

Portadores de paracoccidioidomicose cutâneo mucosa atendidos num hospital terciário do interior paulista: adesão ao seguimento¹

Portadores de paracoccidioidomycosis cutâneo mucosa atendidos en un hospital terciário del interior paulista: adhesión al seguimiento

Patients with cutaneous-mucosal paracoccidioidomycosis attended at a tertiary hospital in the interior of São Paulo State: adherence to follow-up

Maria Helena Versiani Maciel^I, Silvia Rita Marin da Silva Canini^{II}, Elucir Gir^{III}

RESUMO

As condições crônicas podem causar alterações físicas, psíquicas e sociais progressivas, requerendo em alguns casos mudanças permanentes no estilo de vida dos indivíduos. A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica, que exige tratamento prolongado, cuja maior prevalência concentra-se na América Latina, com diversas áreas endêmicas no Brasil. Este estudo teve como objetivo caracterizar os clientes portadores de paracoccidioidomicose cutâneomucosa e identificar os motivos da não adesão ao seguimento clínico terapêutico. Foram consultados 74 prontuários de clientes adultos com diagnóstico de paracoccidioidomicose cutâneo mucosa atendidos e ou internados num hospital escola terciário do interior paulista, no período de janeiro de 2000 a julho de 2006. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do referido hospital. A maioria dos sujeitos era do sexo masculino (86,5%), com idade média de 44,5 anos; 67,6% dos casos foram internados de uma a oito vezes e em 51,3% dos casos a internação se deu em decorrência de recidiva; 74,3% fizeram uso irregular das medicações. 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: Paracoccidioidomicose; Enfermagem; Pacientes; Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

Chronic conditions can cause progressive physical, emotional and social alterations, requiring permanent changes in people's life style. Paracoccidioidomycosis is a systemic mycosis that requires long-term treatment. The highest 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 for non adherence to clinical therapeutic follow-up. Seventy-four patient files were consulted of adult clients with diagnosed cutaneous-mucosal paracoccidioidomycosis who received care and /or were hospitalized at a tertiary teaching hospital in the interior of São Paulo State, between January 2000 and July 2006. The project was approved by the hospital's Research Ethics Committee. Most participants were men (86.5%), with an average age of 44.5 years, 66.7% of the cases were hospitalized between one and eight times. In 51.3% of the cases, hospitalization was due to relapse and 74.3% took the medication irregularly. Nurses, as essential elements in health services, can propose individual and collective strategies for care, in order to encourage the client to deal with the changes and, consequently, to improve the levels of adherence to the follow-up.

Key words: Paracoccidioidomycosis; Nursing; Patients; Continuity of patient care.

RESUMEN

Las condiciones crónicas causan alteraciones físicas, psíquicas y sociales progresivas,

¹ Artigo foi extraído de a Dissertação de Mestrado intitulada: Adesão de pacientes portadores de paracoccidioidomicose assistidos em um hospital escola do interior paulista.

^I Enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestranda da EERP-USP. E-mail: mhelenamaciel@bol.com.br

^{II} Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: canini@eerp.usp.br

^{III} Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: egir@eerp.usp.br

requiere en algunos casos cambios permanentes en el estilo de vida de los individuos. La paracoccidiodomicosis es una micosis sistémica, que exige tratamiento prolongado, cuya mayor prevalência concentrase en la América Latina con diversas áreas endémicas en el Brasil. El objetivo del estudio fue caracterizar los clientes portadores de paracoccidiodomicosis cutâneo mucosa y identificar los motivos de la no adhesión al seguimiento clínico terapéutico. Fueron consultados 74 prontuarios de clientes adultos con diagnóstico de paracoccidiodomicosis cutaneo mucosa atendidos y o internados em uno hospital escuela terciaria del interior paulista, en el período de enero de 2000 a julio de 2006. El proyecto fue aprobado por el

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistémica, causada pelo fungo termodimórfico e assexuado, denominado *Paracoccidiodis brasiliensis* que infecta, particularmente adultos, por via respiratória. A América Latina concentra as maiores prevalências; sendo que no Brasil, as áreas altamente endêmicas localizam-se nos estados de RO, AC, MT, GO, MG, RJ, SP, PR e RS, regiões de áreas úmidas, com clima temperado, verões chuvosos e solo ácido⁽¹⁻³⁾.

