UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Participação da enfermagem na melhoria de assistência aos pacientes
portadores de Blastomicose Sul-Americana

IDELMINA LOPES DE LIMA

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

SÃO PAULO

1974

A MEUS PAIS,

que nunca mediram esforços
a fim de verem crescer os filhos.

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

A MEU FILHO,

FRANCISCO EDUARDO,

estímulo constante em minha
existência.

AGRADECIMENTOS

O homem não pode viver sozinho em nenhum aspecto. Necessitamos uns dos outros para crescer. E, é à medida que nos ajudamos mutuamente que atingimos objetivos comuns e os nossos próprios objetivos.

NOSSA GRATIDÃO:

- Ao Dr. JOSÉ MARIA PACHECO DE SOUZA e ao Professor Adjunto Dr. VICTÓRIO BARBOSA, pela valiosa orientação e colaboração no planejamento e execução deste trabalho.
- Ao Professor Adjunto Dr^a. RUTH SANDOVAL MARCONDES e à Dr^a. NILCE PIVA ADAMI, por suas valiosas sugestões.
- À DIREÇÃO DA FACULDADE DE ENFERMAGEM SÃO VICENTE DE PAULO DE GOIÁS.
- À DIREÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS da Universidade Federal de Goiás.
- Ao pessoal médico, de enfermagem e pessoal auxiliar do Departamento de Medicina Tropical do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.
- Aos Senhores Professores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- A todos que, direta ou indiretamente, nos auxiliaram na realização deste trabalho.

. . .

I N D I C E

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
2.1. A doença blastomicose sul-americana	3
2.2. Histórico	4
2.3. Distribuição geográfica	5
3. O PROBLEMA EM GOIÁS	7
3.1. O Hospital das Clínicas da UFGO	7
3.2. O Departamento de Medicina Tropical	8
3.3. A Clínica de Enfermaria	9
3.4. Objetivos do trabalho	9
4. MATERIAL E MÉTODOS	11
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
6. CONCLUSÕES	19
RESUMO	20
SUMMARY	21
RESUMÉ	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
A N E X O S:	
I - Programa Educativo	29
II - Folha de Avaliação Mediata	33
III - Mínimo a ser transmitido aos pacientes	39
IV - Ficha de Enfermagem	40
V - Tabela: Pacientes portadores de B.S.A., interna- dos no HCUFGO	42
VI - Roteiro de visita domiciliária a faltosos	44
VII - Questionário	45

1. INTRODUÇÃO

Quando exercíamos nossas atividades como supervisora na Clínica de Medicina Tropical do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HCUFGO), durante o primeiro semestre do ano de 1973, observamos que com frequência portadores de blastomicose sul-americana (B.S.A.), após receberem alta melhorada, não voltavam ao controle médico nas datas aprazadas; em consequência, a doença piorava ou, então, a recuperação do paciente para uma vida normal era retardada.

Passamos a nos preocupar com este problema, já sentido anteriormente pelo pessoal médico e auxiliar que trabalhava na Clínica de Medicina Tropical do Hospital das Clínicas da UFGO.

Levantamos então a hipótese de que, provavelmente, tal situação se devia à falta de conhecimentos e de educação sanitária dos pacientes e seus familiares sobre a doença, o que impedia que estes adotassem as medidas recomendadas para o devido controle. E, também, que esta falta de conhecimentos teria origem junto ao pessoal que lidava com os pacientes durante o período de internação, não estando este pessoal adequadamente preparado para educá-los, prejudicando, assim, o tratamento.

A filosofia de um programa educativo parte do princípio de que a saúde é um direito, mas um direito que se adquire através dos próprios esforços. Em outras palavras, é necessário despertar a consciência das pessoas em relação à necessidade de saúde, a fim de que elas se disponham a realizar um esforço pessoal e coletivo, que resulte na melhoria almejada. Isto quer dizer que, tanto sob o ponto de vista filosófico, como psicopedagógico, a participação do interessado é "conditio sine qua non" para uma mudança de comportamento.

Visamos com o presente trabalho verificar qual o nível de conhecimento dos pacientes e pessoal hospitalar, em relação à

B.S.A.. Além disso, propusemo-nos a elaborar um esboço de programa educativo capaz de estimular os indivíduos e grupos a assumirem responsabilidades em relação à sua saúde; a educação em saúde, ao contrário do que crêem alguns, não consiste somente em transferir para o cliente um acervo de informações, mas em estabelecer, também, uma relação pedagógica entre a Instituição e a clientela, de maneira a preparar os pacientes para saberem se utilizar dos serviços e conhecimentos colocados no momento oportuno à sua disposição.

* * *

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. A Doença B.S.A.

A blastomicose sul-americana (B.S.A.) é uma doença sistêmica, produzida por fungo dimórfico - o *Paracoccidioides brasiliensis* (1,38), ocorrendo endemicamente em áreas rurais brasileiras e endêmica e esporadicamente em vários países das Américas, principalmente da Latina. É uma micose granulomatosa crônica, de alta letalidade, com lesões ulcerosas da pele e da mucosa em volta da boca, nariz, língua, bochechas e amígdalas. São também comuns as lesões orais e paradentais, com amolecimento e perda dos dentes. Existem ainda outras formas clínicas: as que afetam os linfáticos do pescoço, com lesões orais ou não, e a infecção do conduto gastrointestinal, pulmões, baço, rins, pâncreas e outras vísceras.

Admite-se ser a pele uma das possíveis portas de entrada do *Paracoccidioides brasiliensis*, embora haja probabilidade de penetração do fungo através das amígdalas, dentes e da via inalatória. Os quadros clínicos são muito variados, de rica sintomatologia, com evolução quase sempre fatal quando ausente a terapêutica adequada e precoce. Acomete preferentemente trabalhadores rurais de 20 a 30 anos de idade, sendo 10 vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres.

A alta prevalência em indivíduos de baixa idade, quase sempre até à segunda década da vida, em sua maioria do sexo masculino, constitui um grave problema que acarreta sérias consequências para o próprio indivíduo, para sua família, e para a comunidade.

2.2. Histórico

Esta doença foi descrita pela primeira vez por Lutz (22), em 1908. Baseou-se em lesões da boca de dois indivíduos internados na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Descreveu um parasito encontrado como sendo o agente causal da enfermidade, embora não o denominasse.

Splendore (38), em 1908, também em São Paulo, descreveu de forma minuciosa mais três casos dessa doença. Estudou a morfologia do parasito descrito por Lutz, denominando-o *Zymonema brasiliensis* (Zimomatose com localização na cavidade bucal).

Almeida (1), em 1930, terminando trabalho que havia iniciado três anos antes sobre a biologia e morfologia do parasito, estabeleceu a diferenciação do *Coccidioides immitis*, agente da doença de Posadas-Wernike, que era confundida com a espécie de Splendore e cria novo gênero para o *brasiliensis*, que desde então passou a chamar-se *Paracoccidioides brasiliensis* (1,38).

