Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Artigo

Onicomicose por fungos fiamentosos em idosos residentes da zona rural do município de Piancó-PB

Fiamentosos yeast onychomycosis in the elderly residents of the rural municipality of Piancó-PB

José Ricardo Marinheiro Rodrigues[1]
Petrusk Homero Campos Marinho[2]

Resumo: O envelhecimento populacional é um fenômeno que está ocorrendo em todo mundo, onde o Brasil tem demonstrado um crescimento considerável da população com mais de 60 anos. Porém, com o aumento do número de idosos em uma determinada região acompanha-se também o numero de doenças crônicas e umas das principais causas de enfermidades em idosos são as infecções fúngicas nas unhas (onicomicoses), que pouco aparecem como queixas em serviços de saúde pública culminando na sua falta de notificação compulsória pelo SUS. Este estudo de caráter experimental investigou a presença de casos novos de onicomicoses por fungos filamentosos (dermatófitos ou não dermatófitos) em pacientes idosos da zona rural do município de Piancó-PB. Foram coletadas 52 amostras de unhas em indivíduos de ambos os sexos, que apresentaram lesões características de onicomicoses e que não se submeteram a terapia antifúngica nos últimos 30 dias. Observaram-se 37 amostras positivas, onde 19 foram por FFND, 6 por dermatófitos e 12 por leveduras. Conclui-se que o isolamento dos FFND vem crescendo recentemente e os idosos residentes da zona rural possuem uma maior predisposição para desenvolverem onicomicose, principalmente os diabéticos e aqueles que apresentam circulação periférica deficiente.

UNITERMOS: Idosos; Onicomicose; Dermatófitos; Fungos filamentosos.

[1] Graduando do Curso de Bacharelado em Biomedicina – faculdades integradas de patos – FIP.
[2] Biólogo. Doutor. docente do Curso de Bacharelado em Biomedicina – faculdades integradas de patos – FIP,

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Abstract: Population ageing is a phenomenon that is occurring around the world, where Brazil has demonstrated a considerable growth of the population with more than 60 years. However, with the increase in the number of elderly people in a given region with the number of chronic diseases and one of the main causes of diseases in the elderly are fungal nail infections (Onychomycosis), which appear as complaints in public health services culminating in its lack of compulsory notification by SUS. This experimental character study investigated the presence of new cases of Onychomycosis by filamentous fungi (dermatophytes or not dermatophytes) in elderly patients of the rural municipality of Piancó-PB. 52 nail samples were collected in individuals of both sexes, which showed characteristic lesions of onychomycoses and antifungal therapy have undergone in the last 30 days. 37 positive samples were observed, where 19 were by FFND, 6 by 12 by yeasts and dermatophytes. It is concluded that the isolation of FFND has been growing recently and the elderly rural residents have a greater predisposition to develop Onychomycosis, especially diabetics and those with poor peripheral circulation.

Keywords: Elderly; Onychomycosis; Dermatophytes; Filamentous fungi.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem demonstrado um crescimento considerável da sua população idosa, onde nos últimos 50 anos a expectativa de vida média dos brasileiros aumentou, aproximadamente, em 25 anos, porém, sem melhorias significativas nas condições de vida e de saúde. De acordo com a Organização das Nações Unidas a população idosa terá um aumento considerável onde era de 3,1 em 1970 para 19% em 2.050 (NASRI, 2008). Segundo o Censo 2010, o Brasil possui 14.785.338 da população entre 55 a 64 anos e 14.081.480 com mais de 65 anos (BRASIL, 2011).

O envelhecimento populacional é um assunto globalizado e estipula-se que o Brasil ficará na sexta colocação entre os países com o total da população mais velha do

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

mundo, onde, em 2025 haverá um número de 33 milhões de idosos. A grande preocupação com o aumento da população idosa em uma determinada região é o aumento de doenças crônicas e as micoses são doenças de prognostico negativo de difícil tratamento, pior do que prevenir a própria morte (TANURE; MURAI, 2006).

Um dos problemas evidenciados na população idosa são alterações nas mãos e nos pés causando enfermidades e dificultando o idoso a deslocar-se por si próprio, prejudicando sua qualidade de vida. Essas alterações podem ser resultado do comprometimento inicial na integridade das unhas onde, na maioria dos casos, são causadas por infecções fúngicas (onicomicoses) nas mãos ou nos pés, sendo elas por fungos dermatófitos (*tinea unguium*), leveduras ou fungos filamentosos não dermatófitos (FFND) (ARAUJO et al, 2003).

As onicomicoses compreendem cerca de 20 a 50% dos casos de onicopatias, afetando com maior frequência a população adulta (2 ou 3%) aumentando a incidência a medida que a idade também aumenta, gerando uma qualidade de vida reduzida e problemas estéticos, trazendo prejuízo ao paciente na sua autoestima bem como a discriminação social. Os fatores que predispõem essa infecção são: a falta de higiene; uso prolongado de sapatos fechados; contato com o solo, animais e materiais contaminados (alicate e tesouras); imunodeficiências (endógenas ou exógenas); o envelhecimento e circulação periférica deficiente (SOUZA et al, 2007).

A onicomicose pode gerar se não tratada, afecções clínicas futuras onde o resultado é a amputação de membros inferiores nos portadores de *diabetes mellitus*, estes, por sua vez, apresentam maior prevalência de onicomicoses comparados aos pacientes não diabéticos (PARADA, 2007).

O tratamento das onicomicoses gera muitos gastos do sistema de saúde. Essa infecção ungueal é de pior prognóstico, mesmo em casos com agente etiológico identificado e medicação específica, é difícil de chegar à cura, já que as recidivas são frequentes (LIMA et al, 2008).

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Estudos mostram que de 10 a 15% da população humana poderão ser infectadas por fungos patógenos, onde a maior prevalência equivale a indivíduos maiores de 60 anos. Um dos fatores que contribuem para o aumento da prevalência dessas infecções, em idosos, seria a redução do crescimento da lamina ungueal ao decorrer da vida (0,5% de redução por ano de vida) e traumas pré-existentes (PEREIRA, 2012).

De acordo com a manifestação clínica podemos dividir as onicomicoses em: 1 – Onicomicose Subungueal Distal e Lateral (OSDL): é a infecção mais comum e se incide na borda livre da unha, invadindo a porção inferior da placa ungueal em direção a região proximal. Com a evolução da doença a unha cria uma massa amarelada de aspecto friável, podendo ocorrer um espaçamento parcial ou queda da unha. 2 – Onicomicose Subungueal Proximal (OSP): o fungo se incide abaixo da borda ungueal proximal na região da lúnula. A formação de manchas brancas no local, podendo espalhar-se com o decorrer do tempo proporcionando um deslocamento da unha, tornando-se turva e espessa. Acomete, geralmente, pacientes soropositivos. 3 - Onicomicose Branca Superficial (OBS): acomete a região superficial da placa ungueal onde esta apresenta uma coloração esbranquiçada, podendo torna-se amarelada, com aspecto de cal ou giz. 4 - Onicodistrofia Total (OT): resultado final de todas as onicomicoses ou podendo desenvolver-se de forma primária, acomete toda a unha (100%), onde a placa ungueal se torna frágil e fragmenta-se, aumentando a probabilidade de infecção secundária, principalmente por bactérias (LACAZ et al, 2002; SIDRIM; ROCHA, 2004).

Na forma de paroníquia o tecido periungueal é acometido devido à resposta inflamatória mediada pela pele subjacente ao mesmo. Nesse caso a doença torna-se sintomática podendo ocorrer edema e eritema com fortes dores na fase aguda. Com a persistência da lesão pode estender-se a porção distal da unha, o que chamamos de oníquia. São características de onicomicose por *Candida sp.* (LIMA et al., 2007).

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Quanto à idade, as onicomicoses acometem cerca de 50% dos idosos devido à baixa de sua imunidade, ficando os outros 50% entre crianças, jovens e adultos, geralmente entre 20 e 40 anos (SANTOS; ANDRIOLI, 2005).

Os idosos têm uma prevalência maior devido a fatores como: envelhecimento populacional; imunodeficiências; patologias pré-instaladas, como *tinea pedis* e outras micoses superficiais; pacientes diabéticos; tabagistas; traumas nos pés ou nas unhas, que servem como porta de entrada para fungos e outros micro-organismos; andar descalços sobre o solo e outros ambientes com grande quantidade de esporos fúngicos; circulação periférica reduzida, devido à falta da circulação sanguínea nas regiões distais do corpo, como os dedos, reduzindo a taxa de crescimento das unhas impedindo a mesma de resolver a infecção facilitando as recidivas (SIGURGEIRSSON, 2009).

As onicomicoses são menos frequentes como queixas em serviços públicos de saúde, mesmo na população idosa. Mas, deve-se ressaltar que o paciente idoso tem uma falta de percepção do problema e só recorrem às unidades de saúde quando o quadro encontra-se avançado, gerando enfermidades (TANURE, MURAY, 2006).

As onicomicoses são causadas por fungos dermatófitos de um dos três gêneros: *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*. Das leveduras do gênero *Candida* e os fungos filamentosos não dermatófitos dos gêneros: *Aspergillus*, *Fusarium*, *Scopulariopsis*, *Acremonium*, *Scytalidium* entre outros que ainda podem ser encontrados (SANTOS; ANDRIOLI, 2005).

Devido os estudos sobre onicomicoses em idosos serem escassos, essa onicopatia não possuir notificação compulsória pelo SUS, aos possíveis problemas com o envelhecimento populacional mundial e sendo os fungos um dos piores responsáveis por causarem enfermidades em pacientes de terceira idade, faz-se necessário estudos que busquem melhorias do atendimento a saúde do idoso residente da zona rural onde possuem maior sensibilidade a infecções e maior dificuldades para deslocar-se a órgãos de saúde específicos.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

O presente estudo relatou e confirmou os diferentes casos de onicomicoses, utilizando o diagnóstico laboratorial, identificando os diferentes tipos de fungos filamentosos nas unhas e correlacionando com os possíveis fatores causais. Os participantes foram instruídos para que tenham higienização correta das unhas e que buscassem atendimento público de saúde específico.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa experimental qualitativo e quantitativo, relacionada à análise microbiológica, isolamento e identificação de fungos nas unhas.

A amostragem foi realizada de forma aleatória com 52 voluntários que apresentaram idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, representando 10% do total de idosos residentes na zona rural do município de Piancó, Paraíba, onde é estimado em 517 habitantes, sendo 270 do sexo masculino e 247 do sexo feminino (IBGE, 2010) no período de março a maio de 2013. Só puderam participar os indivíduos que apresentaram lesões presuntivas de onicomicose, sendo portadores de imunodeficiência ou não e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Foram descartados da pesquisa os indivíduos que não se encontram nos critérios supracitados acima ou que fizeram uso de antifúngicos, tópicos ou sistêmicos, nos últimos 30 dias.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

A coleta de dados se dá através de pesquisa experimental, onde foram coletadas 52 amostras ungueais no período de fevereiro a abril de 2013. A coleta foi realizada por raspagem com bisturi e tesoura estéril, onde os primeiros raspados foram descartados para evitar agentes contaminantes e foi realizada uma breve assepsia com álcool a 70% na região da coleta. Os pacientes ainda se submeteram a um questionário com 15 questões para melhor correlacionar a prevalência desses fungos com seus fatores causais.

A amostra preferencial foi do hálux, direito ou esquerdo, das mãos e/ou dos pés, associados a outras unhas acometidas. O material coletado foi armazenado em coletor de urina estéril corretamente rotulado o número da amostra e as iniciais de cada participante. As amostras foram transportadas para o Laboratório de Ciências Básicas das Faculdades Integradas de Patos (FIP), em Patos, Paraíba, onde foram realizados métodos para identificação dos diferentes gêneros de fungos filamentosos nas unhas.

O isolamento primário foi realizado em meio de cultura Ágar Saboraud com clorafenicol e cicloeximida, em seguida incubadas em estufa a 30 graus Celsius, durante o período de 08 a 14 dias, com observações diárias, onde as amostras negativas permaneceram incubadas até 30 dias. Após o aparecimento das colônias fúngicas foram realizados a análise de suas características macroscópicas e depois realizado microcultivo, entre 48 a 72 horas, para características microscópicas.

A identificação final deu-se a micromorfologia em lâmina, com Azul de Amann, onde foi observado as estruturas vegetativas para diferenciação do gênero.

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados e tabulados utilizando o software Microsoft Excel 2007.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

A realização deste estudo considera a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa foi preservada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 52 idosos representando 10% do numero total de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, residentes na zona rural da cidade de Piancó, Paraíba, no período de março a maio de 2013.

A idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 96 anos, com predominância do gênero feminino representando 63,5% dos participantes (tabela 1). A idade media observada foi de 72,4 e a maioria com faixa etária de 60 a 69 anos dos indivíduos pesquisados.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Tabela 1. Distribuição dos idosos por faixa etária e o gênero. Piancó-PB, 2013.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total de casos	
	N	%	N	%	N	%
60 a 69	04	7,7%	19	36,5%	23	44,2%
70 a 79	09	17,3%	09	17,3%	18	34,6%
80 a 89	06	11,5%	02	3,9%	08	15,4%
90 a 96	0	0,0%	03	5,8%	03	5,8%
Total	**19**	**36,5%**	**33**	**63,5%**	**52**	**100%**

Fontes da própria pesquisa

Das 52 amostras com lesões presuntivas de onicomicose coletadas, 37 (71,2%) foram positivas e 15 (28,8%) foram negativas. 22 dos raspados foram oriundas das unhas das mãos e 30 das unhas dos pés, tendo preferência pelas unhas do hálux podendo ser associados com outras unhas acometidas.

Das 37 amostras positivas para fungos, a prevalência foi por fungos filamentosos representando 25 (67,5%) dos casos, sendo 6 (24%) por fungos dermatófitos e 19 (76%) por FFND. As leveduras apresentaram 12 (32,5%) dos isolados neste trabalho.

Dos fungos filamentosos não dermatófitos (FFND) o *Aspergilus* (figura 2) foi o mais frequente, apresentando 16 das 25 amostras positivas para fungos filamentosos, em seguida o *Rhizopus sp*., *Mucor sp*. e *Pseudalleschia sp*. (figura 3) apresentaram valores iguais (1 isolado). Dos dermatófitos (figura 1) o *Trichophyton sp.* apresentou 4 isolados e o *Epidermophyton sp.* apenas 2, como podemos observar na tabela 2.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Tabela 2. Distribuição dos gêneros isolados nas 25 amostras de unhas positivas para fungos filamentosos.

Gênero	N	%
FFND		
Aspergillus	16	64
Rhizopus	1	4
Pseudalleschia	1	4
Mucor	1	4
Dermatófitos		
Trichophyton	4	16
Epidermophyton	2	8
Total	**25**	**100**

Fontes da própria pesquisa

No presente estudo observamos a predominância de FFND onde o gênero *Aspergillus* representou a maioria dos isolados, assim como Rosa e colaboradores (2013) em um estudo recente, apresentaram em sua pesquisa 23,7% isolados para FFND onde o *Aspergillus* foi o gênero mais evidenciado, ficando os dermatófitos com 4,6% e as leveduras com 23,7%. Scherer et al (2001) também apresentaram em seu estudo a prevalência desse gênero, porém o mesmo foi realizado no Sul da Flórida.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Os fungos do gênero *Aspergillus* são contaminantes do ar, solo, plantas e alimentos em decomposição (MURRAY, 2011) e cada vez mais tem se tornado frequente os achados de fungos filamentosos não dermatófitos na prática médica, esses fungos são encontrados com maior facilidade em manipuladores de solo e plantas (LIMA et al, 2007). No presente estudo, as onicomicoses ocasionadas por esse grupo de fungos apresentaram o diagnostico clinico de lesão subungueal distal e lateral ou distrófica total, assim como outros trabalhos (LIMA et al, 2008)

Os gêneros *Mucor* e *Rhizopus* são encontrados em restos de alimentos, solo, ar e parasitando o sistema gástrico de suínos, sendo eliminado pelas fezes (FERREIRO, 2007). São responsáveis por ocasionarem mucormicose, que são micoses subcutâneas onde acometem indivíduos imunocomprometidos e podem invadir tecidos profundos, que é o caso de pacientes sob medicação prolongada por corticóides e pacientes diabéticos. Esses fungos podem crescer e agrupar-se dentro dos vasos sanguíneos formando trombos promovendo infartos sistêmicos ou hemorrágicos (OLIVEIRA, 2012).

Fato interessante neste trabalho foi à presença do gênero *Pseudallescheria*, responsável por ocasionar micetoma, principalmente nas mãos e nos pés. São grânulos eumicóticos que formam processo granulomatoso, posteriormente formando abscesso e podendo supurar-se (OLIVEIRA, 2012). No presente estudo um participante apresentou cultura positiva para esse fungo, apresentando um nódulo no hálux esquerdo onde observamos rubor e tumor translucidamente (figura 4). O mesmo relatou ter sofrido trauma no local da lesão em sua rotina agrícola por um objeto cortante chamado foice e nunca ter recorrido a cuidados médicos, o que pode ter facilitado a instalação desse tipo de fungo.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

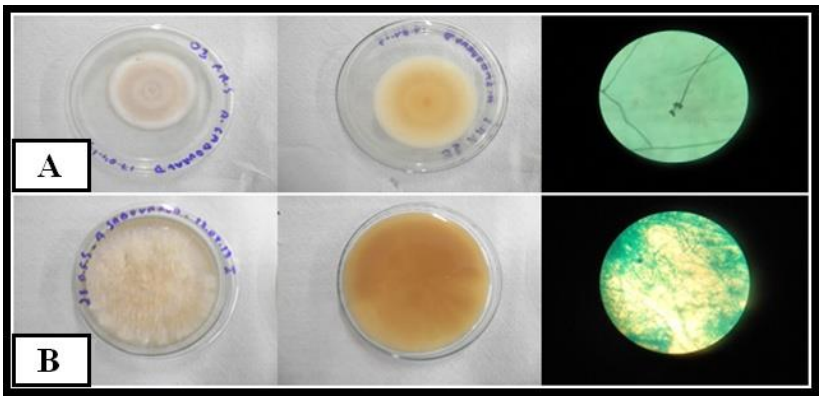


Figura 1– Macromorfologia (frente e reverso) e Micromorfologia, respectivamente. *Epidermophytonsp* (A1, A2, A3) e *Trichophytonsp* (B1, B2, B3). 40X

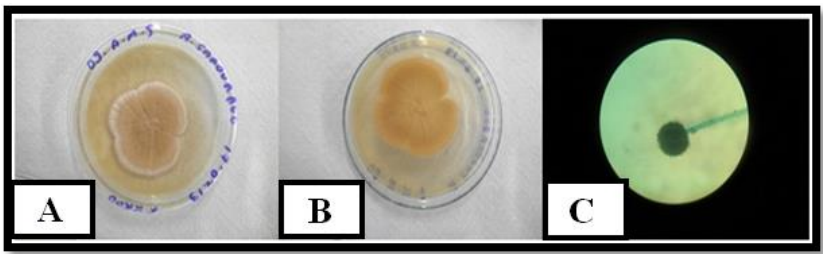


Figura 2-Macromorfologia (frente e reverso) e Micromorfologia, respectivamente. *Aspergillussp*(A, B, C). 40X

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

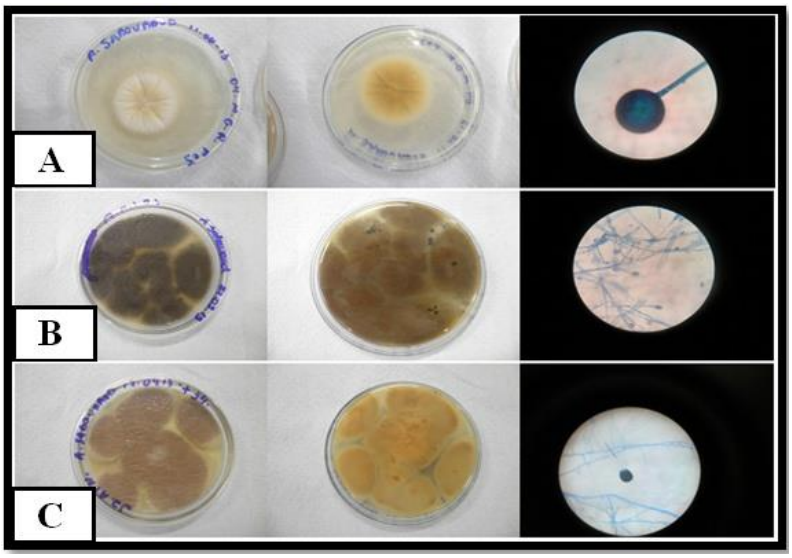


Figura 3 – Macromorfologia (frente e reverso) e Micromorfologia, respectivamente. *Rhizopussp*(A1, A2, A3), *Pseudallescheriasp*(B1, B2, B3) e *Mucorsp* (C, C1, C2). 40X



Figura 4 – forma clinica de micetoma apresentada pela *Pseudalescheria sp.*

Outras pesquisas mostram resultados diferentes, onde os dermatófitos são responsáveis pela maioria das infecções ungueais, geralmente dos pés; as leveduras como a segunda mais evidenciada, porém mais comumente isoladas nas unhas das mãos; e os não dermatófitos ficando com cerca de 2-12% apenas (SOUZA, 2007;

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

COPETO, 2010). Em contrapartida, Martins et al (2007) em um estudo com 200 amostras de unhas, relatou 98 delas positivas para leveduras.

Porém, estudos mostram que o numero de onicomicoses ocasionadas por FFND vem crescendo rapidamente nos últimos anos, onde a presença desses fungos esta associada à imunodepressão (TAKAHASHI et al, 2011; PEREIRA, 2012). O que explica, no presente estudo, a prevalência dos FFND é o fato da população estudada possuir mais de 59 anos, 50% apresentarem doenças crônicas e esses fungos serem endêmicos em regiões de clima tropical e subtropical.

Como podemos observas pelos diferentes trabalhos citados, a etiologia e epidemiologia das onicomicoses não atendem a um modelo padrão, a frequência de cada grupo patogênico depende das condições geográficas, como área, clima e movimentos migratórios (SHEMER et al, 2006).

Foram realizadas 15 perguntas como parte de instrumentos da coleta de dados, onde 9 estão dispostas na tabela 3 para relatar as patologias causadas por fungos nas unhas, seus possíveis fatores causais e o descaso dos pacientes com para essa enfermidade.

Tabela 3. Distribuição dos idosos de acordo com as condições pesquisadas. Piancó-PB, 2013.

Condição pesquisada	**N**	**%**
Localização da lesão		
Mãos	22	42,3
Pés	30	57,7

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Tipo de lesão		
Distal e lateral	47	90,4
Proximal	0	0,0
Branca superficial	0	0,0
Distrófica total	4	7,7
Outros	1	1,9
Dor no local da lesão		
Sim	12	23,1
Não	40	76,9
Apresenta alguma imunodeficiência		
Sim	12	23,1
Não	40	76,9
Histórico familiar de diabetes		
Sim	24	46,2
Não	18	34,6
Não soube informar	10	19,2

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Complicações cardiovasculares		
Sim	16	30,8
Não	30	57,7
Não soube informar	06	11,5
Higienização com as mãos e os pés		
Sim	37	71,2
Não	15	28,8
Cuidados específicos com as unhas		
Sim	12	23,1
Não	40	76,9
Do conhecimento com as complicações que a falta de higiene com as mãos e os pés podem acarretar		
Sim	3	5,8
Não	49	94,2

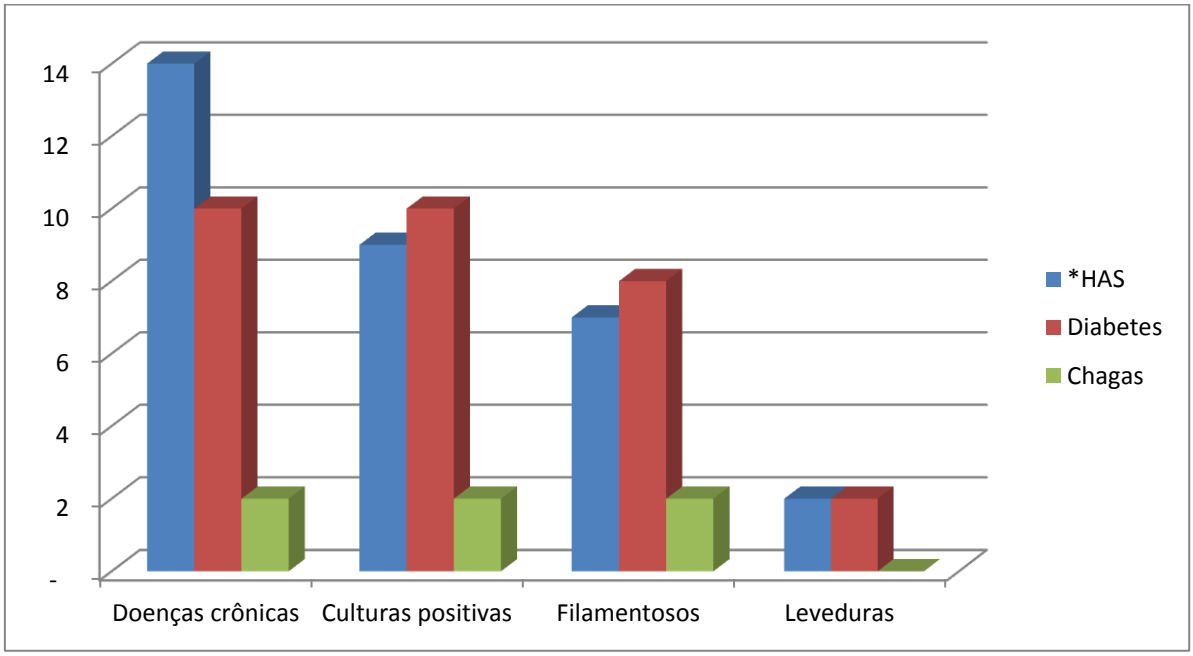
Fontes da própria pesquisa

Dentre os problemas de saúde relatados pela população pesquisada, houve predomínio da hipertensão arterial sistêmica em 14 (26,9%) dos idosos, seguida por

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

diabetes em 10 (19,2%) dos pesquisados, onde 3 (5,8%) eram portadores das duas doenças. Também foi verificado que 2 (3,9%) dos idosos eram portadores da doença de Chagas.

Dos 10 diabéticos todos tiveram cultura positiva, 8 para fungos filamentosos e 2 para leveduras. Dos 14 hipertensos, 9 apresentaram cultura positiva, sendo 7 para filamentosos e 2 para leveduras. Também os pacientes chagásicos apresentaram cultura positivas para fungos, os dois por fungos filamentosos. A relação entre os pacientes crônicos com as culturas positivas estão dispostas na figura 5.



*Hipertensão arterial sistêmica

Figura 5 – Distribuição das doenças crônicas encontradas com as culturas positivas.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

Estudos mostram que entre as doenças crônicas mais frequentes em idosos encontram-se a hipertensão arterial, a doença coronariana e o diabetes, sendo a associação do diabetes com a hipertensão responsáveis por apresentarem maiores fatores de risco para desenvolvimento de lesão renal e cardiovascular culminando no aumento da instalação de lesões macrovasculares, aumentando os riscos de lesões nos pés (LOPES; OLIVEIRA, 2004) e a onicomicose possui maior prevalência em pacientes diabéticos que os não diabéticos podendo resultar na amputação do pé diabético (MARQUES, 2010).

O paciente chagásico crônico pode apresentar fenômenos tromboembolíticos sistêmicos e, após um período da doença, sintomas da insuficiência cardíaca (FARIA et al, 2013). A somatória desses fatores pode levar a incapacidade do coração em bombear sangue para os tecidos, diminuindo o fluxo de nutrientes para o crescimento ungueal.

Segundo Cursi et al, 2011, os fatores que influenciam no aumento dos casos de onicomicoses são: circulação periférica deficiente, maior freqüência de *diabetes mellitus* em idosos, traumas nas unhas, tempo de exposição a esporos fúngicos, o crescimento lento da lamina ungueal em idosos e a falta de limitação dos mesmos para cortarem as unhas.

Como em outros trabalhos, o presente estudo demonstrou o aumento de onicomicose em indivíduos imunocomprometidos (GOMES et al, 2012).

CONCLUSÕES

Dos 52 idosos pesquisados, com lesões sugestivas de onicomicose, quase a metade (48%) apresentaram cultura positiva para fungos filamentos. Houve

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

predominância dos FFND, resultado diferente do que consta na literatura e na maioria de outros estudos, porém podem ser observados pesquisas recentes corroborando com o presente estudo. Todos os pacientes pesquisados não sabiam que poderiam adquirir onicomicose e muitos não realizavam higienização especifica com para as unhas, além de 50% dos idosos apresentarem doenças crônicas, o que pode explicar o aumento dos achados por FFND além do maior tempo de exposição a esporos fúngicos. Indivíduos diabéticos possuem uma predisposição maior de adquirirem onicomicose, como mostra o presente estudo e outros mencionados. A falta de conhecimento, imunodepressão, o envelhecimento populacional e descrição de onicomicose por FFND são fatores sucintos para o requerimento de notificação compulsória dessa enfermidade pelo SUS além da necessidade de outros estudos sobre o tema para melhor estudar a prevalência desses fungos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. J. G; BASTOS, O. M. P; SOUZA, M. A. J; OLIVEIRA, J. C. Ocorrência de onicomicose em pacientes atendidos em consultórios dermatológicos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 78, n. 3, p. 299-308, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Percentual de idosos na população Segue em crescimento diz censo**, 2011. Disponível em: http://g1.globo.com/brasil/noticia/-2011/04/percentual-de-idosos-na-populacao-segue-em-crescimento-diz-censo.html. Acesso em: 10/09/2012.

COPETO, S. C. M. F. **Contribuição para o diagnóstico molecular das onicomicoses**. [Dissertação Mestrado] Defesa para obtenção do grau de Mestre em Ciencias Biomédicas. Instituto de higienee medicina tropical. Universidade Nova de Lisboa, 2010.

CURSI, I. B; FREITAS, L. B. C. R; NEVES, M. L. P. F; SILVA, I. C; OROFINO-COSTA, R. Onicomicose por *Scytalidium spp*.: estudo clinico-epidemiologico em um hospital universitário do Rio de Janeiro, Brasil. **Anais Brasiseiros de Dermatologia**, V. 86, n. 4, p. 689-93, 2011.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

FARIA, D. R. A. B; REIS, D. G; RABELLO, N. N; RABELO, N. N; SOARES, J. D; TALLO, F. S; LOPES, R. D; RABELO, D. R. Doença de Chagas congênita com manifestações pleomórficas. Relato de caso. **Revista Brasileira de Clinica Médica**, v. 11, n. 1, p. 80-4, 2013.

FERREIRO, L; SPANAMBERG, A; CARREGARO, F. B; SANCHES, E. M. C; SANTURIO, J. M. Principais micoses dos suínos. **Acta ScientiaeVeterinariae**, v. 35, S113-S120, 2007.

GOMES, A. R; MADRID, I, M; MATOS, C. B; TELLES, A. J; WALLER, S. B; NOBRE, M. O; MEIRELES, M. C. A. Dermatopatiasfúngicas: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. **Acta VeterinariaBrasilica**, v. 6, n.4, p. 272-284, 2012.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.-htm?1. Acesso em: 04/11/2012.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acessado em: 04/11/2012.

LACAZ, C. D. S; PORTO, E; MARTINS, J. C; HEINS-VACCARI, E. M; TAKAHASHI DE MELO, N. Tratado de micologia médica. **Revistado Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 44, n. 5, p. 297-298, 2002.

LIMA, K. M; DELGADO, M; REGO, R. S. M; CASTRO, C. M. M. B. *Candidaalbicans*e *Candidatropicalis*isoladas de onicomicose em paciente HIVpositivo:co-resistencia*in vitro* aos azolicos. **Revista De Patologia Tropical**,v. 37, n. 1, p. 57-64, 2008.

LIMA, K. M; RÊGO, R. S. M; MONTENEGRO, F. Diagnósticos Clínicos e Laboratoriais das Onicomicoses. **News Lab**, v. 83, 2007.

LOPES, F. A. M; OLIVEIRA, F. A. Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo programa saúde da família (PSF). **Patge**, v. 9, n. 15, p. 154-66, 2004.

MARQUES, C. R. **Pé diabético: prevenção**. [Dissertação Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2010.

MURRAY, P. **Microbiologia medica**. 6. ed. São paulo: Elsevier 2011. 960 p.

NASRI, F. O Envelhecimento Populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. 11, p. 4-6, 2008.

OLIVEIRA, J. C. **Tópicos em micologia médica**. 3.ed. 2012. 255 p.

PARADA, L. F. R. S. P. **Prevalência de dermatomicoses nos membros inferiores em doentes diabéticos.** Avaliação de possíveis factores predisponentes para a infecção. [Dissertação Mestrado]. Mestrado em biologia humana e ambiente. Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, 2007.

Temas em Saúde
Volume 14, Número 3
ISSN 1519-0870
João Pessoa, 2015

PEREIRA, C. Q. M. **Identificação de espécies de fungos causadores de onicomicoses em idosos institucionalizados no município de São Bernardo do Campo**. [Dissertação Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de dermatologia. São Paulo, 2012.

ROSA, N. C; TEIXEIRA, ´I. C; PIRES, R. E. Onicomicoses: novos agentes etiológicos. **News Lab**, v. 115, 2013.

SANTOS K. C; ANDRIOLI J. L.Incidência de fungos em unhas de idosos de um asilo na cidade de Franca-SP. **Revista Científica da Universidade de Franca**, v. 5, n. 1, p. 35-42, 2005.

SCHERER, W. P; McCREARY, J. P; HAYES, W. W. The diagnosis of onychomycosis in a geriatric population: a study of 450 cases in South Florida. **Journalof the American Podiatric Medical Association**, v. 91, n. 9, p. 456-64, 2001.

SHEMER, A; NATHASOHN, N; KAPLAN, B; TRAU, H. Two novel itraconazole pulse therapies for onychomycosis: A 2-year follow-up. **Journal of the Dermatological Treatment**, v. 17, p. 117-20, 2006.

SIDRIM, J. J. C; ROCHA, M. F. G. **Micologia Médica à luz de autores contemporâneos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SIGURGEIRSSON, B. Prognostic factors for cure following treatment of onichomycosis. **JEADV – Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 19, p. 1-6, 2009.

SOUZA, E. A. F; ALMEIDA, L. M. M; GUILHERMETTI, E; MOTA, V. A; ROSSI, R. M; SVIDZINSKI, T. I. E. Frequencia de onicomicoses por leveduras em Maringá, Paraná, Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 82, n. 2, p. 151-6, 2007.

SOUZA, S. F. R. **Onicomicoses causadas por fungos filamentosos não dermatofitos** [Dissertação Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007. 95 p.

TAKAHASHI, J. P; PELEGRINI, A; PEREIRA, C. Q. M; SOUSA, M. C. Levantamento de fungos queratinofílicos em solo de parques e praças públicas no município de São Bernardo do Campo. **Ciências da Terra**, v. 11, p. 47-53, 2011.

TANURE, K. M; MURAI, H. C. Prevalência de onicomicoses e calosidades nos pés de idosos. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 7, p. 33-9, 2006.