A PCM é uma doença crônica que pode causar alterações físicas, emocionais e sociais progressivas, acarretando, em alguns casos, mudanças permanentes que demandam longos tratamentos e acompanhamento clínico freqüente, além de exigir a adaptação do cliente e de sua família a tal condição, com o objetivo de prevenir complicações da doença, deter sua progressão e a morte precoce.

O desenvolvimento técnico-científico e cultural promove mudanças no modo de vida e nas condições de saúde da população nas várias regiões do país e mesmo assim uma grande parte dela não tem acesso a informações e aos serviços e saúde, devido à carência de orientações referentes à educação em saúde, como também aos hábitos para a adoção de comportamentos saudáveis, principalmente quanto à prevenção e ao controle de doenças crônicas, fatores que podem interferir na tomada de decisão e na participação do cliente

Comite de Ética y Pesquisa del hospital. La mayoría de los individuos es del sexo masculino (86,5%), con media edad de 44,5 años, 67,6% de los casos fueron internados de una a ocho veces y en 51,3% la internación se dió en decurso de recidiva y 74,3% hicieron uso irregular de las medicaciones. El enfermero en cuanto elemento esencial en los servicios de salud puede proponer estrategias individuales y coletivas para la asistencia pretendiendo estimular el cliente a lidiar con los cambios y consecuente mejora de los niveles de adhesión al seguimiento.

Palabras clave: Paracoccidiodomicosis; Enfermería; Pacientes; Continuidad de la Atención al Paciente.

no tratamento no que diz respeito à sua adesão ou não à terapêutica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁽⁴⁾, no caso das doenças crônicas o profissional da área da saúde deve enfatizar a necessidade de aderência aos tratamentos de longo prazo, e que nesses casos a adesão é em torno de 20%. Vários são os termos utilizados como sinônimos de adesão como, por exemplo, aderência, observância, fidelidade^(5,6), mas o melhor deles é adesão⁽⁷⁾, pois define o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado não só pela ingestão de medicamentos, mas também pelo seguimento da dieta e mudanças no estilo de vida. A adesão é um fenômeno multifatorial determinado pela interação de cinco fatores ou "dimensões", são eles: sistema e equipe de saúde; os socioeconômicos, os relacionados ao paciente, à doença e ao tratamento.

Alguns autores⁽⁸⁾ definem adesão como um processo comportamental complexo, que sofre forte influência do meio ambiente, dos profissionais de saúde e dos cuidados de assistência médica.

Atualmente, para os enfermeiros prestarem uma assistência com qualidade, torna-se imperativa a busca por evidências científicas, assim atuando na assistência à pacientes portadores de paracoccidiodomicose identificamos uma lacuna na produção do conhecimento de enfermagem sobre esta temática o que nos motivou a realizar o

presente estudo, cujo objetivo foi de caracterizar os clientes portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa atendidos em um hospital escola do interior paulista e identificar os motivos da não-adesão destes ao seguimento clínico terapêutico.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido num hospital escola do interior do Estado de São Paulo, referência no atendimento a portadores de paracoccidiodomicose. Analisaram-se 74 prontuários de indivíduos em acompanhamento clínico terapêutico, tanto em seguimento ambulatorial quanto os submetidos à internação hospitalar, no período de janeiro de 2000 a julho de 2006.

A população foi composta por indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, portadores de paracoccidiodomicose cutâneo mucosa como diagnóstico principal. Foram excluídos do estudo, os portadores de outras formas de PCM e aqueles que apresentavam associada a outras patologias.

A coleta de dados realizada no período de janeiro a abril de 2007 constou de consulta aos prontuários, disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de pacientes portadores da doença, ocasião em que se analisaram as anotações da equipe de saúde, as quais foram transcritas em um formulário previamente elaborado para este estudo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição, Processo nº. 10767/2006, preservou-se o anonimato dos participantes e houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram organizados em uma planilha no programa Excel 2007 e para a análise descritiva utilizou-se o software Epi-info 3.3.2.

RESULTADOS

Dos 74 indivíduos portadores de PCM cutâneo mucosa, 86,5% eram do sexo masculino, com idade entre 18 e 82 anos (média de 44,5 e moda igual a 45 anos).

Tabela 1. Caracterização dos portadores de PCM cutâneo mucosa (N=74) assistidos em um hospital escola. Ribeirão Preto, 2006

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	64	86,5%
Feminino	10	13,5%
Faixa Etária (anos)		
18 – 30	08	10,8
31 – 40	21	28,3
41 – 50	21	28,3
51 – 60	16	21,6
61 – 70	05	6,7
>71	03	4,1
Procedência		
Estado de São Paulo	71	95,9
Estado de Minas Gerais	02	2,7
Estado do Maranhão	01	1,4
Local de moradia		
Área urbana	69	93,2
Área rural	04	5,4
Sem informação	01	1,4
Ocupação		
Trabalhadores rurais	25	33,8
Construção civil	09	12,2
Aposentados	08	10,8
Serralheiros	04	5,4
Domésticas	03	4,0
Do lar	03	4,0
Comerciantes	02	2,7
Estudantes	02	2,7
Cozinheiros	02	2,7
Borracheiros	02	2,7
Desempregados	02	2,7
Sem informação	02	2,7
Outras atividades	10	13,6
Total	74	100

Quanto à procedência, 71 (95,9%) pacientes residiam em cidades do Estado de São Paulo; destacando-se que 17 (23%) pertenciam à Ribeirão Preto e 03 (4,1%) a outros estados. Quanto à variável ocupação, destaca-se que 25 (33,8%) eram trabalhadores rurais ativos, 09 (12,2%) trabalhavam na construção civil e 08 (10,8%) eram aposentados. Os 10 (13,6%) que exerciam outras atividades eram gráfico, vigia, coletor de lixo, digitador, *motoboy*, assistente social, funcionário dos correios, mecânico, escriturário e sapateiro. Em dois prontuários não havia informação disponível.

Em relação à caracterização dos fatores relacionados à moradia, destaca-se que 69 (93,2%) clientes residiam em área urbana, e somente 04 (5,4%) em área rural. Em 01 (1,4%) prontuário não havia informação.

O uso do tabaco foi relatado por 62 (83,8%) indivíduos; enquanto 11 (14,9%) não

tinham o vício do cigarro e 02 (3,1%) prontuários não registravam esta informação. Dentre os primeiros, 10 (15,6%) abandonaram o uso do tabaco após iniciar o tratamento; 01 (1,4%) prontuário não continha este dado.

Em relação à ingestão de bebida alcoólica, 47 (63,5%) prontuários registravam o uso; outros 24 (32,4%) informavam que os indivíduos não a ingeriam e 03 (4,1%) prontuários não continham esta informação. Observa-se que somente 16 (32%) sujeitos deixaram de ingerir bebida alcoólica após o início do tratamento. Vale ressaltar que a bebida alcoólica mencionada em 70% dos casos referia-se à aguardente de cana (pinga).

No que diz respeito aos locais das lesões, 64 (86,5%) acometeram mais de um segmento corporal e apenas 10 (13,5%) ocorreram em apenas uma região. Quanto à análise da topografia dos diferentes sítios anatômicos acometidos, a face foi a região mais

freqüentemente atingida: 28 (37,8%) lesões encontravam-se 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%) no palato (mole/duro); 04 (5,5%) nos olhos (pálpebra e supercílio); 03 (4%) no mento e região frontal; 02 (2,7%) no couro cabeludo e 01 (1,4%) no zigoma. Sete (9,4%) pacientes tiveram lesão na região cervical; 05 (96,7%) em membros superiores e outros 05 (6,7%) em membros inferiores; 05 (6,7%) na região abdominal; três (4%) na região inguinal, peniana, perianal e anal; 02 (2,7%) na região glútea e outros 02 (2,75) na região lombar e dorso.

Dos tipos de lesões registradas, as de maior freqüência foram: úlceras com pontos hemorrágicos (28,3%); ulcero-vegetantes (26%); lesões granulomatosas (23,4%); infiltrativas esbranquiçadas (22,2%). Vale destacar que alguns clientes possuíam mais de um tipo de lesão em diferentes sítios anatômicos.

O número de internações variou de um a oito; 50 (67,6%) clientes necessitaram de internação hospitalar, sendo 38 (51,3%) em decorrência de recidivas e da necessidade de avaliação da adesão/uso da medicação; os demais devido à piora das lesões cutâneas e para investigar e ou iniciar tratamento.

Instituiu-se inicialmente o tratamento farmacológico com a utilização de drogas via oral para 66 (89,2%) clientes, e a administração endovenosa para outros 08 (10,8%). Para 44 (59,4%) destes recomendou-se a associação Sulfametoxazol/trimetropin (cotrimoxazol); outros 09 (12,25%) receberam Sulfadiazina; 07 (9,55%), Itraconazol; 03 (4%), Cetoconazol; 02 (2,7%), Nizoral e 01 (1,4%), Fluconazol. Indicaram-se medicamentos por via intravenosa para 05 (6,8%) clientes, sendo que para 03 (4%) a medicação de escolha foi derivado lipossomal (anfotericina B).

Quando se associou adesão à terapêutica e tratamento farmacológico, constatou-se que 39 (52,7%) dos clientes fizeram uso intermitente dos medicamentos e apenas 19 (25,7%) realizaram o tratamento de forma

correta e que 16 (21,6%) não utilizaram os medicamentos prescritos em nenhum momento.

Dos 55 (74,3%) clientes que fizeram uso irregular dos medicamentos ou não os utilizaram, 24 (34,3%) mencionaram que o motivo foi a falta da medicação na rede pública e a maioria deles não possuía condições financeiras para adquiri-la; 03 (5,5%) deles compraram a medicação na farmácia em doses diferentes das prescritas; 14 (20%) suspenderam o uso das mesmas por conta própria; 12 (17,1%) alteraram a dose por conta própria; 09 (12,9%) esqueceram de tomar alguma dose do medicamento no período da tarde; 07 (10%) perderam a receita médica e ficaram sem tomar o medicamento até o próximo retorno; 03 (4,3%) pararam devido ao surgimento de efeitos adversos e 01 (1,4%) entendeu que era para suspender o uso. Alguns clientes apresentaram mais de um motivo para a interrupção dos medicamentos.

Ao se avaliar o seguimento clínico dos portadores de PCM, observou-se que 40 (54%) pacientes abandonaram o tratamento de forma definitiva; 17 (22,9%) permanecem em tratamento clínico com agendamento dos retornos ambulatoriais, de acordo com a evolução clínica; 12 (16,2%) permaneceram em acompanhamento ambulatorial anual para controle da doença; 04 (5,4%) evoluíram para óbito e apenas 01 (1,4%) recebeu alta com cura e foram orientados a procurar os serviços de saúde no caso de perceber qualquer alteração.

DISCUSSÃO

O predomínio da doença em indivíduos do sexo masculino está em consonância com outros estudos científicos^(9,10), que mostraram predominância de 70 a 98,6%. Estudo⁽⁹⁾ apontou que a exposição ao fungo é menor no sexo feminino devido à proteção estrogênica, que inibe a transformação de micélios e conídeos em leveduras, a forma parasitária do fungo.

No presente estudo houve predominância de indivíduos acometidos pela doença na faixa etária entre 30 e 49 anos de idade, dado também apontado em outras investigações^(3,7).

Apesar de a doença poder acometer indivíduos a partir de dois anos de idade, sua forma crônica surge em adultos entre 30 e 50 anos, devido a reativação do foco endógeno latente⁽³⁾. A manifestação tardia da doença se deve ao fato de a grande maioria dos clientes procurar o serviço médico quando já estão fora da área rural ou endêmica. Alguns clientes que desempenham atividades não ligadas ao manuseio do solo, provavelmente adquiriram a infecção nas duas primeiras décadas de vida, tendo a manifestação tardiamente.

Ribeirão Preto é a principal cidade da região Nordeste do estado de São Paulo, cuja atividade principal é a agroindústria. Por isso acredita-se que tem havido um aumento da migração de pessoas da área rural para a urbana em busca de oportunidades de emprego.

Ao se analisar o tipo de ocupação dos clientes, verifica-se que os resultados encontrados estão em consonância com os de outros estudos^(1,2,3,7). O trabalho com o solo e vegetais é fator predisponente para a PCM, a qual pode ser considerada doença ocupacional⁽⁷⁾, pois afeta inclusive pedreiros e outros operários urbanos, com antecedentes de atividade agrícola.

Apesar disso, o estudo mostrou que três indivíduos relataram que nunca tiveram contato com a área rural, seja na forma de residência, trabalho ou passeio. Um deles relatou que viajava semanalmente para outra cidade, mas que no trajeto inalava poeira de uma pedreira existente no local. A esse respeito, um estudo⁽¹¹⁾ constatou casos de PCM em indivíduos que alegaram nunca terem tido qualquer contato com a área rural.

Além do contato rural, a utilização do tabaco e da bebida alcoólica também tem sido apontada como fatores predisponentes para a PCM⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Estudo de caso-controle⁽¹³⁾ mostrou que mais de 50% dos pacientes ingeriam álcool acima de 60 ml/dia, principalmente os trabalhadores rurais e de maior faixa etária, o que caracteriza o alcoolismo como fator predisponente para a PCM, especialmente para a forma crônica da doença e sua freqüente reativação, devido à queda da imunidade causada pelo etilismo.

Investigação realizada no Mato Grosso do Sul relacionou o uso de tabaco e do álcool à PCM, e apontou que fumantes acima de 20 cigarros/dia adoeceram oito anos antes, quando comparados aos não fumantes, mas destacou que o consumo de álcool não interferiu no tempo de adoecimento^(12,13).

Quanto à topografia dos diferentes sítios anatômicos acometidos verificou-se que os locais e tipos das lesões foram os mais variados, ou seja, em qualquer segmento corporal.

O fungo atinge a pele por via hematogênica, por contigüidade ou por focos distantes, originando as lesões nas mucosas ou nos linfonodos, a partir de foco pulmonar primário. A boca é a região mais acometida porque a mucosa bucal fornece substrato à via saprofítica do fungo^(7,15). As lesões variam de tamanho, aspecto e cor, caracterizadas pelo polimorfismo, com maior predominância das ulceradas com crostas, abscessos, vegetações ou verrucosas, agrupadas ou isoladas, que podem ser profundas, com extensas ulcerações e evolução lenta⁽⁷⁾.

O predomínio das lesões bucais com extensão para a gengiva, palato (duro/mole), língua e mucosa jugal foi apontado por diversos autores, os quais destacam que mesmo com o tratamento correto as seqüelas podem ocorrer^(7,10,15).

Apesar de várias drogas antifúngicas poderem ser utilizadas para o tratamento^(3,16), o itraconazol é apontado como a melhor opção terapêutica para as formas leves e moderadas da infecção. É indicado por um período de tempo menor que as demais drogas, requer apenas uma dose diária e é distribuído gratuitamente na rede pública⁽¹⁶⁾.

A internação hospitalar para o paciente crônico é indicada quando este apresenta episódio agudo da doença. No entanto acredita-se que esta fase aguda pode ser evitada se o cliente possuir conhecimento suficiente sobre a doença, aprender a lidar com as modificações provocadas por ela e ainda seguir corretamente o tratamento recomendado.

Os clientes que tiveram maior número de internações hospitalares compareceram ao serviço quando já apresentavam péssimas

condições de saúde: aumento ou disseminação das lesões, com odor fétido e ou doenças associadas. Nestes casos, a piora do quadro deveu-se a não adesão ao tratamento.

Quanto ao seguimento clínico⁽³⁾, os portadores de PCM precisam ser acompanhados ambulatorialmente no primeiro ano, a cada seis meses, para avaliar se apresentam remissão clínica do quadro. Após este período, deverá receber alta e ser orientado a procurar o serviço, se necessário. Porém, no serviço onde se desenvolveu este estudo os clientes continuam sendo atendidos anualmente, mesmo após a remissão das lesões, suspensão dos medicamentos prescritos pelo médico e estabilização dos valores dos títulos sorológicos, variando de um a quatro anos.

Vários as causas podem levar o indivíduo a não aderir ao tratamento, como o uso de drogas por tempo prolongado, as quais podem ocasionar efeitos adversos contribuindo para que abandone a terapia medicamentosa. Este mesmo problema pode ser encontrado em indivíduos que fazem uso de terapia com anti-retrovirais⁽¹⁷⁾, anti-tuberculostáticos⁽⁵⁾, anti-hipertensivos^(6,18).

A disponibilização de medicamentos é o primeiro fator que deve ser analisado para estimular o cliente à efetiva adesão ao tratamento. Se ele tiver acesso ao medicamento poderá aderir com mais facilidade à terapêutica⁽¹⁹⁾. Os achados deste estudo evidenciaram que diversos clientes usaram o medicamento de forma irregular devido a sua indisponibilidade no serviço público, por isso ao se instituir o plano terapêutico, além da escolha do fármaco, deve-se levar em conta as condições socioeconômicas do cliente e a distribuição gratuita do medicamento⁽¹⁶⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde⁽⁴⁾, quando se analisam aspectos relacionados diretamente aos pacientes, fatores como analfabetismo, condições econômicas e desemprego são determinantes para uma baixa adesão ao tratamento, como também a aceitação e conhecimento da doença, custo/benefício do cuidado, percepção do risco à saúde, participação ativa no tratamento e tomada de decisões para 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, dependam de transporte gratuito para comparecerem às instituições de saúde. Muitos saem muito cedo de suas residências e permanecem no hospital, durante quase o dia todo, alimentado-se de forma inadequada, o que gera cansaço físico, mental e ansiedade. Estes fatores podem deixar o indivíduo desatento, a ponto de não ouvir/entender as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde o que conseqüentemente pode levá-lo a abandonar o tratamento. Assim, acredita-se que a interação entre os diversos serviços de saúde, bem como a disponibilidade de tratamento o mais próximo possível do seu local de origem, pode proporcionar maior adesão, baixo número de internações e maior índice de cura.

A adesão ao tratamento de qualquer doença crônica é um tema complexo, assim estudo⁽²⁰⁾ enfocando uma análise conceitual de adesão aos anti-hipertensivos apontou um modelo teórico que engloba três elementos distintos e importantes, que podem ser úteis para outras doenças crônicas que demandam tratamentos prolongados, são eles: antecedentes da adesão (relacionados aos clientes, a terapêutica e ao sistema de saúde; atributos da adesão (participação ativa do cliente no tratamento, uso correto dos medicamentos, comparecimento pontual aos encontros agendados, mudanças no estilo de vida) e conseqüências da adesão (redução das complicações e melhoria na qualidade de vida).

CONCLUSÕES

Os dados apontam a PCM como uma doença de importante repercussão na saúde pública, por isso torna-se imprescindível a organização de um programa e a formação de grupos interdisciplinares e multiprofissionais para atendimento desta clientela específica.

Um ponto relevante neste cenário é a participação do enfermeiro, elemento facilitador e com capacidade de julgamento clínico que pode, por meio da identificação das necessidades afetada dos clientes, propor estratégias individuais e coletivas para a assistência a essa clientela de forma a ensiná-la

a lidar com as mudanças e a melhor se adaptar as possíveis perdas ou mesmo aos novos hábitos de vida decorrentes de uma enfermidade crônica.

Elementos como o acompanhamento periódico, maior vínculo entre o cliente e a equipe de saúde, uso de uma linguagem clara, distribuição gratuita de medicamentos e a formação de equipes multidisciplinares são fundamentais para atendimento a qualquer doença crônica. É também de grande importância a inclusão dos familiares e ou "cuidadores" no processo de recuperação, a fim de auxiliarem o cliente na aceitação de sua nova condição.

Acredita-se que a identificação do perfil desta clientela possa subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem quer em nível hospitalar e/ou ambulatorial, o qual deve agregar uma série de estratégias com o objetivo de alcançar melhores níveis de adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Coutinho ZF, Silva D, Lazera M, Petri V, Oliveira RM, Sabroza PC, Wanke B. Paracoccidioidomycosis mortality in Brazil (1980-1995). *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1441-54.
2. Bittencourt JIM, Oliveira RM, Coutinho ZF. Paracoccidioidomycosis mortality in the State of Paraná, Brazil, 1980-1998. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1856-64.
3. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML. Guidelines in Paracoccidioidomycosis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006;39(3):297-310.
4. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília (Brasil): Organização Mundial de Saúde; 2003.
5. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, na perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):777-87.
6. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 275-289.
7. Bisinelli JC, Telles FQ, Sobrinho JA, Rapoport A. Manifestações estomatológicas da paracoccidioidomicose. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2001;67(5):683-687.
8. Maluf MLF, Pereira SRC, Takahachi G, Svidzinski IE. Prevalence of paracoccidioidomycosis-infection determined by sorologic teste in donors blood in the Northwest of Paraná, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003;36(1):11-16.
9. Aristizábal BH, Clemons KV, Cock AM, Restrepo A, Stevens DA. Experimental *Paracoccidioides brasiliensis* infection in mice: influence of the hormonal status of the host on tissue responses. *Med Micol*. 2002;40(2):169-78.
10. Ferreira MS, Telles Filho FQ. Imunopatogênese e patologia. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1374-78.
11. Corti M, Villafañe MF, Negróni R, Palmieri O. Disseminated paracoccidioidomycosis with peripleuritis in an AIDS patient. *Rev Inst Med Trop*. 2004;46(1):47-50.
12. Martinez R, Moya MJ. Associação entre paracoccidioidomicose e alcoolismo. *Rev Saúde Pública*. 1992;26(1):12-6.
13. Santos WA, Silva BM, Passos ED, Zandonade E, Falqueto A. Associação entre tabagismo e paracoccidioidomicose: um estudo de caso-controle no Estado do Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):245-53.
14. Paniago AMM, Aguiar JIA, Aguiar ES, Cunha RV, Pereira GROL, Londero AT, Wanke B. Paracoccidioidomicose: estudo clínico e epidemiológico de 422 casos observados no Estado de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003;36(4):455-459.
15. Mendes RP. Quadro clínico. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1381-88.
16. Telles Filho FQ. Tratamento. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1395-1402.
17. Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos HIV/AIDS assistidos em uma instituição do

interior paulista. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(5):634-41.

18. Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens. 2006;13(1):47-50.

19. Araújo GBS, Garcia T R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2007 jul 12];8(2):259-72. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/pdf/v8n2a11.pdf.

20. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(3):755-782.

Artigo recebido em 12.07.07

Aprovado para publicação em 30.06.08