Atribui-se às contribuições desses pesquisadores a seguinte sinonímia para a blastomicose: moléstia de Lutz, blastomicose brasileira, moléstia de Lutz-Splendore-Almeida, moléstia de Almeida, paracoccidioidomicose, granulomatose blastomicose tropical, granuloma paracoccidióico, granuloma ganglionar maligno de origem blastomicética e, finalmente, blastomicose americana, a mais aceita.

Outro marco na história da doença foi o advento da sulfamida terapia, introduzida por Ribeiro (31), em 1941, conquista que abriu amplas perspectivas para o estudo desses quimioterápicos na blastomicose, além de trazer a esperança de controle ou cura da doença. Enriquecendo o arsenal terapêutico da blastomicose sul-americana, aparece o trabalho de Lacaz e Sampaio (18), em 1958, introduzindo um antibiótico eficaz no controle dessa parasitose - a Anfotericina B.

2.3. Distribuição Geográfica

A blastomicose sul-americana, inicialmente denominada "blastomicose brasileira", pois descrita e admitida como só encontrada no Brasil, distribui-se, na realidade, por quase toda a América do Sul, com exceção do Chile.

Há trabalhos que citam casos da doença na Argentina (21, 27, 28), na Venezuela (4,8), no Uruguai (9), no Paraguai (6,13), e Peru (34).

Na América Central constataram-se casos autóctones na Costa Rica (41), Guatemala (40), Honduras (15). Na do Norte, encontraram-se casos autóctones no México (16,19,24) e na Flórida (26).

Por outro lado, em outros continentes foram observados casos de pacientes que há muitos anos estiveram em zonas endêmicas: Portugal (29), Itália (5) e África (33).

No Brasil, onde a doença ocorre com muita frequência (Figura 1), já foram descritos casos em todas as regiões fisiográficas; no

entanto, ainda não se dispõem de dados muito precisos sobre sua real distribuição. A maior incidência da doença é no Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Goiás. Há média incidência nos Estados da Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará. Há pequena incidência nos Estados de Santa Catarina, Espírito Santo, Mato Grosso, Pará, Amazonas e Território do Guaporé.

* * *

3. O PROBLEMA EM GOIÁS

Os primeiros casos de blastomicose sul-americana em Goiás foram diagnosticados em 1965. Atualmente encontram-se registrados aproximadamente 300 casos de pacientes portadores dessa doença*, o que significa falta de conhecimentos em relação à prevenção da enfermidade, seu tratamento e controle, aumentando a demanda nos hospitais e incapacitando esses indivíduos para uma vida produtiva.

Existe em Goiânia o Hospital das Clínicas da UFGO, que conta com um Departamento de Medicina Tropical com médicos especializados na referida doença e equipamentos próprios para o devido tratamento. Por essas razões, são drenados para esse Hospital todos os pacientes portadores de B.S.A. procedentes de Goiás e de vários outros Estados, sobretudo os limítrofes.

3.1. O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, sito em Goiânia**, tem como instituição mantenedora a Universidade Federal de Goiás.

Fundado em 1962, ano também, em que começou a funcionar, este Hospital governamental, geral e de ensino, não possui estatuto; tem regulamento, embora ainda sem aprovação, e possui organograma.

Administrativamente é constituído de Conselho Diretor e Diretoria Geral, a que se subordinam a Divisão Administrativa, a Divisão de Serviços Médicos Auxiliares e a Divisão Técnica.

* Informação adquirida através de entrevista pessoal com o Dr. William Barbosa.

** Inquérito Hospitalar do Hospital das Clínicas da UFGO - Diretor Técnico - Goiânia, 1973.

Não possui corpo clínico organizado, funcionando através de Departamentos, cada qual com seu chefe. Possui 306 leitos e os seguintes Departamentos: Clínica Médica, Cirúrgica, Medicina Tropical, Pediatria, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Medicina Preventiva e uma Unidade de Emergência que, em virtude de suas características peculiares, possui um chefe e se desdobra em: ambulatório, enfermaria e serviço de queimados.

3.2. O Departamento de Medicina Tropical do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Este Departamento faz parte do Instituto de Patologia Tropical, conforme dispõe o art. 10 do Regimento Interno do Instituto* -IPT, tendo como finalidade: divulgar e estimular o estudo de doenças tropicais em nosso meio; ministrar aos estudantes de medicina e veterinária os cursos das diversas disciplinas que constituem o Departamento; prestar assistência técnica e especializada nos setores de medicina e veterinária, bem como auxiliar os órgãos de Saúde Pública do Estado de Goiás, manter e desenvolver o intercâmbio científico com todos os centros de Patologia Tropical Humana e Veterinária e, também, com outros setores de medicina e veterinária; realizar trabalhos de pesquisa nos diversos domínios da medicina tropical; realizar cursos de pós-graduação, especialização, aperfeiçoamento, atualização, extensão e outros que venham a ser criados.

Como todo Departamento, compõe-se de Divisão de Ensino e Pesquisa e Divisão Administrativa. Seu funcionamento é feito através de pessoal docente, discente, administrativo e executivo. O pessoal administrativo é constituído por chefes de Departamento, de Disciplina, de Clínica, de Enfermaria, de Ambulatório, Professores Adjuntos, Assistentes e Auxiliares de Ensino.

* Regimento Interno do Instituto de Patologia Tropical (IPT) - Goiânia, 1969.

3.3. A Clínica de Enfermaria

O Departamento de Medicina Tropical* do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás conta com sete enfermarias, num total de 38 leitos. Dessas, seis contam com cinco leitos e uma, com oito, sendo os três leitos excedentes, considerados extras. Os leitos são distribuídos por enfermidades, ou seja, 10 leitos para Dermatologia e 28 para Parasitologia.

Além das enfermarias, conta o Departamento de Medicina Tropical com uma sala de biópsia e um laboratório com equipamento necessário para a realização dos exames indispensáveis ao diagnóstico da B.S.A.

A prestação de assistência de enfermagem aos pacientes é efetuada por pessoal de enfermagem, assim distribuído: 3 enfermeiras, 11 auxiliares de enfermagem e 10 atendentes de enfermagem. O Departamento conta com um elemento do Serviço Social do Hospital, que é auxiliar de assistente social e, ainda, com 2 secretárias, 8 serventes hospitalares e 2 auxiliares de cozinha. Perfaz, portanto, um total de 37 funcionários com funções distintas, mas com a mesma filosofia de trabalho, que é proporcionar aos pacientes melhores cuidados visando sua rápida recuperação, concentrando-se esses cuidados no que diz respeito à cura (aparente) da doença; os aspectos de controle e prevenção são encarados com menor importância.

3.4. Objetivos do Trabalho

Esta investigação limitou-se à área de Goiânia - GO, tendo como base a Clínica de Medicina Tropical do Hospital das Clínicas da UFGO, que atende grande número de portadores de B.S.A. da região.

* Regimento Interno da Clínica de Medicina Tropical do Hospital das Clínicas da UFGO - Goiânia, 1969.

Esperamos com o presente trabalho encontrar resposta às seguintes perguntas:

- qual a percentagem dos pacientes que recebem alta melhorada que volta para o controle ambulatorial na data aprazada?
- qual a razão dos que voltam e não voltam para o controle?
- qual o nível de conhecimentos sobre B.S.A. e sobre educação sanitária, do pessoal hospitalar que trabalha na Clínica de Medicina Tropical da UFGO?

* * *

4. MATERIAL E MÉTODOS

Nosso estudo teve início no segundo semestre de 1973 com levantamento de dados de prontuários de pacientes com diagnóstico positivo de B.S.A. e elaboração de um questionário a ser aplicado aos funcionários da Clínica de Medicina Tropical, a fim de saber qual o nível de conhecimento sobre a doença e sobre educação sanitária, desse pessoal.

Consideramos como pacientes para nosso estudo os seguintes:

- a) os que foram admitidos em 1972 e que permaneciam internados em 1973;
- b) os admitidos em 1973.

Desta forma, foram levantados 38 prontuários.

Efetuamos visitas domiciliárias a aproximadamente 20% dos residentes em zona rural e, aproximadamente, a 10% dos residentes em zona urbana, dentre os que não compareceram ao Hospital na data aprazada para o devido controle, a fim de conhecermos as razões do não retorno. Essas visitas foram efetuadas durante o ano de 1974, seguindo-se um roteiro para a coleta dos dados (anexo VI) e sempre após 3 dias a partir da data aprazada. Os que retornaram também foram entrevistados.

Solicitamos ao pessoal do Hospital para preencher o questionário elaborado para avaliar seus conhecimentos em relação à B.S.A. e educação sanitária. Responderam ao questionário 3 enfermeiras, uma assistente social, 11 auxiliares de enfermagem, 10 atendentes de enfermagem, 2 secretárias, 8 serventes e 2 auxiliares de cozinha.

Para a coleta de dados consideramos somente os que trabalhavam na Clínica de Medicina Tropical e em contato direto com pacientes portadores de B.S.A.

O questionário (anexo VII) era constituído de dados relativos a conhecimentos indispensáveis sobre B.S.A. e importância do controle ambulatorial, bem como sobre cuidados especiais prestados aos portadores da doença. Foi preenchido individualmente pelo próprio funcionário, sendo enfatizada a importância da colaboração de cada um, não havendo, em momento algum, interferência de qualquer natureza de nossa parte.

O tempo médio de duração para a obtenção das respostas foi de 20 minutos por pessoa, no horário normal de trabalho do pessoal, durante duas semanas.

* * *

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 38 casos observados, 30 (78,9%) eram do sexo masculino. Havia 12 casos (31,6%) de cor branca, 6 (15,8%) de cor preta e 20 (52,6%) de cor parda (vide anexo V - Tabela). A distribuição segundo grupo etário pode ser vista na Figura 2.

Declararam trabalhar na lavoura 24 (60,6%) pacientes, sendo que total, 31 (81,5%) são procedentes de zona rural.

Dos 38 pacientes que receberam alta hospitalar, somente 2 (5,2%) voltaram ao controle ambulatorial na data aprazada.

A letalidade observada no período foi de 15,78%, ou seja, 6 óbitos.

A fim de verificar as possíveis causas do não retorno, entrevistamos 10 pacientes (6 de zona rural e 4 de zona urbana). Entrevistamos, também, os 2 pacientes que retornaram.

A tabela nº 1 apresenta os resultados deste inquérito em relação aos 8 que não retornaram.

TABELA 1 - NÚMERO E PERCENTAGEM DE PACIENTES QUE NÃO RETORNARAM AO CONTROLE AMBULATORIAL NA DATA APRAZADA, SEGUNDO RESPOSTAS ÀS QUESTÕES 1, 4, 6 E 7.*

-PERGUNTA 1 ...	SABIAM		NÃO SABIAM		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	7	87,5	1	12,5	8	100,00
-PERGUNTA 4 ...	EXPLICARAM		NÃO EXPLICARAM		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	5	62,5	3	37,5	8	100,00
-PERGUNTA 6 ...	RECEBERAM ORIENTAÇÃO		NÃO RECEBERAM ORIENTAÇÃO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	6	75,0	2	25,0	8	100,00
-PERGUNTA 7 ...	ACHA NECESSÁRIO		NÃO ACHA NECESSÁRIO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	8	100,00	-	-	8	100,00

* Vide anexo VI.

Em relação à pergunta 1, 87,5% dos pacientes sabiam que a doença precisava ser controlada ambulatorialmente. Justificaram o não retorno ao controle (resposta à pergunta 3) de variadas maneiras: 50% não sentiu piora da doença e 50% por motivos de viagens, esquecimento, imprevistos, o que denota falta de conhecimento e estar insuficientemente motivado sanitariamente, em relação às consequências do não comparecimento ao hospital. Quanto à pergunta 4, 37,5% afirmaram nunca terem sido informados sobre a doença e a importância dos cuidados que deveriam ter com a mesma; 62,5% responderam que tiveram informações a respeito. Com referência à pergunta 6, 75,0% fo-

ram orientados no sentido de não deixarem de tomar a medicação, não fazerem uso de bebidas alcoólicas, evitarem alimentos condimentados; 25% não receberam nenhuma orientação. A pergunta 7 atingiu 100% das respostas, pois todos acham necessário receber esclarecimentos sobre a doença e seus cuidados, indicando haver receptividade para um programa educativo que de alguma forma possa atingi-los.

Apesar de termos só dois retornos, julgamos interessante informar os resultados de nossa entrevista com eles. Informaram que, tendo recebido explicações bem amplas sobre a doença, seu tratamento e cuidados especiais com a mesma, incluindo necessidade ao retorno, compreenderam a importância desta última, para a melhora de sua doença.

Acreditamos que boa parte daqueles que não retornaram, talvez o fizesse se tivessem tido este tipo de esclarecimento, porque a educação sanitária persegue fins essencialmente práticos, isto é, visíveis no comportamento individual e social. O indivíduo sanitariamente educado age favoravelmente à prevenção de enfermidades, conservação e recuperação da saúde própria e de terceiros.

Quanto ao nível de conhecimentos indispensável dos funcionários sobre a doença B.S.A. e cuidados especiais com a mesma, as tabelas n.ºs. 2 e 3 informam a situação encontrada.

TABELA 2 - NÚMERO, PERCENTAGEM E PERCENTAGEM ACUMULADA DE INDIVÍDUOS QUE ACERTARAM DE 0 A 10 PERGUNTAS DO FORMULÁRIO SOBRE B.S.A., APRESENTADO A 37 (100%) ELEMENTOS DA CLÍNICA DE MEDICINA TROPICAL - GOIÂNIA, 1973.

Nº DE ACERTOS	Nº DE INDIVÍDUOS	%	% ACUMULADA	% ACUMULADA INVERSA
0	2	5,4	5,4	99,9
1	1	2,7	8,1	94,5
2	6	16,2	24,3	91,8
3	18	48,6	72,9	76,6
4	6	16,2	89,1	27,0
5	2	5,4	94,5	10,8
6	2	5,4	99,9	5,4
7	-	-	99,9	-
8	-	-	99,9	-
9	-	-	99,9	-
10	-	-	99,9	-

TABELA 3 - NÚMERO E PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS, INCOMPLETAS, ERRADAS E NÃO RESPONDIDAS EM FORMULÁRIO SOBRE B.S.A., APRESENTADO A 37 (100%) FUNCIONÁRIOS DA CLÍNICA DE MEDICINA TROPICAL, SEGUNDO O NÚMERO DA PERGUNTA - GOIÂNIA, 1973.

PERGUNTA	ACERTOS		INCOMPLETAS		ERRADAS		SEM RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	3	8,1	1	2,7	32	86,5	1	2,7
2	22	59,5	1	2,7	10	27,0	4	10,8
3	1	2,7	2	5,4	10	27,0	24	64,9
4	34	91,9	1	2,7	1	2,7	1	2,7
5	2	5,4	11	29,7	4	10,8	20	54,1
6	32	86,5	1	2,7	2	5,4	2	5,4
7	1	2,7	18	48,6	1	2,7	17	46,0
8	2	5,4	10	27,0	8	21,6	17	46,0
9	8	21,6	8	21,6	6	16,2	15	40,6
10	6	16,2	5	13,5	12	32,4	14	37,9

A tabela nº 2 informa que nenhum dos 37 elementos submetidos ao formulário acertou as 10 perguntas; aliás, o número máximo de respostas corretas foi 6 respondidas por 5,4% do pessoal. O número mediano de respostas corretas foi 3, ou seja, metade do pessoal respondeu corretamente a 4 ou menos perguntas.

Na tabela nº 3, a análise às perguntas 1 e 3 respondidas corretamente por 3,1% e 2,7% do pessoal indica que o mesmo possui pouco conhecimento sobre a doença. Nas perguntas 7, 8, 9 e 10, com as respectivas percentagens de acerto de 2,7%, 5,4%, 21,6% e 16,2% mostram novamente o pouco conhecimento em relação aos cuidados especiais requeridos pelos portadores de B.S.A.. No entanto, as perguntas 2, 4 e 6, com as percentagens de acerto de 59,5%, 91,9% e 86,5%, respectivamente, mostram que esse pessoal sabe alguma coisa sobre a doença.

Os dados levantados revelam uma necessidade de se organizar um programa educativo de adestramento e readestramento periódico (educação sanitária) não só no Departamento de Medicina Tropical, como também nos demais Departamentos do Hospital.

A educação e o treinamento do pessoal são essenciais para melhorar e manter a qualidade dos serviços; se este pessoal tiver conhecimento suficiente sobre a doença e tiver consciência da importância de seu controle e prevenção, e conhecer as técnicas necessárias para isto, sua contribuição será mais efetiva na prestação de cuidados ao paciente.

Aceitamos o conceito de que o sistema de valores e os padrões culturais do pessoal que trabalha em enfermagem influem notavelmente sobre suas atitudes e comportamento e estes, necessariamente, sobre seu trabalho.

Assim sendo, propomos seja criado um programa de educação em serviço para o pessoal de enfermagem e demais pessoal que esteja em contato direto com pacientes portadores de B.S.A., o qual deverá conter o seguinte esquema:

a) Objetivo Geral:

Na prestação de cuidados aos pacientes portadores de blastomycose sul-americana, espera-se dos treinandos sua colaboração, visando recuperá-los para uma vida normal.

b) Objetivos Específicos:

1. Compreender que o Hospital é um centro de recuperação da saúde e de prevenção de doenças.

1.1. Conhecer a etiologia, transmissão e profilaxia da blastomycose sul-americana.

1.1.1. Compreender a importância do retorno do paciente após a alta hospitalar, para o controle da doença.

- i.v. Prestar assistência integral adequada aos portadores de blastomicose sul-americana.
- v. Transmitir aos pacientes informações corretas sobre a doença e seu controle após a alta hospitalar.
- v.i. Atuar de acordo com as atribuições de enfermagem e do demais pessoal que trabalha em contato com os pacientes portadores de B.S.A.

Os pormenores deste programa são apresentados no modelo ane

xo I.

* * *

6. CONCLUSÕES

Através dos resultados e análise verificamos que:

- 1) a percentagem de retorno dos pacientes com alta melhorada foi de 5,26%;
- 2) as razões alegadas pelos que não voltam para o controle podem ser enquadradas nos seguintes itens:
 - a) 37,5% não sentem piora da doença;
 - b) 37,5% viagens, esquecimento, imprevistos;
 - c) 25,0% não sabiam ser necessário;
- 3) o nível de conhecimento indispensável do pessoal de enfermagem e demais pessoal que trabalha em contato direto com pacientes portadores de B.S.A. não é suficiente para a orientação dos mesmos;
- 4) faz-se necessário a criação de um programa de educação em serviço a fim de melhorar e manter o nível profissional do pessoal hospitalar, possibilitando também uma atuação educativa efetiva junto aos portadores de B.S.A..

* * *

RESUMO

No presente estudo procurou-se informações sobre o nível de conhecimentos sobre B.S.A., do pessoal de enfermagem e demais pessoal que trabalha na Clínica de Medicina Tropical do Hospital das Clínicas da UFGO, bem como as possíveis causas do não comparecimento dos pacientes à consulta, após alta. Procurou-se também mostrar a necessidade de um trabalho educativo junto aos pacientes hospitalizados, a fim de prepará-los para uma vida normal no âmbito da família e da comunidade a que pertencem.

Concluiu-se que o conhecimento sobre B.S.A. do pessoal que trabalha na referida Clínica é insuficiente para o seu devido tratamento e controle, e que as possíveis causas do não retorno são: não sentem piora da doença, viagens, esquecimento, imprevistos e não julgarem necessário.

* * *

S U M M A R Y

The present study looked over informations about the level of knowledge about the blastomycose sul-americana (B.S.A.) of the nursing and other people that work at the Clinic of the Tropical Medicine of the Hospital of Clinics of the UFGO, as also about the possibles causes that lead the discharged patients, not to return for a new consultation.

This study also sought to prove that it is necessary an educative work to hospitalized patients, on the purpose of preparing them for a normal life with their family within the community.

This study concluded that the knowledge about the B.S.A. of the people that work at the named Clinic is not sufficient for the treatment and the control of the disease. The possibles causes of no return are: a) patients don't feel the progress of the disease; b) traveling; c) forgetfulness; d) unforeseenness, and e) they judge return is not necessaring.

* * *

R E S U M E

Le présente étude a cherché des informations sur le niveau de connaissance sur B.S.A. du personnel infirmier et d'autre personnel qui travaille à la Clinique de Medicine Tropical de l'Hospital das Clínicas da UFGO, ainsi comme les possibles causes du non retour des patients à la consultation, après congé provisoire. A aussi cherché de démonstrer la nécessité d'un travail éducatif auprès des malades hospitalisés, pour leur préparer à une vie normal au millieu de la famille et de la communauté a qui ils appartiennent.

Nous sommes arrivés à la conclusion de que la connaissance sur B.S.A. du personnel qui travaille à la Clinique citée n'est pas suffisante pour le traitement et controle des malades et que les possibles causes du non retour sont: ils ne sentent pas le progress de la maladie, voyages, oubli et aussi parce qu'il ne jugent pas nécessaire le traitement.

* * *

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, F.P. - Estudos comparativos do granuloma coccidioidico nos Estados Unidos e no Brasil. Novo gênero para o parasito brasileiro. An. Fac. Med. S. Paulo, 5:125-141, 1930.
2. ASOCIACIÓN AMERICANA DE SALUD PÚBLICA - El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 11ª ed., Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1970 (OPAS - Public. cient., 252).
3. BARBOSA, W. - Micoses profundas no Estado de Goiás. (Comunicação apresentada ao 53º Seminário do Instituto de Medicina Tropical, São Paulo, 1965).
4. BELFORT, A. E. - Paracoccidioidomicosis; diagnóstico mediante inoculación a *Proechinys gayanensis*. Derm. venez., 3: 91 - 97, 1961/1962.
5. BERTACCINI, G. - Contributo allo studio della cosiddetta "Blastomícosi sudamericana". G. ital. Derm. Sif., 75:783-828, 1934.
6. BOGGINO, J. et al. - Tercer caso nacional de granuloma paracoccidioidico. An. Fac. Cienc. Med. Paraguay, 11:21-29, 1938.
7. BOPP, C. - Algumas considerações sobre a micose de Lutz no Rio Grande do Sul. An. Fac. Med. P. Alegre, 15:97-123, 1955.
8. BORELLI, D. - Modelos isotermicos para a parasitologia experimental. Derm. venez., 3:98-101, 1961/1962.

9. CANCELA, Freijó J. - Paracoccidioidomicose - tres nuevos casos en contrados en el Uruguay. Hoja tisiol., 8:89-101, 1948.
10. CARVALHO, L. - Admissão de pacientes. Rev. paul. Hosp., 2 (3): 9-12, 1946.
11. CARVALHO, L. P. - Prontuário médico. Rev. paul. Hosp., 7 (5): 15-20, 1959.
12. CASTRO, T. & MATOS, A. - Enfermagem de unidade sanitária. Brasília, Expressão e Cultura, 1972. v.3.
13. CHIRIFE, A. - La paracoccidioidosis en el Paraguay. An. Fac. Cienc. med. Paraguay, 4:9-57, 1944.
14. DEL NEGRO, G. - Blastomicose sul-americana. In: VERONESI, R. - Doenças infecciosas e parasitárias. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1962. p.581-592.
15. FERNANDEZ, E. - Blastomycosis sudamericana. (enfermedad de Lutz-Splendore-Almeida): Reporte del primer caso en Honduras. Rev. med. hondur., 31:41-49, 1963.
16. GONZALEZ-OCCHOA, A & ESQUIVEL, E. - Primer caso de granuloma paracoccidióideo en el México. Rev. Med. Hosp. (México), 13:158-159, 1950.
17. GUIMARÃES, F. N. & MACEDO, D. G. - Contribuição ao estudo das blastomicoses na Amazônia (blastomicose queilodiana e blastomicose sul-americana). Hospital (Rio de Janeiro), 38:223-253, 1950.
18. LACAZ, C. da S. & SALPAIO, S. de A. P. - Tratamento da blastomicose sul-americana com Anfotericina B: resultados preliminares. Rev. paul. Med., 52:443-450, 1958.

19. LATAPI, F. & BEIRANA, L. - Blastomycosis sudamericana en México: Estudio de dos casos. In: CONGRESO MEXICANO DE DERMATOLOGIA. México, 1963. Memórias (México, 1963). p.307.
20. LEITE, A. S. - Alguns casos de blastomicose sul-americana em Porto Velho, Território Federal de Rondônia. Rev. bras. Med., 9: 491-496, 1952.
21. LLAMBIAS, J. et al - Blastomycosis cutaneomucosa de la boca, terminada por una forma granúlica pulmonar. In: REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PATOLOGIA REGIONAL DEL NORTE. 5ª. Jujuy, 1929. Buenos Aires, Imprenta de la Universidad, 1930. v.1, p.240-269.
22. LUTZ, A. - Uma micose pseudococcidica na boca e observada no Brasil. Contribuição ao conhecimento das hifoblastomicoses americanas. Bras. med., 22:121-124; 141-144, 1908.
23. MATTOS, L. A. - Sumário de didática geral. Rio de Janeiro, Aurora, 1970. p.524.
24. MEDINA, M. - Um caso de blastomycosis sudamericana en S. Luiz de Potosi. (Apresentado ao Congresso Medicina del Centro Zacateca, México, 1962).
25. MORAES, M. A. P. & OLIVEIRA, W. R. - Novos casos de micose de Jorge Lobo encontrados em Manaus (Brasil). Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo, 4:403-406, 1962.
26. NEGRONI, P. - El "Paracoccidioides brasiliensis" vive saprofiticamente en el suelo argentino. Pren. med. argent., 53: 2381-2382, 1966.
27. NEGRONI, P. et al. - Revisión del granuloma paracoccidioidal en Argentina a propósito de una observación. Rev. argent. Dermatosis, 21:484-508, 1937.

28. NINO, F. L. - Ulceración blastomicética cutaneo mucosa del labio inferior (consideraciones acerca de su diagnóstico etiológico). In: REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PATOLOGIA REGIONAL DEL NORTE. 5ª, jujuy, 1929. Buenos Aires, Imprenta de la Universidad, 1930. v.l., p.213-225.
29. OLIVEIRA, H. & BAPTISTA, A. P. - Um caso de blastomicose sul-americana. Soc. Port. Derm., 19:31-41, 1961.
30. PILON, A. F. - Educação para a saúde. Academus, São Paulo, 12 (32):15-17, 1970.
31. RIBEIRO, C. V. et al. - Enfermagem médica cirúrgica. Brasília, Expressão e Cultura, 1972. v.5.
32. RIBEIRO, D. O. - Nova terapêutica da blastomicose. An. paul. Med. Cirurg., 41:64-65, 1941.
33. ROLLIER, R. & CHÉNÉDAULT, J. - Sur en cas de paracoccidioïdse brésilienne à localisation pulmonaire peus bucco-rhino-pharyngée. Bull. Soc. franc. Derm. Syph., 69:466-470, 1962.
34. RUBIO, A. C. - La blastomicoses sul-americana en el Peru. Rev. med. peru., 27:610-656, 1956.
35. SILVA, Pirajá da - Duas observações de "exascose" (ex-blastomicose) na Bahia. Rev. med. S. Paulo, 3(13/14):7-11, 1919.
36. SIMAS, F. - Mais alguns casos de blastomicose sul-americana, observados em Curitiba. Rev. med. Paraná, 18:395-401, 1949.
37. SOUZA, E. F. et al. - Enfermagem básica. Brasília, Expressão e Cultura, 1972. v.l.

38. SPLENDRE, A. - Zymonematosi con localizzazione nella cavità della bocca osservata in Brasile. Bull. Soc. Path. exot., 5:313-319, 1912.
39. TEIXEIRA, R. B. et al. - Manual do auxiliar de enfermagem. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, 1966. p.405.
40. TEJADAS, V. et al. - Presentación de los primeros casos de blastomicrose sul-americana en Guatemala. (Apresentacion al II Congreso Centro Americano de Dermatologia, Guatemala, 1959).
41. TREJOS, A. & ROMERO, A. - Contribución al estudio de las blastomicrosis en Costa Rica. Rev. Biol. trop. (S. José), 1:63-81 1953.

* * *

A N E X O S

- MODELO - ANEXO I -

- PROGRAMA EDUCATIVO -

1. DURAÇÃO DO CURSO	- 2 (duas) semanas.
2. CARGA HORÁRIA	- 15 horas (1:30 h. diárias x 5 dias = 7:30 h. semanais.
3. PESSOAL PARA ENSINO	- médicos especializados em doenças tropicais, enfermeiros, nutricionistas, assistente-social e técnico audiovisual.
4. SELEÇÃO DOS TREINANDOS ..	- todo o pessoal de enfermagem e demais pessoal, em atividade na Clínica de Medicina Tropical.
5. LOCAL DE AULAS E TREINAMENTO	- Clínica de Medicina Tropical, sala de aula, enfermarias e ambulatório.
6. EQUIPAMENTO E MATERIAL ...	- será utilizado o já existente na Clínica.
7. MÉTODOS DE EDUCAÇÃO	- entrevistas, reuniões, demonstrações, projeções e cartazes.
8. RECURSOS AUDIO-VISUAIS ...	- quadro-negro, diapositivos.
9. MÍNIMO A SER TRANSMITIDO AOS PACIENTES	- (anexo III).
D. AVALIAÇÃO	
10.1. IMEDIATA (Curto Prazo)	- através de teste e emprego de questionário, para medir conhecimentos adquiridos (anexo VII).
10.2. MEDIATA (Longo Prazo)	- através de supervisão e emprego da folha de avaliação (anexo II).

PROGRAMA EDUCATIVO (PROGRAMA DE TREINAMENTO)

TEMA: ASSISTÊNCIA INTEGRAL DE SAÚDE AOS PACIENTES PORTADORES DE B.S.A.

DATA	HORÁRIO	UNIDADES	C O N T E Ú D O	P R O C E D I M E N T O	
				DOCENTE	DISCENTE
		I. EPIDEMIOLOGIA DA BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA (2) (B.S.A.) - 3 h.	<ol style="list-style-type: none">1. Caracterização:<ul style="list-style-type: none">-Definição-Histórico-Importância em Saúde Pública.2. Distribuição geográfica.3. Agente infeccioso.4. Reservatório.5. Vias de transmissão.6. Período de incubação.7. Período de transmissibilidade.8. Suscetibilidade e Resistência.9. Medidas de controle:<ul style="list-style-type: none">-preventivas-controle do paciente.10. Profilaxia:<ul style="list-style-type: none">-Educação Sanitária.	-Aulas expositivas, -diapositivos, interrogatório.	-Participação com perguntas e respostas.

-continua-

-continuação-

DATA	HORÁRIO	UNIDADES	C O N T E Ú D O	P R O C E D I M E N T O	
				DOCENTE	DISCENTE
		II. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO AMBULATÓRIO(30,37) -3 h.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepção e orientação do paciente para atendimento médico. 2. Orientação dos pacientes para consulta médica e/ou internação. 3. Orientação sobre higiene pessoal. 4. Importância do retorno do paciente para controle. 5. Anotação na ficha de enfermagem (mod. anexo IV). 	-Orientação e supervisão dos alunos.	-Observação e retribuição da técnica. -Preparo para exame. -Anotações nas fichas e prontuários.
		III. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HOSPITALIZADO (10,11, 25,39) - 3 h.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assistência integral ao paciente. 2. Ministração de medicamentos. 3. Curativos. 4. Importância e tomada dos sinais vitais. 5. Controle da diurese e sua importância: 	-Supervisão e orientação dos treinandos nas enfermarias. -Demonstração das técnicas de enfermagem.	-Preparo psicológico dos pacientes. -Execução das técnicas

-continua-

- MODELO - ANEXO I -

-continuação-

DATA	HORÁRIO	UNIDADES	C O N T E Ú D O	P R O C E D I M E N T O	
				DOCENTE	DISCENTE
		III. (cont.)	<p>6. Orientação do paciente sobre sua doença e a importância do controle da mesma.</p> <p>7. Minистраção de dieta adequada: tipo e preparo.</p> <p>8. Higiene do paciente.</p> <p>9. Limpeza da enfermaria e unidade do paciente.</p>		<p>-Preparo para a alta.</p> <p>-Prática nas enfermarias.</p>
		IV. EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA (12) - 3h.	<p>1. Conceitos e princípios de Educação em Saúde Pública.</p> <p>2. Métodos de Educação em Saúde: -entrevista -palestra -reuniões de grupo.</p> <p>3. O processo de mudança de comportamento.</p> <p>4. Relações humanas.</p> <p>5. O doente como pessoa.</p> <p>6. Relações pessoal de enfermagem/paciente.</p> <p>7. Trabalho em equipe.</p>	<p>-Aulas expositivas.</p> <p>-Grupos.</p> <p>-Estudo dirigido.</p>	<p>-Atuação com os pacientes de maneira adequada.</p> <p>-Dramatização de entrevistas, palestras, reuniões em grupos.</p>

- FOLHA DE AVALIAÇÃO MEDIATA -

O preenchimento desta folha de avaliação é feito pela enfermeira-supervisora, em colaboração com a enfermeira-assistente.

Ao preencher os diferentes itens da FOLHA DE AVALIAÇÃO, a enfermeira-supervisora deverá justificar a sua opinião quanto a:

- FRACO; REGULAR e BOM.

Considera-se:

- FRACO: a classificação entre 0 a 4 valores;
- REGULAR: a classificação entre 5 a 7 valores;
- BOM: a classificação entre 8 a 10 valores.

Em anexo, encontra-se a nota explicativa dos itens referidos na FOLHA DE AVALIAÇÃO.

- FOLHA DE AVALIAÇÃO -

NOME: _____

CURSO: _____

I. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

	FRACO	REGULAR	BOM
1. INTERESSE			

	FRACO	REGULAR	BOM
2. INICIATIVA E BOM SENSO ..			

	FRACO	REGULAR	BOM
3. CONTROLE EMOCIONAL			

	FRACO	REGULAR	BOM
4. CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL			

	FRACO	REGULAR	BOM
5. FACILIDADE EM EXPRESSAR-SE E TRANSMITIR OPINIÕES PARA GRUPOS			

	FRACO	REGULAR	BOM
6. ASPECTO PESSOAL			

II. CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

1. CAPACIDADE DE OBSERVAÇÃO E CRÍTICA	FRACO	REGULAR	BOM

2. CAPACIDADE DE ORGANIZA ÇÃO	FRACO	REGULAR	BOM

3. CAPACIDADE DE REALIZAÇÃO DE TRABALHO	FRACO	REGULAR	BOM

4. RECEPTIVIDADE A NOVAS IDÉIAS	FRACO	REGULAR	BOM

5. SER ORDENADO E ECONÔMI CO	FRACO	REGULAR	BOM

6. CAPACIDADE DE TRABALHAR EM EQUIPE	FRACO	REGULAR	BOM

 ASSINATURA

OBSERVAÇÕES DO AVALIADO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

- NOTA EXPLICATIVA -

- INTERE SE:

- . Interesse pelas pessoas, pela família, pela sociedade, pelo trabalho e pela aprendizagem.

- INICIATIVA E BOM SENSO:

- . Ser capaz de agir com independência e saber tomar decisões apropriadas no momento oportuno, baseando-se numa avaliação equilibrada dos vários aspectos dos problemas que devem ser resolvidos. (Isto implica a consciência das suas limitações e segurança nas suas capacidades e conhecimentos).

- CONTROLE EMOCIONAL:

- . Equilíbrio emocional suficiente para que o bom rendimento do trabalho não seja prejudicado por situações difíceis da sua vida profissional e particular.
- . Reagir de uma maneira positiva à supervisão e saber desenvolver a capacidade de auto-avaliação.
- . Saber dar segurança aos pacientes e à equipe de trabalho.

- CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL:

- . Facilidade em estabelecer e manter uma "relação de ajuda" com o paciente, com os superiores, colegas e outros.
- . Compreensão do comportamento próprio, do dos pacientes e dos outros, e agir baseado nessa compreensão.

- FACILIDADE EM EXPRESSAR-SE E TRANSMITIR OPINIÕES PARA GRUPOS:

- . Ser capaz de "transmitir" por escrito e verbalmente suas opiniões e idéias, para grupos.

- MODELO - ANEXO II -

- ASPECTO PESSOAL:

- . Ter hábitos de higiene pessoal necessários a uma boa saúde e à vida em grupo.
- . Ter uma apresentação agradável, sabendo melhorá-la sem exageros.
- . Apresentar-se convenientemente uniformizado.

- CAPACIDADE DE OBSERVAÇÃO E CRÍTICA:

- . Saber colher informações, selecionando as fontes de informações e escolhendo entre os dados colhidos os mais válidos.
- . Ser capaz de observar, analisar e tirar conclusões úteis sobre a sua atuação e inter-influências a que está condicionada, criticando construtivamente.

- CAPACIDADE DE ORGANIZAÇÃO:

- . Saber estabelecer prioridades e definir objetivos.
- . Saber planejar e programar o seu trabalho, respeitando e facilitando o dos restantes membros da equipe.
- . Conhecer e ser capaz de utilizar da melhor forma e no momento oportuno, os recursos existentes.

- CAPACIDADE DE REALIZAÇÃO DE TRABALHO:

- . Ser pontual e assíduo.
- . Habilidade e eficiência na execução de técnicas.
- . Saber aplicar consciente e eficazmente os conhecimentos teóricos e práticos, de acordo com os princípios científicos e métodos de organização de trabalho.

- RECEPTIVIDADE A NOVAS IDEIAS:

- . Ter a "abertura de espírito" que lhe permita modificar a forma de pensar, desde que mantenha a sua independência intelectual e a

sua capacidade de escolha.

- SER ORDENADO E ECONÔMICO:

- . Economizar tempo, esforço e material.

- CAPACIDADE DE TRABALHAR EM EQUIPE:

- . Conhecer as tarefas dos diversos elementos da equipe, respeitando o trabalho individual e a pessoa de cada um, colaborando, atuando e estimulando a participação de todos de uma forma positiva.

- OBSERVAÇÕES:

- . Parecer da enfermeira quanto à permanência do avaliado na Clínica ou sugestão do lugar onde o mesmo seja capaz de melhor produtividade.

* * *

- MÍNIMO A SER TRANSMITIDO AOS PACIENTES -

1. NOÇÕES ELEMENTARES DA DOENÇA:

- Etiologia;
- Transmissão;
- Profilaxia.

2. MEDICAMENTOS:

- Importância do tratamento em domicílio;
- Importância da continuidade da medicação.

3. C O N T R O L E:

- Importância do retorno ao ambulatório na data aprazada;
- Observação de complicações.

4. HIGIENE PESSOAL:

- Banho diário;
- Higiene oral;
- Cuidado especial com o local da lesão;
- Destino adequado das secreções orais;
- Higiene das mãos.

5. DIETA ADEQUADA:

- Tipo;
- Preparo.

6. CUIDADOS NO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES SEGUNDO O OFÍCIO OU PROFISSÃO.

* * *

CONTROLE DE RETORNO DE PACIENTES

DATA DE INTERNAÇÃO: _____/_____/_____

ÊXITO: Alta / / - Óbito / /

ENFERMEIRA:

PACIENTE:

ENDEREÇO:

[illegible]

- *-Envio de carta-convite
- Visita domiciliária

- PREENCHIMENTO DA FICHA DE ENFERMAGEM -

A ficha de enfermagem será preenchida pela enfermeira responsável pela Clínica de Medicina Tropical, no momento em que o paciente receber alta hospitalar, somente no que diz respeito ao cabeçalho e data do retorno para controle. Em seguida será enviada ao ambulatório, onde haverá um arquivo próprio, e a enfermeira responsável pelo serviço, ou sua auxiliar, se encarregarão de sua continuidade. Os faltosos serão comunicados à enfermeira da Medicina Tropical, que juntamente com o serviço social, tomará as devidas providências, registrando-as na coluna de atividades.

No caso de reinternação, a referida ficha acompanhará o prontuário, o qual, juntamente com o paciente, vai para a Clínica de Medicina Tropical, onde permanecerá até a próxima alta, voltando outra vez ao ambulatório por ocasião da mesma.

* * *

ANEXO V - PACIENTES PORTADORES DE B.S.A. INTERNADOS NA CLÍNICA DE MEDICINA TROPICAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFGO, SEGUNDO PRONTUÁRIO, IDADE, SEXO, COR, PROFISSÃO, PROCEDÊNCIA, DIAS DE PERMANÊNCIA, VOLTA AO CONTROLE, CONDIÇÕES E CAUSAS - Goiânia, 1973.

Nº PRONTUÁRIO	IDADE	SEXO	COR	PROFISSÃO	PROCE- DÊNCIA	DIAS PERMA- NÊNCIA	VOLTOU NA DATA APRAZADA		CONDIÇÕES		OBSER- VAÇÕES	DATA
							sim	nao	INALTE- RADA	PIORA- DA		
118.230	68	masc.	parda	inválido	rural	27		X				
113.605	64	masc.	parda	lavrador	rural	60		X				
115.246	40	fem.	parda	doméstica	rural	61		X				
121.919	60	masc.	branca	lavrador	rural	60		X				
117.683	47	masc.	branca	lavrador	rural	92		X				
111.551	29	fem.	parda	doméstica	urbana	65		X				
116.582	57	masc.	parda	lavrador	rural	60		X				
117.879	34	masc.	preta	lavrador	rural	30		X				
28.687	63	masc.	branca	lavrador	rural	39					óbito	25/2/73
126.308	50	masc.	preta	lavrador	rural	53		X				
121.296	47	masc.	parda	lavrador	rural	18		X				
70.159	12	fem.	branca	doméstica	rural	188*		X				
117.006	45	fem.	branca	doméstica	rural	53		X				
122.381	32	masc.	parda	lavrador	rural	61		X				
120.374	34	masc.	branca	lavrador	rural	34		X				
58.998	17	masc.	parda	-	urbana	6					óbito	14/8/73
116.839	43	masc.	branca	motorista	urbana	13		X				
103.977	15	masc.	branca	-	rural	27		X				
17.587	30	fem.	branca	doméstica	rural	54		X				
117.066	54	masc.	parda	lavrador	rural	45		X				

-continua-

* Média de três internações

ANEXO V - continuação -

Nº PRONTUÁRIO	IDADE	SEXO	COR	PROFISSÃO	PROCE- DÊNCIA	DIAS/ PERMAN- ÊNCIA	VOLTOU NA DATA APRAZADA		CONDIÇÕES		OBSER- VAÇÕES	DATA
							sim	nao	INALTE- RADA	PIORA- DA		
93.184	62	masc.	parda	lavrador	rural	124	X		X			
112.256	32	masc.	preta	lavrador	rural	334					óbito	25/3/73
126.180	38	masc.	parda	lavrador	rural	3					óbito	11/8/73
122.671	16	fem.	preta	doméstica	urbana	96		X				
60.616	41	masc.	branca	motorista	urbana	13					óbito	7/5/73
112.237	42	fem.	parda	doméstica	rural	95		X				
130.687	22	masc.	branca	guarda	urbana	7					óbito	21/11/73
130.732	58	masc.	parda	lavrador	rural	35		X				
120.319	29	masc.	preta	lavrador	rural	130	X		X			
126.104	37	masc.	parda	lavrador	rural	**185		X				
130.082	35	masc.	parda	técnico	urbana	29		X				
46.234	66	masc.	preta	lavrador	rural	41		X				
65.845	29	masc.	preta	lavrador	rural	***502		X				
122.381	32	masc.	parda	lavrador	rural	63		X				
128.847	34	masc.	parda	lavrador	rural	28		X				
112.237	42	fem.	parda	doméstica	rural	35		X				
112.608	52	masc.	branca	lavrador	rural	32		X				
130.584	35	masc.	parda	lavrador	rural	156		X				

** Média de duas internações

*** Média de três internações.

- VISITA DOMICILIAR A FALTOSOS -

NOME DO PACIENTE: _____

PRONTUÁRIO Nº.: _____

ENDEREÇO: _____

R O T E I R O

- 1) SABIA QUE A DOENÇA DO SR. (a) TEM QUE SER CONTROLADA E QUE PARA IS
SÓ TEM QUE VIR AO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NA DATA EM QUE O MÉDICO
DETERMINA?

-Resposta: _____

- 2) QUEM DEU AO SR. (a) ESSA INFORMAÇÃO?

-Resposta: _____

- 3) POR QUE, ENTÃO, NÃO FOI AO HOSPITAL?

-Resposta: _____

- 4) JÁ EXPLICARAM AO SR. (a) SOBRE SUA DOENÇA E A IMPORTÂNCIA DOS CUIDA
DOS QUE DEVE TER COM A MESMA?

Resposta: _____

- 5) QUEM EXPLICOU? _____

- 6) O QUE EXPLICARAM? _____

- 7) O SR. (a) ACHA NECESSÁRIA ESSA ORIENTAÇÃO? _____

- MODELO - ANEXO VII -

GOIÂNIA, ____/____/____

POR FAVOR, queira preencher o presente questionário, que muito ajudará na realização de nossa pesquisa.

OCUPAÇÃO: _____

PROFISSÃO: _____

1) A blastomicose sul-americana (BSA) é uma doença contagiosa?

SIM () NÃO () NÃO SEI ()

2) Existe possibilidade de cura para a blastomicose sul-americana?

SIM () NÃO () NÃO SEI ()

3) O que transmite a blastomicose sul-americana?

4) Há necessidade de cuidados especiais no tratamento da blastomicose sul-americana?

SIM () NÃO () NÃO SEI ()

5) Por ordem de importância, enumere quais seriam esses cuidados:

6) Há necessidade de ser feito o controle ambulatorial durante e após o tratamento?

SIM () NÃO () NÃO SEI ()

- 7) Como deve ser a dieta alimentar dos pacientes portadores de blastomicrose sul-americana? JUSTIFIQUE.

- 8) Como deve ser recebido no momento da internação um paciente portador de blastomicrose sul-americana?

- 9) Como deveria ser feita a limpeza dos locais onde se atende pacientes portadores de blastomicrose sul-americana?

- 10) Como devem ser lavadas as roupas usadas por pacientes portadores de blastomicrose sul-americana?

"AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO"