e condições de saúde e desenvolver em cada um a capacidade de se auto-analisar, e permitir que ele próprio seja capaz de visualizar e superar suas dificuldades, buscando junto com a

equipe medidas educacionais contínuas e participação ativa no seu próprio plano terapêutico.

Em um estudo desenvolvido por Pierin; Car (1992) com clientes portadores de hipertensão arterial, os autores destacaram o direcionamento para o auto cuidado por meio de processo educativo. Apontaram o enfermeiro como agente catalisador dessas ações, destacando entre outras, orientações sistematizadas da equipe de enfermagem, abordagem acerca do uso dos medicamentos, hábitos de vida, alimentação e à doença propriamente dita.

A partir da prática profissional pode-se observar que a não adesão ao tratamento ocorre com freqüência no portador de paracoccidiodomicose e por vários motivos. Assim, acredita-se que intervenções específicas precisam ser desenvolvidas para que não haja maiores prejuízos emocionais, econômicos e familiares aos portadores dessa doença. Partilhando com Peixoto (2001) e Pierin; Strelec; Mion Jr (2004) que adesão é um processo contínuo e comportamental.

Desta forma, na presente investigação considerou adesão o cumprimento mais próximo possível do regime terapêutico prescrito quanto às prescrições médicas e orientações fornecidas pela equipe de saúde, isto implica em assiduidade às consultas médicas, uso correto dos medicamentos e mudanças nos hábitos de vida.

1.1 Paracoccidioidomicose

Inicialmente denominada de Blastomicose Sul-americana, teve seu agente etiológico descoberto por Adolfo Lutz em 1908. Foi caracterizada morfo e biologicamente, em 1912, por Alfonso Splendore, e em 1930, por Floriano Paulo de Almeida que denominou o agente etiológico de *Paracoccidioidis brasiliensis* (*P. brasiliensis*).

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica, causada pelo fungo termo-dimórfico e assexuado, denominado *Paracoccidioidis brasiliensis* que infecta por via respiratória, particularmente adultos. Possui maior prevalência na América Latina e no Brasil e as áreas altamente endêmicas localizam-se nos estados de RO, AC, MT, GO, MG, RJ, SP, PR e RS, regiões que possuem áreas úmidas, clima temperado, com verões chuvosos, invernos quentes e solo ácido (COUTINHO et al., 2002; MENDES; YASUDA, 2003, BITTENCOURT; OLIVEIRA; COUTINHO, 2005; MARTINEZ, 2005; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006). Martinez (2005) destacou que a região amazônica vem apresentando aumento do número de casos.

Entretanto, Coutinho et al. (2002) informaram que a região Nordeste apresentou a menor taxa de mortalidade por paracoccidioidomicose, refletindo a baixa prevalência dessa doença naquela região.

A PCM é considerada um sério problema de saúde pública conforme Bittencourt; Oliveira; Coutinho (2005); Shikanai-Yasuda et al. (2006), pois possui um alto potencial incapacitante para o trabalho e número elevado de mortes prematuras, com altos custos sociais e econômicos, uma vez que

acomete especialmente indivíduos na fase mais produtiva de suas vidas, principalmente em seguimentos sociais específicos, como por exemplo, adultos que trabalham na manipulação do solo contaminado com água, ração canina depositada no solo, detritos orgânicos e úmidos.

Mendes; Yasuda (2003); Shikanai-Yasuda et al. (2006) apontaram que a doença não é de notificação compulsória assim, acredita-se que os dados existentes não reflitam a realidade.

Martinez (2005) acrescentou que embora haja tratamento com antifúngicos específicos, a PCM apresenta recidivas freqüentes, podendo acarretar para o indivíduo incapacidades anatômicas e funcionais.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a PCM foi apontada em nosso país como a oitava causa de mortalidade, entre as doenças infecciosas crônicas/recorrentes, é a mais alta taxa entre as micoses sistêmicas (MARTINEZ, 2005; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

Bittencourt; Oliveira; Coutinho (2005) colocaram que de acordo com estimativas, mais de 10 milhões de indivíduos são infectados com o fungo e 2% desenvolvem a doença. No Brasil indicam incidência anual de 1:3 casos/100mil habitantes em áreas endêmicas.

Coutinho et al. (2002) analisando a mortalidade por Paracoccidioidomicose no Brasil no período de 1980 a 1995, encontraram que de um total de 3181 mortes, considerando as frequências absolutas de mortes por PCM, as regiões Sudeste e Sul apresentaram 1707 mortes (53,66%) e 875 (27,51%), respectivamente. Mostraram que todos os estados brasileiros tiveram registro de casos, no período estudado, o que vem caracterizar a

PCM como uma endemia em âmbito nacional, destacando os Estados SP, PR, MG, RS e RJ.

A região Sul, principalmente o Noroeste do PR e o Norte do RS, embora não tenham distribuição uniforme da doença, têm sido apontados como frequentes áreas endêmicas, quer seja por casos autóctones, por fatores ecológicos ou por desenvolvimento de grande escala de atividades agrícolas (MALUF et al., 2003; GERVINI et al., 2004; BITTENCOURT; OLIVEIRA; COUTINHO, 2005; FORNAJEIRO et al., 2005; VERLI et al., 2005).

Paniago et al. (2003) em investigação acerca do estudo clínico e epidemiológico da PCM de pacientes internados em um Hospital Universitário do Estado do MS, relataram que a proporção de casos agudos/subagudos foi maior que a observada no Estado do RS e semelhante aos Estados de SP e RJ.

Vieira et al. (2001); Mendes; Yasuda (2003); Ferreira; Teles Filho (2005), afirmaram que o primeiro contato do fungo com o hospedeiro é pela inalação de conídios no ar, ou seja, o pulmão é o primeiro sítio de infecção. Raramente a própria pele é a porta de entrada para o agente podendo ser considerada quando existe trauma.

Segundo Martinez (2005) a transmissão homem a homem não tem sido demonstrada.

Ferreira; Teles Filho (2005) destacaram que a infecção e a sobrevivência do fungo no pulmão desenvolvem três distintas situações: infecção assintomática (paracoccidioidomicose-infecção),

paracoccidiodomicose-doença e paracoccidiodomicose residual (sequelar).

A progressão para a doença depende da virulência do microorganismo e da quantidade de inóculos inalados e o controle da infecção dependerá da resposta imune celular do hospedeiro, sendo os principais mecanismos de defesa a imunidade mediada por células e a fagocitose por neutrófilos ou células do sistema fagocítico-mononuclear (FERREIRA; TELES FILHO, 2005; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

A disseminação ocorre pelas vias hematogênica, linfática, canalicular e por contigüidade (FERREIRA; TELES FILHO, 2005)

A doença desenvolve-se por um processo piogênico granulomatoso com evolução crônica, acometendo com maior freqüência pulmões, supra-renais, linfonodos, laringe/faringe, tegumento cutâneo mucoso. Outros órgãos que podem estar envolvidos no desenvolvimento da micose incluem: sistema nervoso central, órgãos reprodutivos, olhos e anexos, tireóide, fígado, pâncreas, medula óssea, tecido ósseo e intestino (MARQUES, 2003; MENDES; YASUDA, 2003; MENDES, 2005; FERREIRA; TELES FILHO, 2005; VERLI et al., 2005).

A classificação das formas da PCM é baseada em critérios como topografia das lesões, gravidade da doença, resultados de reações sorológicas e história natural. Ferreira (2005); Shikanai-Yasuda et al. (2006) apontaram como modelo a classificação desenvolvida no *International Colloquium on Paracoccidiodomycosis* realizado em 1986 em Medellin, Colômbia a qual relaciona dados clínicos com a história natural da doença, conforme divisão a seguir:

- paracoccidioidomicose-infecção;
- paracoccidioidomicose-doença;
 - forma sub-aguda ou aguda (tipo juvenil)
 - moderada e grave;
 - forma crônica (tipo adulto)
 - • unifocal e multifocal e
 - forma residual (sequelar).

Em relação ao quadro clínico, Mendes (2005) destacou que a PCM é polimórfica, o que pode levar em alguns casos à indução de outros diagnósticos. Em geral os pacientes apresentam mal-estar, anorexia, emagrecimento podendo levar a caquexia. A febre pode ser considerada um sinal de gravidade.

O diagnóstico da PCM pode ser realizado através de exame histopatológico (microscopia direta em raspado de lesões cutâneo mucosas, em secreção purulenta de gânglios linfáticos ou em escarro), pelo isolamento e identificação do fungo através de material clínico e técnicas sorológicas.

Exames com maior especificidade e complexidade, devem ser solicitados dependendo da forma de apresentação clínica, da suspeita clínica ou alterações de testes laboratoriais.

Conforme Del Negro; Gonçalves (2005) os exames de diagnósticos por imagem, têm sido de grande relevância quando se deseja detectar sítios de contaminação quando há disseminação da doença.

Segundo Marques (2003); Mendes; Yasuda (2003); Teles Filho (2005) o tratamento da PCM não se apresenta definido e apontaram que há carência de trabalhos científicos comparativos e randomizados, com evidências claras e delineadas. E embora exista uma gama de medicamentos eficazes para a terapêutica da PCM, estes possuem limitações devido à toxicidade, à interação medicamentosa e fatores que precisam ser sempre considerados pelo profissional ao prescrever o tratamento farmacológico.

Para a escolha do fármaco deve-se levar em consideração a eficácia e a segurança das drogas antifúngicas utilizadas, bem como o acesso do paciente ao medicamento durante todo o tratamento (TELES FILHO, 2005).

Entre as drogas antifúngicas utilizadas para o tratamento da PCM destacam-se os derivados Sulfamídicos, os derivados Azólicos e os derivados Triazólicos de segunda geração, que segundo Mendes; Yasuda (2003); Teles Filho (2005) são utilizados para o tratamento inicial de ataque.

Outro antifúngico utilizado é a Anfotericina B ou outras formulações lipídicas, o qual pode ser indicado em todas as formas de PCM, especialmente nos casos graves e com resistência a outras drogas, porém sua utilização deve ser feita com cautela, uma vez que a droga provoca diversos efeitos adversos, e é de alta toxicidade necessitando de acompanhamento clínico e laboratorial periódico.

Marques (2003); Mendes; Yasuda (2003); Teles Filho (2005) consideraram que a terapêutica da paracoccidioidomicose abrange além do tratamento farmacológico, medidas que melhorem de forma global as

condições dos pacientes, tais como repouso, tratamento de co-morbidades, adoção de dieta hiperproteica e hipercalórica, uma vez que doenças como desnutrição protéico-calórica, imunodepressão celular e anemia geralmente estão associadas à infecção pelo *P. brasiliensis*. Martinez; Moya (1992), Marques (2003); Martinez (2005); Teles Filho (2005) sugeriram a restrição do álcool e tabaco.

O tratamento da PCM é de longa duração com o intuito de evitar manifestações clínicas, recidivas e irá depender do grau de imunossupressão, presença e intensidade de desnutrição, virulência, droga e esquema terapêutico, com necessidade de acompanhamento periódico em regime ambulatorial até serem obtidos os critérios de cura clínicos, micológicos, radiológicos e imunológicos (MENDES; YASUDA 2003; TELES FILHO, 2005; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

Conforme os autores citados no parágrafo anterior possivelmente nunca o termo cura, poderá ser utilizado para os portadores de PCM, uma vez que o fungo não pode ser erradicado de seus portadores. Há apenas uma diminuição do fungo no organismo, possibilitando a recuperação da imunidade celular, mas sempre haverá a possibilidade de reativação tardia do *P. brasiliensis*.

Após a interrupção do tratamento o paciente precisa de acompanhamento ambulatorial, para realização de exames clínicos e sorológicos, conforme cada caso, onde qualquer elevação nos valores dos títulos justifica a reintrodução das drogas especificadas (SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

Desta forma, Mendes; Yasuda (2003) destacaram que após o tratamento inicial é instituído o de manutenção, o qual será mantido até um ano depois de se negativar a pesquisa de anticorpos séricos específicos, desde que o cliente permaneça sem sinais clínicos e a presença de lesões pulmonares cicatriciais à radiografia de tórax.

1.2 Justificativa

Na qualidade de enfermeira assistencial do setor de Moléstias Infecto-contagiosas de um hospital geral que presta assistência aos clientes portadores de várias doenças infecciosas, dentre elas a paracoccidiodomicose em todas as formas clínicas, observamos que alguns indivíduos portadores desta afecção apresentam lesões aparentes às vezes deformantes, com recidivas constantes e ou importantes complicações emocionais e ou sociais.

Os fatores acima podem demandar em internações sucessivas, afastamentos constantes do trabalho e muitas vezes aposentadorias precoces com conseqüente perda da renda familiar, entre outros.

Percebemos que em alguns casos mesmo com a presença de lesões aparentes e deformantes, os clientes não seguem de forma correta as orientações fornecidas durante a internação ou na consulta ambulatorial.

Assim, optou-se por realizar o levantamento dos prontuários dos portadores de Paracoccidiodomicose cutâneo mucosa, para identificar e analisar os motivos que os levam a não aderir ao tratamento e ou seguimento clínico regular e, conseqüentemente fornecer subsídios para que a equipe de enfermagem ofereça uma assistência sistematizada e contribua para a obtenção do controle da doença e para a minimização de suas complicações.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

- Caracterizar os clientes portadores de Paracoccidioidomicose cutâneo mucosa atendidos em um hospital escola do interior paulista.
- Identificar os motivos da não adesão ao seguimento clínico terapêutico pelo portador de Paracoccidioidomicose cutâneo mucosa, atendidos em um hospital escola do interior paulista.

MATERIAL E MÉTODO

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Local do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo por meio da análise de prontuários de portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa, disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

Este hospital é considerado de referência para as mais variadas doenças infecciosas, incluindo a paracoccidiodomicose.

3.2 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, para apreciação e permissão para a coleta de dados, tendo sido aprovado de acordo com o Processo HCRP nº 10767/2006 (Anexo B).

3.3 População e Amostra

Inicialmente selecionou-se 190 prontuários de indivíduos portadores de PCM, em acompanhamento clínico terapêutico (em regime de internação ou ambulatorial), assistidos no referido hospital no período de janeiro de 2000 a junho de 2006.

Os critérios de inclusão foram indivíduos de ambos os gêneros, maiores de 16 anos de idade, com PCM enquanto diagnóstico principal, que apresentam ou já apresentaram lesão aparente.

Considerou-se portador de PCM aqueles clientes que tiveram exames histológicos das lesões cutâneas ou de mucosas e os que apresentaram anticorpos anti-*P. brasiliensis* na reação de contraímunoeletrofores (CIE).

Foram excluídos 116 prontuários, entre os quais havia indivíduos que apresentavam diagnóstico de paracoccidiodomicose secundário a comorbidades (linfoma não Hodgking, linfoma de Hodgking e HIV/aids), outras formas de PCM (ganglionar, óssea, em sistema nervoso central, pulmonar, laríngea, abdominal, adrenal, esofágica), clientes com idade inferior a 16 anos de idade, prontuários em que após exames laboratoriais o diagnóstico de PCM foi descartado e óbitos após a necropsia não foram constatadas a patologia.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de 01 de janeiro a 30 de abril de 2007.

Mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, solicitamos ao SAME a listagem contendo o número de registro dos portadores de PCM cutâneo mucosa, assistidos no referido hospital, no período de janeiro de 2000 a junho de 2006, os quais estavam cadastrados conforme os agrupamentos B41 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Os dados foram coletados a partir das anotações da equipe de saúde, por meio de revisão de todos os prontuários dos clientes. Os dados

foram registrados no formulário elaborado para este estudo, que consta no Apêndice A.

3.5 Análise dos Dados

Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise realizada pela distribuição de frequência e estimativas de média. Os dados foram organizados a partir de uma planilha no programa Excel 2007 e tratados através do software Epi-info 3.3.2.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil epidemiológico de portadores de paracoccidioidomicose cutâneo mucosa

A amostra foi composta por 74 prontuários de portadores de PCM cutâneo mucosa, sendo o gênero masculino predominante em 86,5%.

A idade média dos clientes foi de 44,5 anos e moda igual a 45, com faixa etária variando de 18 a 82 anos, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição do número e porcentagem de portadores de PCM cutâneo mucosa assistidos em um hospital de ensino segundo a faixa etária, Ribeirão Preto, 2006.

Faixa Etária	N	%
18 - 30	08	10,8
30 - 40	21	28,4
40 - 50	21	28,4
50 - 60	16	21,2
60 - 70	05	6,8
70 - 82	03	4,0
Total	74	100

Os dados acerca da escolaridade não foram encontrados em 49 (66,2%) prontuários, 10 (13,5%) possuíam primeiro grau completo; 8 (10,8%)

primeiro grau incompleto; 05 (6,8%) eram analfabetos; 01 (1,4%) com segundo grau completo e 01 (1,4%) possuía terceiro grau completo.

De acordo com os dados coletados nos prontuários identificou-se que em relação à variável raça, que 55 (74,3%) eram brancos e 19 (25,7%) eram não brancos.

Em relação à procedência as cidades foram agrupadas considerando-se o Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, e 53 (72,8%) pertenciam a esse grupo, sendo 17 (23,0%) pertencentes a cidade de Ribeirão Preto; 18 (24,4%) eram procedentes de outras cidades do Estado de São Paulo, 02 (2,7%) do Estado de Minas Gerais e 01 (1,4%) do Estado do Maranhão.

Quanto a variável ocupação, destaca-se que 25 (33,8%) eram de trabalhadores rurais ativos, sendo 21 lavradores, os outros três desenvolviam atividades de tratorista, caminhoneiro e operador de máquina no corte de cana de açúcar e um agricultor; 09 (12,2%) eram da construção civil dos quais cinco pedreiros, dois pintores de edifício, um encanador e um servente; 08 (10,8%) eram aposentados, e anteriormente quatro eram serralheiros, um borracheiro, um mecânico e dois sem informação; 03 (4,0%) trabalhavam como domésticas; 03 (4,0%) do lar; 03 (4,0%) eram serralheiros; 02 (2,7%) possuíam atividades ligadas ao comércio; 02 (2,7%) eram cozinheiros; 02 (2,7%) borracheiros, 02 (2,7%) estudantes e 02 (2,7%) no momento estavam desempregados. Outros 13 (17,7%) exerciam atividades profissionais diversificadas, tais como gráfico, vigia, servente em produção de cerâmica, olaria, funcionário público (empresa do correio), mecânico, assistente social,

serviços gerais, motorista de coleta de lixo, digitador, serviços administrativos de usina e *motoboy*.

Os dados acerca das ocupações dos portadores de PCM desta investigação estão apontados na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição do número e porcentagem de portadores de PCM cutâneo mucosa assistidos em um hospital de ensino segundo a ocupação, Ribeirão Preto, 2006.

Ocupação	N	%
Profissões diversas	32	43,2
Trabalhador rural	25	33,8
Construção civil	09	12,2
Aposentados	08	10,8
Total	74	100

Na sequência serão apresentados os dados sobre os fatores que podem influenciar na aquisição e desenvolvimento da PCM.

4.2 Caracterização dos fatores predisponentes da aquisição da infecção por paracoccidioidomicose

Em relação ao local de moradia os dados obtidos apontaram que 69 (93,2%) residiam em área urbana, 04 (5,4%) em área rural e em 01 (1,4%) prontuário não havia essa informação.

O uso do tabaco foi relatado por 62 (83,8%) clientes, 11 (14,9%) não tinham o vício do cigarro e 02 (2,7%) sem informação. Destes, 10 (15,6%) indivíduos largaram o vício após iniciar o tratamento e 01 (1,4%) sem informação.

Quanto à ingestão de bebida alcoólica, 47 (63,5%) clientes apontaram fazer uso, 24 (32,4%) informam não usar e 03 (4,0%) sem informação, com destaque para 35 indivíduos com ingesta de aguardente, 05 bebiam aguardente durante a semana e cerveja nos fins de semana; 04 ingeriam cerveja; 01 conhaque e 02 sem informação. Apenas 16 (32%) clientes deixaram de ingerir bebida alcoólica após o início do tratamento.

Ao associarmos tabagismo e ingesta de álcool os dados encontrados apontam para 41 (55,4%) clientes.

4.3 Caracterização das lesões causadas pelo *P. brasiliensis*

O tempo de aparecimento das lesões variou de 02 a 730 dias, com média de 120 e moda igual a 30, como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição do número e porcentagem de portadores de PCM cutâneo mucosa assistidos em um hospital de ensino segundo o tempo de aparecimento das lesões, Ribeirão Preto, 2006

Tempo (dias)	N	%
02 - 90	23	32,1
90 - 180	21	28,4
180 - 270	09	12,2
270 - 360	03	4,0
360 - 450	03	4,0
450 - 600	01	1,4
600 - 730	11	14,9
Sem informação	03	4,0
Total	74	100

Constatou-se que os locais e tipos das lesões podem ser os mais variados e aparecem em qualquer seguimento corporal.

No que diz respeito aos locais das lesões, 64 (86,5%) apresentaram em mais de um seguimento corporal e em 10 (13,5%) em apenas uma região.

Quanto à topografia dos diferentes sítios anatômicos acometidos, verificou-se que a face foi o local mais acometido sendo 28 (37,8%) lesões na região labial, 16 (21,6%) nas narinas, 12 (16,2%) no pavilhão auricular, 11 (14,9%) na face lateral da língua e gengiva, 09 (12,1%) no malar e mucosa jugal, 06 (8,1%) em palato (mole/duro), 04 (5,5%) nos olhos (pálpebra e supercílio), 03 (4,0%) no mento e região frontal, 02 (2,8%) em couro cabeludo e 01 (1,4%) no zigoma.

Lesões nos membros superiores foram identificadas em 05 (6,8%) clientes, e acrescentando a esses dados de forma isolada temos 05 na região axilar e 05 nas mãos, 04 em cotovelos e 02 nos dedos e 01 no punho.

Segundo os registros nos prontuários também foram encontradas 05 (6,8%) lesões nos membros inferiores e acrescentando-se a esses dados de forma isolada, 06 nos pés, 05 em podotáctilos, 04 na face anterior da coxa, 02 em maléolos e 01 no joelho e 01 na tíbia.

Lesões na região cervical foram identificadas em 07 (9,5%) clientes, seguidos de 05 (6,8%) na região abdominal, 02 (2,7%) na região glútea 02 (2,7%) na região lombar e dorso. Três (4,0%) indivíduos possuíam lesões na região inguinal, peniana, perianal e anal.

Entre os clientes que apresentaram lesão única, os locais de maior freqüência foram lábios, asa nasal, pavilhão auricular, mucosa jugal e base da língua.

Alguns clientes apresentaram mais de um tipo de lesão, sendo as mais freqüentes 23 úlceras com pontos hemorrágicos, 21 úlcero-vegetante, 19

granulomatosas, 18 infiltrativas esbranquiçadas, 17 fístulas com secreção purulenta ou exsudato, 14 úlceras com crostas, 09 úlceras com pápulas, 07 hipercrômicas, 05 hipocrômicas, 04 verrucosas. Outros tipos de lesões foram avaliadas como mariforme, numulares, vegetante em cachos, coalescente em mácula, necrosada e duas sem descrição.

4.4 Caracterização dos aspectos relacionados às internações hospitalares e da adesão ao tratamento do portador de paracoccidioidomicose cutâneo mucosa

Ao se analisar as internações hospitalares, detectou-se que 50 (67,6%) clientes tiveram a necessidade de internação hospitalar e o número variou de um até oito dias por cliente.

Quanto aos motivos das internações 25 (50,0%) foram decorrentes da piora das lesões cutâneas necessitando de transição da medicação de via oral para intravenosa e para avaliar a adesão, 24 (48,0%) para investigar e ou iniciar tratamento, 02 (4,0%) para adquirir a medicação e dar continuidade ao tratamento, 02 (4,0%) devido o aparecimento de patologia secundária (insuficiência adrenal) a PCM. Sendo que 32 (43,2%) indivíduos tiveram mais de um motivo para a admissão hospitalar.

Os indivíduos que tiveram necessidade de troca do tipo de classe dos medicamentos por via oral, foram feitos e avaliados durante as consultas ambulatoriais.

O tratamento farmacológico foi instituído para todos os clientes e as drogas prescritas foram para 44 (59,4%) clientes a associação de sulfametoxazol-trimetoprim (cotrimoxazol) via oral, para 09 (12,2%) Sulfadiazina, para 07 (9,5%) Itraconazol, para 05 (6,8%) a associação de sulfametoxazol-trimetoprim (cotrimoxazol) via intravenosa, para 03 (4,0%) Anfotericina B; para 03 (4,0%) Cetoconazol; para 02 (2,7%) Nizoral e para 01 (1,4%) Fluconazol, conforme a tabela 4.

Tabela 4: Distribuição do número e porcentagem de portadores de PCM cutâneo mucosa assistidos em um hospital de ensino segundo as classes de drogas antifúngicas utilizadas no tratamento, Ribeirão Preto, 2006

Classe de Antifúngicas	N	%
Sulfamidídicos	58	78,4
Azólicos	13	17,6
Anfotericina B	03	4,0
Total	74	100

Houve necessidade de troca da terapia medicamentosa para 55 (74,3%) clientes, com o objetivo de consolidar o tratamento, sendo 25 (41,7%) necessitando de transição da medicação de via oral para intravenosa, sendo 17 por baixa adesão; 22 (36,7%) devido à falta de resposta clínica, 09 (15,0%) por recidiva em outros órgãos sendo necessário trocar o tipo de antifúngico via oral, 03 (5,0%) pelo surgimento de efeitos adversos e 01 (1,6%)

porque não foi possível conseguir a medicação na cidade de origem. Ressalta-se que alguns clientes tiveram necessidade de mais de uma substituição do medicamento.

Quando se associa a adesão a terapêutica ao tratamento farmacológico, constatou-se que 39 (52,7%) clientes fizeram uso intermitente do mesmo, ou seja, em algum momento deixaram de ingerir a medicação e novamente seguem o tratamento, observou-se que 19 (25,7%) clientes realizaram o tratamento de forma correta, 16 (21,6%) não utilizaram a medicação em nenhum momento.

Dos 55 clientes que fizeram uso irregular das medicações, destacou-se como principais motivos descritos nos prontuários: 24 devido a falta da medicação na rede pública e a maioria não possuíam condições financeiras para adquirir e três que compraram na farmácia eram de dosagens diferentes que as prescritas, 14 suspenderam os medicamentos por conta própria, sendo 04 porque houve o desaparecimento das lesões, 12 alteraram a medicação ou a dosagem por conta própria, 09 esqueceram de tomar alguma dose (durante a tarde) do medicamento, 07 perderam a receita médica ficando sem a medicação até o próximo retorno, 03 devido o surgimento de efeitos adversos e pararam e 01 entendeu que era para parar a medicação. Alguns clientes tiveram mais de um motivo para interrupção dos medicamentos.

A falha na aderência ao tratamento pode ser também caracterizada pelo número de faltas nas consultas ambulatoriais, as quais variaram de um a

seis, sendo que 45 (60,8%) sujeitos tiveram falta em alguma de suas consultas médicas agendadas.

Dos 45 sujeitos que deixaram de comparecer às consultas médicas, 31 (41,9%) perderam o contato com o hospital sem razão específica, desses nove continuaram a tomar a medicação e três não tomaram a medicação, 22 (29,8%) abandonaram o tratamento em algum momento, 15 (20,12%) não colheram exames solicitados e 02 (2,7%) não conseguiram condução para o dia do retorno. Havia registros de mais de um motivo alegado pelo cliente por não comparecer e abandonar o tratamento várias vezes.

Ao se avaliar o seguimento clínico dos portadores de PCM pode-se observar que 40 (54,0%) abandonaram o tratamento de forma definitiva. Verificou-se que entre os trinta e nove clientes que utilizaram de forma intermitente 22 abandonaram definitivamente o tratamento; dos dezenove que fizeram uso conforme a prescrição médica, 12 consolidaram a terapia e permanecem em acompanhamento ambulatorial anual somente para controle da doença, 06 abandonaram e 01 obteve alta com cura clínica e foi orientada a procurar os serviços de saúde caso ocorra o surgimento de qualquer alteração; entre os dezesseis que não aderiram ao tratamento, 12 abandonaram e 04 evoluíram para óbito.

4.5 Caracterização dos aspectos relacionados às orientações e encaminhamentos realizados pela equipe de saúde aos portadores de paracoccidioidomicose cutâneo mucosa

A equipe médica no momento da consulta forneceu orientações a 28 (37,9%) clientes quanto ao uso correto dos medicamentos, para a continuidade do mesmo por tempo prolongado e os riscos do abandono do tratamento, 11 (14,9%) foram informados quanto a necessidade de parar de fumar, para 04 (5,4%) a orientação foi centralizada quanto a importância de não ingerir bebida alcoólica, para 04 (5,4%) abordaram sobre o uso do bicarbonato de sódio com o medicamento sulfadiazina. Outras três orientações eram referentes a ingerir o medicamento após o almoço (Itraconazol), manter-se afastado do trabalho até a melhora das lesões e necessidade de aumentar a ingestão alimentar devido anemia. Doze clientes receberam mais de uma orientação na mesma consulta.

Dos 74 clientes, 52 (70,3%) foram atendidos diretamente no ambulatório de moléstias infecto contagiosas (MI), enquanto que 22 (29,7%) procuraram atendimento em outras especialidades e posteriormente foram encaminhados para a especialidade de MI.

Quanto aos registros realizados pela equipe de enfermagem, nos prontuários, após a consulta médica, constam apenas que os clientes receberam orientação em realização de exames e agendamentos de novos retornos

Na presente investigação 47 (63,5%) foram encaminhados para avaliação de outras especialidades médicas e/ou profissionais enquanto que 27 (36,5%) foram avaliados somente no ambulatório de MI. Dentre os encaminhamentos destaca-se que 18 (24,4%) foram para assistente social, 12 (16,2%) para dermatologia, 06 (8,2%) para nefrologia, 05 (6,8%) para pneumologia, 05 (6,8%) para cabeça e pescoço, 04 (5,4%) para fonoaudiologia, 03 (4,0%) encaminhados para a endocrinologia, 03 (4,0%) para hematologia, 03 (4,0%) para neurologia, 03 (4,0%) para otorrinolaringologia e 03 (4,0%) para plástica, 02 (2,7%) para o ambulatório de hepatites e 02 (2,7%) para proctologia e 01 (1,4%) para psiquiatria e neurologia. Ressalta-se que vários indivíduos foram encaminhados para mais de uma especialidade médica ou profissional.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Houve nesta investigação o predomínio de clientes portadores de PCM do gênero masculino, o que está em ressonância com outros estudos científicos que mostram uma variação de 70 a 98,6% deste gênero (BISINELLI et al., 2001; MALUF et al., 2003; FORNAJEIRO et al., 2003; PALHETA-NETO et al., 2003; SANTOS et al., 2003; VERLI et al., 2005).

Bittencourt; Oliveira; Coutinho (2005) relataram em estudo sobre mortalidade por PCM no Estado do Paraná, de 1980-1998, onde 551 óbitos ocorreram em homens, o que correspondeu a 85,3% da população estudada.

Estudos apontam que a mão de obra em atividades rurais é predominantemente masculina, havendo pequena inserção de mulheres neste tipo de atividade (COUTINHO et al., 2002; MARTINEZ, 2005).

Outros autores atribuíram a menor prevalência da PCM em mulheres devido a proteção estrogênica, que inibe a transformação de micélios e conídeos em leveduras, ou seja, a forma parasitária do fungo (SEVERO 1998; ARISTIZÁBAL, 2002; FERREIRA; TELES FILHO, 2005).

Quanto à faixa etária houve predomínio dos sujeitos entre 30 e 49 anos de idade e segundo Martinez (2005) apesar da doença poder acometer indivíduos a partir de dois anos de idade, a sua forma crônica surge em adultos entre 30 e 50 anos, devido reativação do foco endógeno latente (MARTINEZ, 2005; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006). Acrescentaram ainda que

indivíduos da área rural possuem maior dificuldade de acesso em serviços de saúde o que contribui para o diagnóstico tardio da doença.

Fornajeiro et al. (2005) evidenciaram que a faixa etária predominante foi de 30 a 50 anos. Bisinelli et al. (2001); Verli et al. (2003) descreveram, respectivamente, 40,1% e 70,5% portadores de PCM com idade entre 40 e 50 anos.

Martinez; Moya (1992) apontaram média de idade de 50,9 anos, predominando na faixa etária de 29 aos 77 anos em pacientes com a forma crônica da doença. Para Santos et al. (2003) a média de idade entre os doentes foi de 52,6 anos, variando de 32 a 76 anos de idade.

Na presente investigação houve o predomínio da raça branca. A variável raça não foi destacada nos diversos artigos científicos levantados para essa casuística. A esse respeito, Quagliato et al. (2005) em estudo comparativo de portadores de tuberculose e paracoccidioidomicose quanto à incidência racial, colocou ser difícil a classificação racial em nosso país, devido à miscigenação, mas apontou que possivelmente a cor branca é predominante em clientes com PCM.

Quanto a escolaridade este dado não foi anotado no prontuário de 49 (66,2%) sujeitos. Ressaltamos que somente um sujeito desta amostra possui terceiro grau completo e 14 não terminaram o primeiro grau.

Palheta-Neto et al. (2003) analisando 26 prontuários de pacientes com PCM observaram que 15 (57,8%) não haviam completado o primeiro grau e um apenas com terceiro grau completo. Afirmam ainda, que a falta de escolaridade demonstra as desigualdades sócio-econômicas, culturais e

educacionais fortemente arraigadas em nosso país, bem como um deficiente sistema de saúde que não engloba medidas profiláticas para as doenças crônicas.

Lignani; Greco; Carneiro (2001) em estudo sobre portadores de HIV/AIDS apontaram que a variável escolaridade interferiu diretamente na aderência aos antiretrovirais e que os pacientes com menos de quatro anos de ensino fundamental foram três vezes menos aderentes quando comparados com aqueles com mais de quatro anos.

Figueiredo et al. (2001) atestaram que o nível de escolaridade está associado ao erro ou acerto no emprego da terapia antiretroviral, sendo que no grupo com maior número de acertos a média de idade foi de 8,4 anos, para 6,6 anos de estudos no grupo onde ocorreu o erro.

Peixoto (2001) observou que a diminuição da aderência tanto para as medidas farmacológicas como para as não farmacológicas, foi maior em indivíduos com menor grau de instrução.

Acredita-se que esta variável deve ser considerada pelo profissional de saúde que irá orientar os clientes. Nesse aspecto, a enfermagem através de consultas e acompanhamento periódico pode detectar o grau de dificuldade de entendimento do cliente, quanto ao tratamento farmacológico (orientações sobre dosagem das drogas, horários, efeitos colaterais), e não-farmacológico (educação contínua, percepção de seus hábitos e a melhor maneira de tentar modificá-los, entre outros), o que pode contribuir para a melhoria na adesão.

Do ponto de vista sanitário, o Estado de São Paulo divide-se em regiões denominadas Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII antiga Divisão Regional de Saúde XVIII, que englobam os principais municípios e adjacências (Anexo A). Uma das cidades pertencente ao DRS XIII é Ribeirão Preto, e representa a principal cidade da região. Sua área engloba 27 municípios com destaque para o setor da agroindústria (RIBEIRÃO PRETO, 2007). Em relação à procedência, verificou-se que a maioria dos indivíduos eram pertencentes à microrregião da DRS XIII.

Ao se analisar a variável ocupação houve predomínio de indivíduos que exercem atividades rurais, seguidos por aposentados/inativos e operários da construção civil. Do total dos nove sujeitos aposentados, quatro trabalhavam na lavoura anteriormente.

Em um estudo acerca do perfil epidemiológico de indivíduos portadores de PCM no Estado do PR, Bisinelli et al. (2001), encontraram 44% de lavradores e 9,2% de operários da construção civil.

Coutinho et al. (2002) de forma similar encontraram em sua análise em relação a distribuição segundo a profissão que 888 (55,83%) eram trabalhadores rurais e 306 (19,28%) da construção civil, totalizando 1192 (75,11%) de mortes entre essas categorias, e consideraram a paracoccidiodomicose como a maior doença ocupacional entre os trabalhadores rurais.

Palheta-Neto et al. (2003) relataram que 42,3% exerciam atividades relacionadas à agricultura e 11,5% eram pedreiros. Verli et al. (2005) detectaram que 44,3% dos indivíduos realizaram atividade agrícola e 9,8%

eram pedreiros. Paniagno et al. (2003) encontraram que 45,5% eram trabalhadores rurais.

Em inquérito epidemiológico realizado por Fornajeiro et al. (2005) no qual foi utilizado a glicoproteína 43 (gp43) intradérmica para detecção da paracoccidiodomicose, detectaram que 100% dos voluntários adultos eram trabalhadores de indústria de álcool no município do Paraná.

Em relação à ocupação Bittencourt; Oliveira; Coutinho (2005) encontraram em sua investigação que 67,9% eram trabalhadores rurais, e destacaram que o maior número de óbitos e afastamentos ocorridos, foi entre estes trabalhadores seguidos pelos da construção civil.

O trabalho com o solo e vegetais é fator predisponente para a PCM, a qual pode ser considerada doença ocupacional conforme destacado por Martinez (2005), esta doença afeta ainda pedreiros e outros operários urbanos, mas que certamente realizaram atividade relacionada à agricultura no passado.

Inferese que o trabalho rural e na construção civil, são atividades e empregos comuns na população com condição sócio-econômica inferior, em geral com contratos de trabalho temporários e menor qualificação profissional no Brasil.

A desqualificação da mão de obra da construção civil, consiste em uma população de migrantes rurais, já anteriormente infectados em áreas endêmicas, apontaram Coutinho et al. (2002); Martinez (2005); Bittencourt; Oliveira; Coutinho (2005).

Diversos autores apontam que a infecção pelo *P. brasiliensis* ocorre com maior frequência em áreas rurais, fato que também pode ser observado em nossa investigação.

Ressalta-se que três indivíduos nunca tiveram contato com área rural, seja na forma de residência, trabalho ou passeio, é o caso de um sujeito que trabalhou como *motoboy*, de um serralheiro e de um digitador, sendo que este último relatou que anteriormente trabalhou em uma firma que necessitava viajar semanalmente para a região de Araraquara e inalava poeira de uma pedreira existente no local.

Corti et al. (2004) detectaram casos em indivíduos que alegaram nunca terem contato com área rural.

Maluf et al. (2003) em sua investigação sobre a determinação da prevalência da Paracoccidioidomicose-infecção através de teste sorológico de indivíduos residentes em diversos municípios do Estado do Paraná, apontaram que embora 86,7% dos indivíduos de sua amostra fossem provenientes de área urbana, sem dúvida 100% tiveram contato com o fungo no trabalho.

Um dos fatores que pode ser explicado é o fato de haver limites muito tênues entre zona rural e urbana, assim como o contato contínuo com partículas de solo em suspensão através de poeira e vegetação, o que pode explicar o porquê de alguns indivíduos mesmo sem contato rural, desenvolveram a doença.

Como citado anteriormente a utilização do tabaco e do álcool também foram apontados como fatores predisponentes para a PCM (MARTINEZ; MOYA, 1992; MARTINEZ, 2005).

O tabagismo e a ingestão de bebida alcoólica foram considerados nessa casuística em qualquer momento da vida, independente do tipo e quantidade utilizados.

Devido à ausência de informações, na maior parte dos prontuários quanto às especificações das dosagens de etanol ingeridas, não foi possível quantificá-las.

Acredita-se que todos os clientes fazem uso de forma crônica, uma vez que o tempo médio de uso para o cigarro é de 30 anos e para o álcool de 20 anos. Um cliente referiu fazer ingestão de álcool (aguardente) diariamente até ficar embriagado.

Assim como nesta investigação, diversos autores apontam o uso do tabaco e do álcool ligados aos portadores de PCM. Paniago et al. (2003) evidenciaram prevalência do tabagismo em 90,3% e do etilismo de 68,3% da população estudada. Verli et al. (2005) quando consideraram o uso do tabaco de forma isolada encontraram que 39,4% dos pacientes utilizavam e se associado ao etilismo esse número aumentou para 45,9%.

Palheta-Neto et al. (2003) relataram em seu estudo que 61,6% dos pacientes avaliados eram tabagistas e etilistas, 19% exclusivamente tabagistas e apenas 15,3% declararam não ter nenhum vício.

Santos et al. (2003) a partir de um estudo caso-controle apontaram o alcoolismo como um co-fator para o desenvolvimento da PCM e a

associação do álcool e do tabagismo foi fator de risco para a forma crônica da doença. Comprovaram a associação entre tabagismo e paracoccidiodomicose sendo que indivíduos que fumam acima de 20 cigarros ao dia adoecem oito anos antes que os não fumantes, porém não houve nenhuma interferência no tempo de adoecimento em relação ao alcoolismo.

O mecanismo pelo qual o uso do cigarro interfere e favorece o desenvolvimento da infecção, é a alteração da atividade enzimática e imunitária dos macrófagos que levam ao desenvolvimento de inflamação brônquica crônica e destruição alveolar (SANTOS et al., 2003). Ainda em relação ao etilismo, apontam que o consumo acima de 50g de álcool/dia aumenta a frequência de adoecimento.

O uso exclusivo de aguardente foi registrado por 70% de nossa clientela e quando associado com cerveja a porcentagem se eleva para 80%.

Martinez; Moya (1992) descreveram em um estudo de caso-controle que mais de 50% dos pacientes faziam uso do álcool com ingestão de mais de 60 ml/dia com preferência para bebidas de alto teor alcoólico (aguardente) principalmente em trabalhadores rurais e com maior faixa etária, o que vem caracterizar o alcoolismo como fator predisponente para a PCM especialmente para a forma crônica da doença. Esses doentes apresentam maior tendência para reativação mais freqüente e consequentemente com prejuízos para a cura, principalmente se houver ingestão acima de 100 ml/dia de bebida alcoólica.

Destacam ainda Martinez; Moya (1992), que o etilismo provoca diminuição da imunidade o que pode desencadear desnutrição, redução da função mucociliar e da produção de surfactante lesando a mucosa das vias respiratórias.

Após a inalação o fungo atinge a pele por via hematogênica ou por contigüidade (Mendes, 2005) ou por focos distantes originando-se de lesões mucosas ou linfonodos a partir do foco pulmonar primário (BISINELLI et al., 2001; MENDES; YASUDA, 2003).

Mendes (2005) destacou que as lesões na pele podem surgir em qualquer parte do corpo, sendo mais freqüente na face e menos na genitália, palma das mãos e planta dos pés.

A localização e o tipo das lesões na nossa casuística vão de encontro aos achados da literatura, como pode ser observado a seguir.

Assim como em outros estudos, destacamos a face como a segunda região mais atingida destacando lábios, região nasal, pavilhão auricular, face lateral da língua e gengiva, malar e mucosa jugal e palato duro/mole, considerando como sítio anatômico único ou não.

Outro local que pode ser afetado pelo *P. brasiliensis* é a região ocular. Encontrou-se no presente estudo dois indivíduos com lesões em supercílios os quais apresentavam lesões ulceradas, bordas regulares e planas, com pontos hemorrágicos, um indivíduo com lesão e crostas em pálpebra e um na glabella e supercílio com bordas infiltrativas e pontos hemorrágicos.

As lesões em região ocular são raras e de acordo com Gervini et al. (2004) foram descritos, desde 1923, apenas 55 casos na literatura mundial, sendo a maioria no Brasil.

Apontam ainda, que os locais mais acometidos são as pálpebras e as lesões iniciam-se por pápulas eritematosas com bordas regulares, fundo granulomatoso e pontos hemorrágicos.

O predomínio das lesões bucais com destaque a região labial em 19,27% dos indivíduos, seguida das lesões em gengivas, mucosa jugal, palato duro/mole e língua, foi descrito por Bisinelli et al. (2001) em sua investigação.

Verli et al. (2003) encontraram em seu estudo 65,6% lesões em mais de um sítio anatômico e com predomínio para a gengiva (63,9%), seguidos do palato duro/mole, mucosa e língua.

As lesões de mucosa bucal de acordo com Ferreira; Teles Filho (2005) podem ser estendidas até a gengiva, língua, palato mole, mucosa dos lábios e nasal e mesmo com o tratamento podem ficar seqüelas.

Palheta-Neto et al. (2003) encontraram que o local mais atingido pela PCM foi a parede nasal lateral e epiglote em 38,5%, região labial em 34,7% e em quarto lugar a gengiva em 23,1%, seguido pela língua em 19,3%.

Segundo Mendes (2005) as lesões em cavidade oral são mais freqüentes em palato dura e região gengival superior.

Em nosso estudo, além das lesões bucais, havia registro das condições dentárias caracterizadas como em péssimo estado ou dentes amolecidos em 15 (20,3%) clientes, 06 (8,2%) com odor fétido e presença de secreção e 05 (6,8%) com comprometimento da abertura da boca e dor.

Pacientes com manifestações estomatológicas podem apresentar além de lesões ulceradas, mobilidade dos dentes comprometida, dor, sangramento e sialorréia. Dentes em péssimo estado ou algum problema gengival foram registrados em 52,08%, dos indivíduos avaliados por Bisinelli et al. (2001).

Bisinelli et al. (2001); Shikanai-Yasuda et al. (2006) relataram que a avaliação do cliente deve incluir o tratamento odontológico como parte da terapêutica do portador de PCM.

Discorrem Bisinelli et al. (2001) que a boca e pescoço são importantes áreas de manifestação da doença. Esse fato deve-se a mucosa bucal fornecer substrato a via saprofítica do fungo.

Apontamos na nossa pesquisa a descrição de dois casos em que a região peniana e escrotal e um na região perianal e ânus foram acometidas.

Constatou-se que nos prontuários havia registro de lesões penianas, porém as mesmas não foram descritas no momento da avaliação. A bolsa escrotal apresentava lesão granulomatosa e ulcerada, seguida pela região perianal com lesões verrucosas e ânus entreaberto com presença de exsudato.

As lesões localizadas na região genital foram relatadas no estudo desenvolvido por Severo et al. (2000), os quais confirmaram onze pacientes com essas lesões entre 683 indivíduos protocolados em um Hospital em Porto Alegre-RS. Destacaram que anteriormente somente dezoito casos haviam sido descritos na literatura brasileira.

Vieira et al. (2001) em apresentação de um estudo caso com portador de PCM anal, relataram que as lesões anais estão presentes em apenas 1,3 a 2,4% dos pacientes podendo ser sistêmica ou local. Acreditaram que as mesmas foram adquiridas por via hematogênica, isto é, o foco primário foi o pulmonar devido à história de dispnéia, fadiga e resultados radiológicos.

Para Severo et al. (2000); Vieira et al. (2001) as lesões do trato genital em geral são classificadas como crônicas multifocal e caracterizadas por úlceras com bordas planas e endurecidas com granulação.

As lesões cutâneo mucosas de acordo com Palheta-Neto et al. (2003); Ferreira; Teles Filho (2005); Mendes (2005) em sua maioria caracterizavam-se por lesões pápulo-erosivas com fundo de aspecto de granulações vermelhas e múltiplas. Bisinelli et al. (2001) acrescentaram que em alguns casos podem surgir extensas e profundas ulcerações e de evolução lenta.

As lesões podem variar de tamanho, aspecto e cor e são caracterizadas pelo polimorfismo, com maior predominância das ulceradas com crostas, ou como abscessos, vegetações ou verrucosas, agrupadas ou isoladas (MENDES, 2005).

Placas eritematosas e numulares são infreqüentes conforme apontam Mendes (2005) e no presente estudo esses dados foram corroborados com a literatura.

Não foram achados dados acerca das condições psicossociais, emocionais e familiares dos clientes. A esse respeito pode-se observar no portador de PCM com lesão aparente modificação em sua auto-imagem, o

que pode provocar efeitos em várias facetas da vida do indivíduo, conforme Bertazone et al. (20).

Os autores evidenciaram em seu estudo através das falas dos sujeitos, que esses se sentem rejeitados por apresentarem uma imagem diferente daquela exigida pela sociedade, levando o indivíduo ao isolamento, falta de motivação para o cuidado, desesperança, raiva e outros. Tais fatos podem contribuir para a emergência de sentimentos negativos e conseqüente diminuição de sua auto-estima.

Desta forma, o enfermeiro precisa estar atento as modificações de comportamento que o indivíduo poderá apresentar frente a uma doença crônica e alteração na sua auto-imagem, com importante papel no ajustamento deste paciente á sua nova situação

Quando há suspeita de PCM, o cliente é internado para a realização de exames sorológicos, bioquímicos e hemograma, além de biópsia de pele, mucosa ou linfonodo para confirmação do diagnóstico e com início imediato do tratamento e orientações gerais do mesmo.

Para fins de diagnóstico da PCM cutâneo mucosa, é também realizado biópsia da lesão, mucosa ou linfonodo para análise anatomopatológica. Essa é uma técnica simples, que permite fácil identificação do fungo e possui baixos custos (Paniago et al., 2003), bem como permite o diagnóstico diferencial para outras micoses (BISINELLI et al., 2001).

Quando se fala em internação hospitalar para o paciente crônico, significa que o mesmo tenha apresentado um episódio agudo da doença.

Inferimos que a agudização pode ser evitada se o cliente conhecer a sua doença e souber lidar com as modificações advindas da mesma e, ainda, seguir corretamente o tratamento recomendado.

Em relação ao agravamento da doença em um paciente que está em tratamento ambulatorial com recidivas de internações, pode-se considerar como um dos fatores contribuintes para as reinternações o grau de adesão ao tratamento indicado (PEIXOTO, 2001).

Osterberg; Blaschke (2005) apontaram que as admissões hospitalares nos EUA devido a doenças crônicas, variaram de 33 a 69% e a não aderência à terapêutica foi o principal fator.

Pode-se perceber, em nosso estudo, que as internações hospitalares se deram principalmente devido à piora das lesões com recidivas locais e em outros órgãos, sendo mais freqüente entre os indivíduos não aderentes.

Um cliente com suspeita de PCM recusou a internação hospitalar, realizando os exames em ambulatório.

Os clientes ao serem internados para investigação ou confirmação do diagnóstico médico, são submetidos entre outros a exames anatomopatológicos por biópsia de pele, linfonodo ou mucosa. Como exame complementar no auxílio do diagnóstico, nesse serviço, é realizado o teste sorológico de CIE.

Del Negro; Gonçalves (2005) relataram que a CIE é um exame com sensibilidade de 80 a 100% e especificidade acima de 95%, ou seja, aumenta a confiabilidade diagnóstica. Acrescentaram que este exame tem sido empregado nos pacientes em seguimento e sob tratamento, uma vez que

permite a avaliação da resposta do hospedeiro ao tratamento específico (MARQUES, 2003; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

Ente os portadores de PCM internados para avaliar a piora das lesões, recidivas e a adesão pelo uso dos medicamentos prescritos, houve a necessidade de troca dos mesmos para via intravenosa, sendo constatada a melhora das lesões e das condições clínicas durante a internação, comprovando a baixa adesão. No momento da alta hospitalar foi prescrito outro grupo de medicamento para tentar melhorar a aderência.

Conforme Osterberg; Blaschke (2005) a baixa aderência deve ser sempre considerada quando o cliente não está respondendo à terapia.

Os clientes com maior número de internações hospitalares apenas compareciam ao serviço quando apresentavam péssimas condições de saúde com aumento das lesões ou de forma generalizadas, com odor fétido e outras doenças associadas.

Um deles possuía lesão multifocal em membros inferiores, especificamente com início em hálux, evoluindo para os demais dedos, dorso do pé e calcâneo esquerdos, sendo preciso a reconstrução do membro pela plástica, com quadro de emagrecimento, desidratação e péssimas condições higiênicas. Três indivíduos, além das lesões apresentavam desnutrição protéico calórica, deglutição prejudicada e PCM em outros órgãos (pulmão, intestino) evoluindo para óbito. Durante a internação, esses clientes apresentavam instabilidade do quadro clínico e disseminação das lesões, tendo como indicação para o uso dos

medicamentos cotrimoxazol e a anfotericina B via intravenosa. Ao apresentarem melhora clínica e alta hospitalar, não compareciam aos retornos agendados por um período de um ano e meio em média e tampouco continuavam o tratamento em domicílio.

Telles Filho (2005) destacou que o uso do cotrimoxazol intravenoso é indicado quando há o comprometimento da orofaringe, deglutição prejudicada e intestinal, que pode interferir na absorção dos medicamentos administrados via oral.

As internações também ocorreram para que os clientes recebessem os medicamentos itraconazol e cetoconazol, os quais não aderiram ao tratamento com o cotrimoxazol, seja por esquecimento, falta da medicação nos postos de saúde, efeitos colaterais ou abandono.

Conforme Shikanai-Yasuda et al. (2006) o fungo possui sensibilidade à maior parte das drogas antifúngicas, assim a maioria dessas substâncias podem ser utilizadas para o tratamento da PCM, embora a associação sulfametoxazol-trimetoprim por ser distribuída pela rede pública de saúde continua sendo a mais indicada e utilizada em ambulatório, tanto para pacientes na forma aguda ou crônica da doença, (MENDES; YASUDA, 2003; TELLES FILHO, 2005).

Acrescem que o medicamento itraconazol seria a droga de escolha para a grande maioria dos casos, tanto para as formas leves e moderadas da infecção, levando-se em conta a facilidade da administração oral em dosagem única, a menor taxa de recidiva e de reações adversas, o que

pode favorecer a adesão. No entanto, é prescrito de maneira restrita, por não ser fornecida gratuitamente pelos serviços de saúde e possuir alto custo para a maioria dos portadores de PCM.

A droga de escolha para o tratamento depende da gravidade, história de possível resistência a antifúngico previamente utilizado, possibilidade de absorção pelo tubo digestivo, existência de condições associadas à adesão do paciente ao esquema proposto são alguns pontos destacados por MENDES; YASUDA (2003); TELLES FILHO (2005); SHIKANAI-YASUDA et al. (2006).

Paniago et al. (2003) em seu estudo relataram que o tratamento medicamentoso utilizado para a clientela foi em 90,3% respectivamente foi o cotrimoxazol pela eficácia, grande tolerabilidade e distribuição gratuita na rede básica de saúde.

Em investigação desenvolvida por Verli et al. (2005), o antifúngico sulfadiazina foi prescrito para 57,5% para a realização do tratamento em seus doentes, seguido pelo cetoconazol e itraconazol. Apesar de 10,6% iniciarem tratamento com cetoconazol, este foi substituído pela sulfadiazina.

Ainda Verli et al. (2005), informaram que a troca do cetoconazol pela sulfadiazina foi devido ao maior acesso do paciente à obtenção da droga, por ter a PCM um período longo de terapia medicamentosa e a maioria dos doentes pertencerem a classe social e econômica inferior.

Palheta-Neto et al. (2003) também encontraram o uso de cotrimoxazol em 53,9% e 46,1% usaram fluconazol e cetoconazol.

Conforme a literatura o uso das sulfas no tratamento clínico ainda é a mais vantajosa em termos econômicos, mas se comparado a outras drogas possui maior resistência, efeitos colaterais e espectro de atividade. Dado que vai de encontro com os da presente investigação. Constatou-se que nem sempre o medicamento utilizado é o mais indicado.

Quanto ao seguimento clínico, Shikanai-Yasuda et al. (2006) apontaram que os portadores de PCM precisam ser acompanhados ambulatorialmente no primeiro ano a cada seis meses para avaliar se continuavam em remissão clínica do quadro. Após esse período o mesmo deverá ter alta e ser orientado a procurar o serviço quando necessário.

Dentre os clientes que evoluíram para óbito, dois possuíam lesões generalizadas, e foram internados duas vezes para receber medicação intravenosa por não seguirem o tratamento em domicílio, e um apresentava lesão em dois seguimentos corporais e um foi diagnosticado e não compareceu aos retornos. Nenhum deles havia seguido o tratamento medicamentoso corretamente.

O único cliente que obteve cura clínica apresentava lesão múltipla e seguiu corretamente as orientações e tratamento prescrito.

A interrupção do uso do medicamento por ordem médica foi devido o aparecimento de insuficiência adrenal, uso de antiretroviral em uma vítima de violência sexual. Nenhum dos casos houve piora das lesões ou alteração do quadro clínico durante o período em que a medicação foi suspensa de dois e quatro meses respectivamente. Outro cliente permaneceu sem medicação por sete meses, pois havia obtido alta, mas retornou com

sintomas pulmonares, sendo realizados os exames específicos e indicado o retorno da medicação.

Como descrito anteriormente, foi considerada adesão o cumprimento mais próximo possível do regime de tratamento prescrito, incluindo as prescrições médicas e orientações fornecidas pela equipe de saúde (comparecimento às consultas ambulatoriais, uso dos medicamentos e mudanças nos hábitos de vida).

De acordo com a literatura científica vários são as causas que podem desencadear a não adesão, e esses dados foram encontrados na presente investigação e serão discutidos a seguir.

Não identificou-se publicação sobre a aderência de portadores de PCM ao seguimento, porém, acredita-se que os fatores apontados em estudos sobre outras doenças crônicas possam subsidiar o planejamento de ações para esta clientela específica.

Um fator que interfere na aderência nas doenças crônicas, é o surgimento em alguns indivíduos de efeitos adversos fazendo com que estes abandonem a terapia medicamentosa.

Peixoto (2001) encontrou em 40,4% clientes com insuficiência cardíaca dificuldades para manejar os efeitos adversos dos medicamentos, o que levou a falta de adesão entre a população estudada.

Gonçalves et al. (1999); Lignani; Greco; Carneiro (2001); Gir; Valchulonis; Oliveira (2005) em estudos com clientes portadores de tuberculose e HIV/aids respectivamente, apontaram que os efeitos adversos

das drogas é um dos primeiros fatores determinantes para o não seguimento do tratamento.

Figueiredo et al.(2001) entrevistaram portadores de HIV/AIDS e obtiveram relatos de dificuldades relacionadas a ingestão de antiretrovirais por 47,5% da amostra, referentes aos efeitos colaterais dos mesmos.

Assim, como a terapia com antiretrovirais, anti-tuberculostáticos, anti-hipertensivos e outros, os medicamentos utilizados na terapêutica da paracoccidioidomicose, necessitam ser usados por longos períodos, o que pode provocar efeitos adversos em alguns indivíduos.

A duração do tratamento com antifúngicos no tratamento da PCM relaciona-se à gravidade da doença e ao tipo de droga utilizada. Independente do esquema terapêutico, inicialmente o uso dos medicamentos deve ser mantido até a obtenção da cura clínica (desaparecimento dos sinais e sintomas), ou seja, será diferente para cada indivíduo. (MENDES; YASUDA, 2003; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006). De acordo com esquema terapêutico ambulatorial a associação sulfametoxazol-trimetoprim via oral, por exemplo, deverá ser usado por 12 meses nas formas leves e até 24 meses nas formas moderadas. Para o itraconazol o tempo de tratamento irá variar de seis a dezoito meses (TELLES FILHO, 2005; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

Em estudo realizado com clientes hipertensos para descobrir estratégias que melhorem a adesão, quanto ao uso da medicação, Giorgi (2006) apontou que informações sobre possibilidade de efeitos adversos, a

duração e a possibilidade de se trocar o medicamento devem ser fornecidas.

Além da escolha do fármaco, problemas referentes a adesão ao tratamento e atenção às circunstâncias sociais e econômicas precisam ser valorizadas e fazer parte do plano terapêutico, como por exemplo, a garantia do fornecimento das medicações gratuitamente pelas instituições de saúde é o que afirmam Marques (2003); Teles Filho (2005).

A disponibilização de medicamentos é o primeiro fator que deve ser analisado para a efetivação da adesão, pois segundo Leite; Vasconcelos (2003) se o cliente tem acesso ao medicamento, a partir daí ele estará em condições para aderir ou não à terapêutica.

Quanto ao uso dos medicamentos prescritos, pode-se inferir que a distribuição gratuita é fundamental para o portador de PCM. Embora os medicamentos sejam fornecidos pela rede básica de saúde, muitas vezes, há falta dos mesmos, o que implica em interrupção do tratamento para muitos usuários, uma vez que a maior parte desta população possui condições financeiras precárias ou de desemprego e o auto custo dos medicamentos, faz com que os clientes deixem de fazer uso da mesma.

Condições sócio-econômicas, de educação, custo benefício do doente em sair de casa e ir buscar o medicamento, o que ocasiona em gastos para o mesmo, são fatores que influenciam negativamente na adesão ao tratamento (GONÇALVES et al., 1999).

Em estudo sobre adesão ao tratamento com pacientes portadores de insuficiência cardíaca, Peixoto (2001) observou que diversos pacientes não

compram o medicamento enquanto esperam pelo retorno. Muitos esperavam esse dia para renovar a receita médica, ou esperavam que o medicamento fosse suspenso, outros com receio de que as medicações fossem substituídas e ainda por estarem assintomáticos descontinuaram a medicação e o tratamento não farmacológico. Através de entrevistas com esses pacientes, encontrou diversas dificuldades relatadas para aderirem à terapêutica, tais como, além da falta de condições para adquirir o medicamento e desconhecimento da patologia, tratamento, complicações e riscos da doença.

De acordo com a OMS (2003) quando se analisa aspectos em relação aos pacientes, fatores como analfabetismo, condições econômicas e o desemprego são considerados determinantes para uma baixa adesão, assim como aceitação da doença, conhecimento da doença e custo benefício do cuidado, percepção do risco à saúde relacionado à doença, participação ativa e tomada de decisões na melhor forma de lidar com a doença e suas alterações.

A falta de condições econômicas, faz com que alguns clientes por residirem em outras cidades, estados ou municípios em sua maioria, dependem das conduções fornecidas pela prefeitura para virem às consultas médicas, as quais têm horário certo para sair e retornar ao local de origem. Dessa forma, os clientes saem cedo de suas residências e permanecem no hospital, às vezes, durante todo o dia, se alimentado de forma inadequada, gerando cansaço físico, mental, ansiedade e desatenção às orientações, gerando possíveis abandonos.

Acredita-se que uma interação entre os diversos serviços de saúde, verbalizando o tratamento realizado em locais mais perto de seu local de origem, pode proporcionar melhor acompanhamento, diminuir o número de internações, as faltas nos retornos agendados e no trabalho e principalmente a permanência com familiares.

Gonçalves et al. (1999) apontaram que ao iniciar a terapêutica ocorre a diminuição ou a ausência dos sinais e sintomas, o que acaba levando os indivíduos a pensar que não estejam mais doentes e abandonarem o tratamento antes do tempo recomendado.

Encontrou-se nos dados dos prontuários informações sobre indivíduos com falha na terapêutica devido ao esquecimento de ingerir as drogas.

Lignani; Greco; Carneiro (2001) a partir de relatos de indivíduos em uso de antiretrovirais, destacaram que o esquecimento vem em terceiro lugar entre as causas mais comuns de falha do tratamento.

Peixoto (2001) detectou que 29,4% dos clientes com insuficiência cardíaca referiram dificuldades em seguir adequadamente às medidas farmacológicas, devido o esquecimento de ingerir os medicamentos.

A equipe de saúde precisa fornecer opções para que o cliente não esqueça de ingerir os medicamentos, tais como esquemas de cores e desenhos, armazenamento dos mesmos em locais visíveis e de fácil acesso, e realização de contabilidade semanal dos medicamentos LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001).

Existem vários recursos com o objetivo de minimizar os erros e problemas com as medicações utilizadas. Figueiredo et al. (2001) sugerem

um quadro ilustrativo confeccionado com as embalagens, comprimidos e cuidados necessários para as diversas drogas, outro recurso é a elaboração de um roteiro de acordo com a prescrição médica, onde as medicações são associadas a rotina de cada paciente, como horários de jejum, refeições, trabalho e sono.

A enfermagem pode ter uma participação ativa na educação dos clientes, uma vez que estando mais próxima destes, pode identificar as necessidades individuais e assim fornecer orientações específicas para cada cliente.

O fato de o indivíduo pensar estar curado porque desapareceram os sinais e sintomas, pode ser atribuído entre outros, por orientações fornecidas de forma inadequada pela equipe profissional.

Giorgi (2006) relatou que a linguagem usada pelos médicos tem influência sobre a aderência do cliente e que as informações precisam ser passadas de acordo com as condições individuais, de forma concisa e que os termos médicos devem ser evitados.

Embora a comunicação entre equipe de saúde e paciente necessitem ser a mais efetiva possível, nem sempre é suficiente para garantir que o tratamento será seguido (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Conforme Coelho et al. (2005) dados da literatura apontaram que médicos ao tratarem pessoas portadoras de doenças crônicas no ambulatório, dispensam um tempo pequeno nas orientações sobre o uso correto dos medicamentos prescritos, levando a erros em relação ao uso e perda da eficácia do mesmo.

Para Giorgi (2006) o aumento do vínculo médico-paciente, tempo de espera reduzido e aumento no tempo da consulta, pode diminuir as taxas de abandono.

As orientações fornecidas para os clientes deixarem o vício do cigarro somente três cumpriram tal orientação e o uso do álcool dezesseis, ou seja, não houve adesão ao tratamento em relação às recomendações não farmacológicas. Não encontramos nas anotações nos prontuários a importância de parar de fumar ou ingerir álcool, bem como, orientações ou encaminhamentos desses clientes, para profissionais ou grupos direcionados a pessoas que desejam largar o seu vício.

Apesar de o número de faltas ultrapassar a metade dos indivíduos, os faltosos informaram fazer uso das medicações em domicílio, assim como, houve aqueles que não faltaram mas deixaram em algum momento de ingerir corretamente os medicamentos.

Não foi possível obter informações sobre o porquê da perda do seguimento no momento do retorno. As anotações registradas quando ocorria novo agendamento, eram relacionadas aos motivos do retorno como complicações, recidivas, sinais e sintomas diferentes do anterior, novas lesões ou a necessidade de nova receita médica porque as medicações haviam terminado.

Não está especificado se os sujeitos deste estudo que não conseguiram a condução, foi devido a não solicitação da mesma junto ao serviço público de suas cidades ou a impossibilidade de trazê-los.

Conforme Bergel; Gouveia (2005) o abandono é caracterizado quando o cliente deixa de comparecer à unidade de saúde após trinta dias da data do retorno agendado.

O abandono do tratamento foi constatado em 54,0% da população estudada. Paniagno et al. (2003) em seu estudo relataram abandono de 30,9% da população estuda e acrescentam que tal fato é comum ocorrer.

Acredita-se que esta alta taxa de abandono identificada no presente estudo não deveria ocorrer uma vez que, esta doença pode causar sérios comprometimentos de saúde, porém a ponta para a necessidade de formação de uma equipe multiprofissional e de atuação individualizada para esses doentes.

Destaca-se que em relação aos encaminhamentos para outros profissionais, dois clientes foram três vezes para a assistente social com o objetivo de solicitar os medicamentos na cidade de origem e não o fizeram. Entre os demais sete para conseguir medicação e cinco para serem orientados quanto à aposentadoria, não sendo confirmadas se por invalidez.

A rouquidão, disfonia e a disfagia são sintomas que surgem como consequências da doença e precisam de avaliação pela fonoaudiologia, otorrinolaringologia e clínica de cabeça e pescoço e realização do exame de fibroscopia.

Embora quinze clientes tenham desenvolvido insuficiência adrenal secundário a PCM apenas três foram encaminhados a endocrinologia para

controle. O restante foi acompanhado na enfermaria através de interconsultas e encaminhamentos para clínicas específicas.

A eosinofilia, a leucopenia e a anemia podem ser desencadeadas pela PCM, justificando o encaminhamento para o ambulatório de hematologia.

Um cliente foi encaminhado a neurologia devido a hipótese diagnóstica de tremores e crises de ausência e como uma consequência não era aderente à terapêutica, com diversas recidivas em vários órgãos. Após avaliação da neurologia foi constatado alcoolismo e direcionado a psiquiatria para tratamento do mesmo.

Como a PCM é uma doença que pode ser multifocal, ou seja, pode atingir mais de um órgão ou sistema simultaneamente, deixar seqüelas e incapacidades funcionais, sociais e psicológicas acreditamos que o encaminhamento e acompanhamento desses indivíduos a outras especialidades, sejam de suma importância para o conhecimento acerca da doença, na continuação ou manutenção do tratamento.

Um fato que deve ser ressaltado é que alguns clientes foram encaminhados pelo cirurgião dentista ao hospital para a confirmação do diagnóstico no ambulatório de MI.

Em relação ao paciente hipertenso, mas que se estende para qualquer portador de enfermidade crônica, Giorgi (2006) destacou que a formação de uma equipe multiprofissional integrada em muitos países tem sido difundida e que para muitos indivíduos, no caso de hipertensos, são

maiores os índices de adesão ao tratamento, pois há preferência do cliente em relatar seus problemas e barreiras encontradas a um profissional não-médico.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÕES

Através dos dados obtidos foi possível concluir que:

- 86,5% eram do sexo masculino;
- A idade média foi de 44,5 anos de idade;
- 72,8% eram procedentes de cidades pertencentes ao DRS XIII e 33,7% possuíam como ocupação atividades rurais diversas;
- 93,2% residiam em área urbana;
- 83,8% faziam uso do tabaco e 63,5% utilizavam bebida alcoólica e 32% deixaram de ingerir após o início do tratamento;
- O tempo médio do aparecimento das lesões foi 120 dias;
- 86,5% apresentaram lesão em mais de um seguimento corporal, com predomínio da região labial, narinas, língua e gengiva;
- Os tipos de lesões predominantes foram 31,0% úlceras com pontos hemorrágicos e 25,7% granulomatosa;
- 78,4% utilizaram como tratamento a associação sulfametoxazol+trimetoprim, com necessidade de troca da terapia medicamentosa para 74,3%, sendo 31,0% devido a má adesão;
- 67,6% não tiveram necessidade de internação hospitalar;
- 54% abandonaram o tratamento,
- 22,9% continuam em acompanhamento ambulatorial, 17,8% seguiram corretamente a prescrição médica obtendo consolidação da terapia;

- 74,3% fizeram uso irregular das medicações, sendo 34,8% devido a falta da medicação na rede pública e falta de condições financeiras pra comprar o mesmo;
- 37,9% receberam orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, importância e riscos do abandono;
- 70,3% tiveram seu primeiro atendimento no ambulatório de MI e 28,4% pela dermatologia;
- 63,5% foram encaminhados a outras especialidades médicas e profissionais, com 24,4% para a assistente social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos acerca das variáveis corroboram com a literatura. Como em outras pesquisas podemos perceber que a não adesão é um fator relacionado à falta de controle da doença no âmbito da saúde pública. Na presente investigação a não adesão ocorreu principalmente devido à ingestão de medicamentos de forma inadequada.

Se utilizada de forma correta podemos perceber que a terapêutica medicamentosa contribui para resultados efetivos, e que a distribuição dos medicamentos pela rede pública é de fundamental importância para esse grupo de doentes.

Por ser a PCM uma doença crônica com importante repercussão na saúde pública como anteriormente colocado, concordamos com os autores que apontam ser imprescindível uma reestruturação na assistência primária a saúde, bem como a atuação mais de perto de uma equipe multidisciplinar e planejamento de assistência de enfermagem individualizada.

O planejamento de assistência de enfermagem individualizada é importante no sentido de fornecer ações educativas, orientações sobre a doença e suas alterações, além de oferecer oportunidade para o cliente de manifestar suas dúvidas, medos, de forma mais tranqüila, do que no pequeno período de tempo de uma consulta médica.

Os dados obtidos mostraram que a taxa de abandono foi alta, ou seja, mais da metade da população estudada, bem como não foram seguidas as orientações para abandonarem o vício do cigarro e do uso da bebida

alcoólica, nem orientações relacionadas a dieta, como por exemplo, para clientes com desnutrição e emagrecimento decorrentes da doença.

Por se tratar de um hospital escola, a relação entre profissional médico e usuário em alguns momentos pode ficar prejudicada, pela própria estrutura funcional e organizacional da instituição. Sendo assim, a presença do enfermeiro enquanto detentor de conhecimento científico, é de suma importância, uma vez que esse profissional permanece mais próximo dos clientes e seus familiares, e conseqüentemente desenvolve uma relação mais ampla e efetiva, proporcionando uma assistência direcionada.

Em nenhum momento foi questionado pela equipe médica as questões relacionadas às necessidades psicológicas e emocionais, mas que a nosso ver não podem ser deixadas de lado, principalmente se considerarmos o indivíduo como um todo objetivando a melhoria no atendimento.

O acompanhamento periódico, maior vínculo médico-cliente, o uso de uma linguagem clara, distribuição gratuita de medicamentos e a formação de equipes multidisciplinares são fundamentais para o atendimento a qualquer doença crônica, bem como a inclusão dos familiares ou "cuidadores" no processo de recuperação e aceitação de sua nova condição.

Delegar responsabilidades ao cliente fazendo com que ele seja capaz de perceber e se auto-cuidar de forma mais independente possível, deixá-lo motivado para se tratar, também devem fazer parte do plano terapêutico.

Outro fator relevante é que as lesões provocam deformidades e alterações na auto-imagem, o que justificaria o encaminhamento e acompanhamento contínuos por parte de psicólogos ou psiquiatras.

Um dos pontos que merecem maior consideração é que, enquanto elemento facilitador e com capacidade de julgamento clínico, o enfermeiro através do levantamento das necessidades precisa desenvolver estratégias na assistência, de forma a ensinar o cliente a lidar com as mudanças e melhor se adaptar as possíveis perdas e novos hábitos de vida, decorrentes de uma enfermidade crônica.

Além de fornecer orientações aos clientes e seus familiares, a própria equipe de enfermagem precisa se impor e reconhecer seu papel dentro de uma equipe multidisciplinar.

Por se tratar de um estudo retrospectivo através da análise e revisão de prontuários, em muitos destes havia lacunas nas informações acerca de algumas variáveis estudadas.

Outro fator limitante é a escassez de literatura quando se relaciona a adesão à terapêutica à Paracoccidiodomicose.

Acredita-se que sejam necessários outros estudos futuros para investigar os motivos contribuintes para a não adesão por meio de entrevistas aos clientes.

A partir dos resultados deste estudo, pretende-se desenvolver e implementar intervenções que auxiliem o cliente, os familiares e “cuidadores” na adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ARISTIZÁBAL, B.H.; CLEMONS, K.V.; COCK, A.M.; RESTREPO, A.; STEVENS, D.A. Experimental *Paracoccidioides brasiliensis* infection in mice: influence of the hormonal status of the host on tissue responses. **Medical Micology**, n.40, p. 169-178, 2002.

BERGEL, F.S.; GOUVEIA, N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Revista Saúde Pública**, v.39, n.6, p. 898-905, São Paulo, 2005.

BERTAZONE, E.C.; MACIEL, M.H.V.; GOMES, S.L.; GIR, E. PELÁ, N.T.R. Modificação da auto imagem provocada pelas lesões cutâneo mucosas da paracoccidioidomicose. **Resumos**, XLII Congresso Brasileiro de Medicina Tropical. Resumos. V.39, supl. I, 2006.

BISINELLI, J.C.; TELLES, F.Q.; SOBRINHO, J.A.; RAPOPORT, A. Manifestações estomatológicas da paracoccidioidomicose. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.67, n.5, p.683-687, set., 2001.

BITTENCOURT, J.I.M.; OLIVEIRA, R.M.; COUTINHO, Z.F. Paracoccidioidomycosis mortality in the State of Parana, Brazil, 1980/1998. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.8, p.1856-64, nov/dez., 2005.

Classificação Estatística internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. 6ª Ed. São Paulo. EDUSP, 1998.

COELHO, E.B.; MOYSES NETO, M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M.C.M.; GELEILETE, T.J.M.; NOBRE, F. **Relationship between regular attendance to ambulatory appointments and blood pressure controle among hipertensive patients**. Disponível em <http://www.scielo.br> Acessado em 23 outubro de 2005

CORTI, M.; VILLAFANE, M.F.; NEGRONI, R. PALMIERI, O. Disseminated paracoccidioidomycosis with peripleuritis in na AIDS patient. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v.46, n.1, p.47-50, 2004.

COUTINHO, Z.F.; SILVA, D.; LAZERA, M.; PETRI, V.; OLIVEIRA, R.M.; SABROZA, P.C.; WANKE, B. Paracoccidioidomycosis mortality in Brazil (1980-1995). **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1441-1454, set/out, 2002.

DEL NEGRO, G.B.; GONÇALVES, E.G. Diagnóstico laboratorial e radiológico. In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3ª edição. Ed. Atheneu. São Paulo, 2005, cáp. 84, p. 1389-1395.

FERREIRA, M.S. Classificação das formas clínicas de paracoccidioidomicose. In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3ª edição. Ed. Atheneu. São Paulo, 2005, cáp. 84, p. 1379-1380.

FERREIRA, M.S.; TELLES FILHO, F.Q. Imunopatogênese e patologia. In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3ª edição. Ed. Atheneu. São Paulo, 2005, cáp.84, p.1374-1378.

FIGUEIREDO, R.M.; SINKOC, V.M.; TOMAZIM, C.C.; GALLANI, M.C.B.J.; COLOMBINI, M.R.C. Adesão de pacientes com aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.9, n.4, p.50-5, Ribeirão Preto, 2001.

FORNAJEIRO, N.; MALUF, M.L.F.; TAKAHACHI, G.; SVIDZINSKI, T.I.E. Inquérito epidemiológico sobre a paracoccidioidomicose utilizando a gp43 em dois municípios do noroeste do Paraná, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, Uberaba, v.38, n.2, p. 191-193, mar/abr., 2005.

GERVINI, R.L.; VETTORATO, G.; LECOMPTE, S.M.; BIASI, T.B.; RUTHNER, F.G.; KRONBAUER, F.L. Ocular paracoccidioidomycosis: report two cases and review of literature. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.79, n.1, jan/fev., 2004

GIR, E.; VALCHULONIS, C.G.; OLIVEIRA, M.D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos HIV/aids assistidos em uma instituição do interior paulista. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n. 5, set/out, p.634-641, 2005.

GIORGI, D.M.A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p. 47-50, 2006.

GONÇALVES, H.; COSTA, J.S.D.; MENEZES, A.M.B.; KNAUTH, D. LEAL, O.F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, na perspectiva do paciente. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 777-787, out-dez., 1999.

GUSMÃO, J.L.; MION Jr, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.21, p.23-25, 2006.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países em desarrollo. **Bol. Oficina Sanit. Panam**, v.116, n.6, p.518-532, 1994.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciencias Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.755-782, 2003.

LIGNANI Jr, L.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.6, p.495-501, dez., 2001.

MALUF, M.L.F.; PEREIRA, S.R.C.; TAKAHACHI, G.; SVIDZINSKI, I.E. Prevalence of paracoccidiodomycosis-infection determined by sorologic teste in donors blood in the Northwest of Paraná, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.36, n.1, p.11-16. jan/fev., 2003.

MARQUES, S.A. Paracoccidiodomicose: atualização epidemiológica, clínica e terapêutica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.78, n.2, mar/abr., 2003

MARTINEZ, R.; MOYA, M.J. Associação entre paracoccidiodomicose e alcoolismo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.1, p. 12-16, fev., 1992.

MARTINEZ, R. Etioepidemiologia e ecologia. In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3ª edição. Ed. Atheneu. São Paulo, 2005. Cáp. 84, p. 1371-1373.

MENDES, R.P.; YASUDA, M.A.S. Paracoccidiodomicose. In: CIMMERMAN, S.; CIMMERMAN, B. **Medicina tropical**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003. Cáp. 44, p. 505-545.

MENDES, R.P. Quadro clínico. In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3ª edição. Ed. Atheneu. São Paulo, 2005, cáp. 84, p. 1381-1388.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **New England Journal of Medicine**, v.353, n.5, p.487-497, 2005.

PANIAGO, A.M.M.; AGUIAR, J.I.A.; AGUIAR, E.S.; CUNHA, R.V.; PEREIRA, G.R.O.L.; LONDERO, A.T.; WANKE, B. Paracoccidioidomicose: estudo clínico e epidemiológico de 422 casos observados no Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.36, n.4, p.455-459. jul/ago., 2003.

PALHETA-NETO, F.X.; MOREIRA, J.S.; MARTINS, A.C.C; CRUZ, F.J.; GOMES, E.R., PALHETA, A.C.P. Estudo de 26 casos de paracoccidioidomicose avaliados no Serviço de Otorrinolaringologia da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.69, n.5, p.622-627, set/out, 2003.

PEIXOTO, M.S.P. **Adesão do paciente com insuficiência cardíaca ao tratamento ambulatorial**. 2001, 229p. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

PIERIN, A.M.G. CAR, M.R. Instrumento de consulta de enfermagem a pacientes com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.26, n.1, p.17-32, mar., 1992.

PIERIN, A.M.G. STRELEC, M.A.A.M.; MION Jr, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A.M.G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. 1ª Ed., São Paulo: Editora Manole, 2004, cáp. 16, p. 275-289.

QUAGLIATO JR, R.; REZENDE, S.M.; DE CAPITANI, E.M.; BALTHAZAR, A.B.; BERTUZZO, C.; CUZIO, K.I. Racial incidence in tuberculosis and paracoccidioidomycosis. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v.47, suppl. 14, p.37-40, 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>. Acessado em 06.05.07.

SANTOS, W.A.; SILVA, B.M.; PASSOS, E.D.; ZANDONADE, E.; FALQUETO, A. Associação entre tabagismo e paracoccidioidomicose: um estudo de caso-controle no Estado do Espírito Santo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 245-253, jan/fev., 2003.

SEVERO, L.C.; ROESCH, E.W.; OLIVEIRA, E.A.; ROCHA, M.M.; LODERO, A.T. Paracoccidioidomicosis in women. **Revista Iberoamericana de Micologia**, 15, p.88-89, 1998.

SEVERO, L.C.; KAUER, C.L.; OLIVEIRA, F.; RIGATTI, R.A.; HARTMANN, A.A.; LONDERO, A.T. Paracoccidioidomycosis of the male genital tract. Report of eleven cases and review of brazilian literature. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v.42, n.1, p.38-40, jan-fev., 2000.

SHIKANAI-YASUDA, M.A.; TELLES FILHO, F.Q. MENDES, R.P.; COLOMBO, A.L. MORETTI, M.L.; Grupo de Consultores do Consenso em Paracoccidioidomicose. **Consenso em paracoccidioidomicose** (Guidelines in Paracoccidioidomycosis). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.39, n.3, p.297-310, mai-jun, 2006.

TELES FILHO, F.Q. Tratamento. In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3ª edição. Ed. Atheneu. São Paulo, 2005, cáp. 84, p. 1395-1402.

VERLI, F.D.; MARINHO, S.A.; SOUZA, S.C.; FIGUEIREDO, M.A.Z.; YURGEL, L.S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de paracoccidioidomicose no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do rio Grande do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.38, n.3, p.234-237, mai/jun., 2005.

VIEIRA, R.A.C.; LOPES, A.; OLIVEIRA, H.V.; BECKER Jr, O.M.; STANZANI Jr, D.; CARMO, A.L.; CASTRO Jr, M.R. Anal paracoccidioidomycosis. An usual presentation of disseminated disease. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.34, n.6, p.583-586, nov/dez, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICES

APÊNDICE A
FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Caracterização do perfil demográfico de portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa

Número de Identificação do sujeito: _____ REG: _____

Sexo: feminino () masculino ()

Raça: branca () não branca ()

Escolaridade: analfabeto () sem informação ()

1º grau incompleto () 1º grau completo ()

2º grau incompleto () 2º grau completo ()

3º grau incompleto () 3º grau completo ()

Procedência: _____

Caracterização dos fatores predisponentes da aquisição da infecção por paracoccidiodomicose

Ocupação: _____

Tabagismo: não () sim () Tempo: _____ meses

Parou: não () sim ()

Etilismo: não () sim () Tempo: _____ meses

Parou: não () sim () quantidade: _____

Tipo de bebida: _____

Contato com área rural:

não () sim () moradia () trabalho ()

Local de moradia atual: urbana () rural ()

Caracterização das lesões provocadas pelo *P.brasiliensis*

Tempo de aparecimento das lesões: _____ dias

Lesão () unifocal () multifocal

Topografia:

Tipo:

Diâmetro:

Presença de secreção: não () sim () Tipo: _____

Presença de odor não () sim ()

Caracterização dos aspectos relacionados às internações hospitalares e da adesão ao tratamento do portador de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa

Diagnóstico de PCM Data: _____ Título: _____

Tratamento: _____

Evolução Clínica:

cura

cura com recidiva

melhora com seguimento

piora

abandono

óbito

Necessidade de internação hospitalar: não sim

Número de internações: _____ dias Tempo: _____ dias

Tratamento farmacológico

Cotrimoxazol VO

cotrimoxzol IV

Anfotericina B

Sulfadiazina

Itraconazol

Cetoconazol

Fluconazol

Nizoral

Necessidade da substituição do medicamento prescrito

não

sim

Motivo da substituição do medicamento prescrito

- () não houve substituição
- () consolidação do tratamento
- () efeito colateral
- () baixa adesão ao tratamento
- () falta de resposta clínica
- () abandono do tratamento
- () não realizado

Número de retornos ambulatoriais:

Data: _____

Intervalo entre os retornos: _____ semanas

Comparecimento: não () sim ()

Se não, por quê? _____

Uso de medicação prescrita: não () sim ()

Se não, por quê? _____

Conduta médica: _____

Caracterização das orientações e encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde ao portador de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa

Orientações fornecidas pelas equipes médicas e de enfermagem: _____

Clínica responsável pelo primeiro atendimento: _____

Encaminhamentos para outros profissionais: _____

ANEXOS

ANEXOS**ANEXO A****LISTA DAS CIDADES PERTENCENTES A DRS XIII**

Altinópolis	Monte Alto
Barrinha	Pontal
Batatais	Pitangueiras
Brodowski	Pradópolis
Cajuru	Ribeirão Preto
Cássia dos Coqueiros	Santa Cruz da esperança
Cravinhos	Santa Rosa do Viterbo
Dumont	Santo Antônio da Alegria
Guariba	São Simão
Guataporá	Serra Azul
Ibitúva (município de Pitangueiras)	Serrana
Jaboticabal	Sertãozinho
Jardinópolis	Taquaral
Luis Antônio	



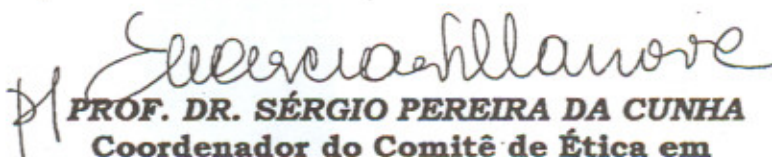
Ribeirão Preto, 20 de dezembro de 2006

Ofício nº 3700/2006
CEP/SPC

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado "**DETERMINANTES DA ADESÃO DE INDIVÍDUOS COM PARACOCCIDIOIDOMICOSE CUTÂNEO-MUCOSA QUANTO AO SEGUIMENTO CLÍNICO TERAPÊUTICO**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 239ª Reunião Ordinária realizada em 18/12/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 10767/2006.

Atenciosamente.


PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
MARIA HELENA VERSIANI MACIEL
PROFª DRª ELUCIR GIR (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP