

MANEJO CLÍNICO DA SUSPEITA DE FEBRE DE CHIKUNGUNYA: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Clinical management of suspected chikungunya fever: health professionals knowledge of basic attention

Manejo clínico de la fiebre de chikungunya sospecha: conocimiento de profesionales de salud de atención básica

Regina Kelly Guimarães Gomes Campos¹, Ruama Carneiro Vieira², Samia Jardelle Freitas Costa Maniva³, Isabel Cristina Oliveira de Morais⁴

Como citar este artigo:

Campos RKG, Vieira RC, Maniva SJFC, Morais ICO. Manejo clínico da suspeita de febre de chikungunya: conhecimento de profissionais de saúde da atenção básica. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:247-252. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8310>.

RESUMO

Objetivo: identificar o conhecimento de profissionais de saúde de unidades básicas de saúde da família sobre o manejo clínico da suspeita de febre de chikungunya. **Método:** realizou-se um estudo transversal com 31 profissionais de saúde de unidades básicas e saúde da família, localizadas no Município de Quixadá-Ceará, nos meses de janeiro e fevereiro de 2018. **Resultados:** quase todos relatam que ao avaliar sinais de gravidade, critérios de internação e grupos de risco, se o paciente não apresentar sinais de gravidade, não tiver critérios de internação e/ou condições de risco, o mesmo deve permanecer em acompanhamento ambulatorial; se o paciente for apenas do grupo de risco, o mesmo deve receber acompanhamento ambulatorial em observação; e se o paciente apresentar sinais de gravidade e/ou tiver critérios de internação, ele deve receber acompanhamento em internação. **Conclusão:** os profissionais de saúde possuem conhecimento satisfatório sobre o manejo clínico da doença baseado nas orientações do Ministério da Saúde.

Descritores: Epidemiologia; Conhecimento; Assistência à saúde; Profissionais de saúde; Febre de chikungunya.

ABSTRACT

Objective: to identify the knowledge of health professionals of family health basic units on the clinical management of suspected chikungunya fever. **Method:** a cross-sectional study with 31 healthcare professionals of basic units and family health, located in the

- 1 Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá
- 2 Curso de Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Católica de Quixadá. Enfermeira pela Estratégia de Saúde da Família de Boa Viagem-Ceará.
- 3 Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá.
- 4 Curso de Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá.

city of Quixadá-Ceará, in the months of January and February 2018. **Results:** almost all report to evaluate signs of severity, admission criteria and risk groups, if the patient does not show signs of seriousness does not meet criteria for hospitalization and risk conditions/or should stay in outpatient follow-up; If the patient is only a risk group, he/she must be referred to outpatient follow-up for observation; and if the patient shows signs of severity and/or admission criteria, he should receive follow-up in hospital. **Conclusion:** health professionals have satisfactory knowledge on the clinical management of the disease based on the guidelines of the Ministry of Health.

Descriptors: Epidemiology; Knowledge; Delivery of health care; Health professionals; Chikungunya fever.

RESUMÉN

Objetivo: identificar el conocimiento de la salud profesionales de unidades básicas de salud de la familia en el manejo clínico de só pecha Chikungunya fiebre. **Método:** estudio transversal con 31 profesionales de la salud de unidades básicas y de salud familiar, ubicado em la ciudad de Quixadá-Ceará, em los meses de enero y febrero de 2018. **Resultados:** informe casi todos para evaluar signos de gravedad, grupos de criterios de admisión y el riesgo, si el paciente no no mostrar signos de seriedad no tienen criterios para las condiciones de la hospitalización y el riesgo/unidad organizativa, debe mantenerse en seguimiento ambulatorio; Si el paciente es sólo el grupo de riesgo, el mismo debe recibir seguimiento ambulatorio de observación; y si el paciente muestra signos de criterios de severidad y/o admisión, deben recibir seguimiento em hospitalización. **Conclusión:** profesionales de la salud tienen conocimiento satisfactorio em el manejo clínico de la enfermedad basada en las directrices del Ministerio de Salud.

Descriptores: Epidemiología; Conocimiento; Prestación de atención de salud; Profesionales de la salud; Fiebre de chikungunya.

INTRODUÇÃO

A febre de chikungunya (FC) é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. Possui três fases: aguda, subaguda e crônica. A propagação ocorre pela picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, infectadas pelo CHIKV. Os sinais e os sintomas são: febre, dores articulares e musculares intensas, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. A fase inicial e aguda da doença pode evoluir em duas etapas subsequentes: fase subaguda e fase crônica.¹

A fase aguda se caracteriza por febre abrupta, acima de 39°C e intensa artralgia, cefaleia, dor difusa nas costas, mialgia, náusea, vômito, poliartrite, erupção cutânea e conjuntivite também podem estar presentes, em uma menor frequência. Essa fase dura em torno de 3 a 10 dias. Na fase subaguda, que vai do oitavo dia aos três meses, o paciente apresenta melhora na sintomatologia ou pode ter recaída. A fase crônica é definida quando os sintomas têm uma duração maior do que três meses e se caracteriza pela persistência de dores articulares, musculoesqueléticas, neuropáticas e edemas articulares.²

Em 2018, até a semana epidemiológica 42, foram registrados 76.711 casos prováveis de FC no país e uma taxa de incidência de 36,9 casos/100 mil habitantes; destes, 54.492 (71,0%) foram confirmados. A investigação da taxa de incidência de casos prováveis (número de casos/100 mil habitantes) por regiões geográficas evidencia que as regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentam as maiores taxas, sendo

85,6 e 52,2 casos/100 mil habitantes, respectivamente. Dentre as Unidades Federativas, destacam-se Mato Grosso (391,9 casos/100 mil habitantes), Rio de Janeiro (196,6 casos/100 mil habitantes) e Pará (72,9 casos/100 mil habitantes). Com relação ao número de óbitos, foram confirmados laboratorialmente 28 e existem ainda 46 em investigação, que podem ser confirmados ou descartados.³

Até o momento, não há tratamento antiviral exclusivo para a FC. Os anti-inflamatórios não esteroides, tais como ibuprofeno, nimesulida, diclofenaco, entre outros, não devem ser utilizados na fase aguda da doença, devido a complicações renais e risco de hemorragias nos pacientes; a aspirina é contraindicada na fase aguda pelo risco de sangramentos; e não se deve utilizar corticosteroides nessa fase inicial devido aos riscos de complicações. Já na fase subaguda ou crônica, o uso de corticoide é indicado e a medicação para uso oral é a prednisona. Além disso, para manejar clinicamente a doença, o profissional deve estar atento à identificação dos sinais de gravidade e aos grupos de risco.¹

Portanto, como a doença pode passar por várias fases, podendo cronificar, o paciente, muitas vezes, não consegue controlar as manifestações clínicas da evolução da patologia em seu domicílio, sendo necessária a busca por orientações ou medicamentos em serviços de saúde, tornando essencial que os profissionais que ali trabalham conheçam a doença e saibam como manejar clinicamente cada fase. A unidade básica de saúde da família (UBASF), por estar mais próxima da população, é a porta de entrada da rede de atenção à saúde (RAS), e o enfermeiro e o médico são os primeiros a terem o contato com o paciente que ali está em busca de cuidados.

Diante do exposto, o estudo se justifica pelo elevado percentual de pessoas que podem cronificar ao serem acometidas pela doença e pelo desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as fases da FC e de como manejar clinicamente cada fase, assim como orientar as medidas de prevenção e controle com relação à doença, o que faz com que os pacientes retornem várias vezes com as mesmas queixas ao serviço, que poderiam ser resolvidas no seu domicílio.

O estudo é importante para identificar o conhecimento que esses profissionais de saúde têm com relação ao manejo clínico adequado de cada fase da FC, estimulando as secretarias municipais de saúde a elaborar capacitações permanentes sobre as arboviroses, em especial, sobre a FC, por ser uma doença que pode evoluir para várias fases e por longos períodos de acometimento dos sintomas; e aprimorar o conhecimento preexistente desses profissionais, permitindo uma assistência continuada e de qualidade à população que assistem diariamente.

Dessa forma, o estudo tem por objetivo identificar o conhecimento de profissionais de saúde de unidades básicas de saúde da família sobre o manejo clínico da suspeita de FC.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal realizada nas UBASF, localizadas no município de Quixadá-Ceará.

A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que atuam nas UBASF

do município, sendo a amostra constituída por 31 pessoas. Estabeleceu-se como critério de inclusão ser médico ou enfermeiro e atuar há mais de três meses na UBASF do município. Foram excluídos os médicos e os enfermeiros que estavam de licença-maternidade, férias ou afastados do serviço por algum outro motivo durante o período de coleta de dados.

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, por meio de visitas diárias às unidades, abordando os profissionais antes ou após as suas atividades assistenciais. Inicialmente, foi apresentada ao participante a finalidade do estudo e seu objetivo, explicando a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do participante, aplicou-se o instrumento de coleta por meio de entrevista. Utilizou-se um instrumento do tipo formulário, criado com base no protocolo de Manejo Clínico da Febre de Chikungunya do MS1, sendo constituído por três partes: Parte I - Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família; Parte II - Conhecimento dos profissionais de saúde de unidades básicas de saúde da família sobre o manejo clínico na suspeita de febre de chikungunya; Parte III - Condutas orientadas pelos profissionais de saúde de unidades básicas de saúde da família para cuidados no domicílio.

A tabulação dos dados foi feita pelo pesquisador em uma planilha construída no programa Excel 2010®, com base nas variáveis do formulário. Em seguida, os mesmos foram submetidos a uma análise estatística pelo programa EPI INFO 7.0, sendo geradas as frequências percentuais, que foram expostas em tabelas posteriormente interpretadas e discutidas com a literatura sobre o assunto.

A pesquisa foi delineada obedecendo aos aspectos éticos preconizados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sendo aprovada sob protocolo nº 2.490.381.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 31 dos 37 profissionais de saúde das UBASF do município. A caracterização sociodemográfica mostrou que a maioria dos profissionais era constituída por mulheres (22; 70,7%) entre 19 e 59 anos de idade (17; 54,9%), solteiras (16; 51,6%) e pertencentes à categoria profissional de enfermeiros (18; 58,6%) (tabela 1).

Ao avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a classificação de risco na suspeita de FC, a maioria refere que a sintomatologia de um caso suspeito de FC na fase aguda é a apresentação de febre por até sete dias + artralgia intensa de início súbito, podendo estar associada à cefaleia + mialgias + exantemas (25; 80,7%); que diante de um caso suspeito de FC, é importante considerar a história de viagem nos últimos 15 dias para áreas com a doença (26; 83,9%) e que gestantes, pessoas com mais de 65 anos, crianças menores de dois anos e pacientes com comorbidades, ou seja, todos são considerados grupos de risco (30; 96,8%) (tabela 1).

Tabela 1- Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a classificação de risco na suspeita de febre de chikungunya. Quixadá, CE, Brasil, 2018

Sintomatologia de um caso suspeito de FC na fase aguda	n	%
Febre por até 7 dias + artralgia intensa de início súbito, podendo estar associada a cefaleia + mialgias + exantemas	25	80,7
Febre por até 15 dias + artralgia intensa de início súbito, podendo estar associada à cefaleia + mialgias + exantemas	05	16,1
Todos	01	3,2
Importância de considerar a história de viagem nos últimos 15 dias para áreas com a doença	n	%
Sim	26	83,9
Não	05	16,1
Paciente(s) é/são considerado(s) "grupo(s) de risco"	n	%
Gestantes	01	3,2
Todos	30	96,8

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

O conhecimento dos profissionais de saúde das unidades sobre o(s) sinal (is) de gravidade e critério(s) de internação na suspeita de FC mostrou que todos relataram que o acometimento neurológico, os sinais de choque (extremidades frias, cianose, tontura, hipotensão, enchimento capilar lento ou instabilidade hemodinâmica), a dispneia, a dor torácica, os neonatos, a descompensação de doença de base e o sangramento de mucosas, ou seja, todos (23; 74,0%) são sinais de gravidade e critérios de internação (tabela 2).

Tabela 2 - Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o(s) sinal(is) de gravidade e critério(s) de internação na suspeita de febre de chikungunya. Quixadá, CE, Brasil, 2018

Sinal(is) de gravidade e critério(s) de internação	n	%
Acometimento neurológico	06	19,0
Sinais de choque (extremidades frias, cianose, tontura, hipotensão, enchimento capilar lento ou instabilidade hemodinâmica)	03	9,0
Dispneia	02	6,0
Dor torácica	01	3,0
Neonatos	02	6,0
Descompensação de doença de base	03	9,0
Sangramento de mucosas	04	12,0
Todos	23	74,0

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

A analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o manejo clínico do paciente com suspeita de FC, ou seja, o tipo de acompanhamento que o paciente deve receber de acordo com a clínica apresentada, quase todos relatam que, ao avaliar sinais de gravidade, critérios de internação

e grupos de risco, se o paciente não apresentar sinais de gravidade, não tiver critérios de internação e/ou condições de risco, o mesmo deve permanecer em acompanhamento ambulatorial (26; 83,9%); se o paciente for apenas do grupo de risco, o mesmo deve receber acompanhamento ambulatorial em observação (27; 87,7%); e se o paciente apresentar sinais de gravidade e/ou tiver critérios de internação, deve receber acompanhamento em internação (22; 70,9%) (tabela 3).

Tabela 3 - Conhecimento dos profissionais de saúde com relação ao tipo de acompanhamento que o paciente deve receber ao avaliar sinais de gravidade, critérios de internação e grupos de risco. Quixadá, CE, Brasil, 2018.

Se o paciente não apresentar sinais de gravidade, não tiver critérios de internação e/ou condições de risco	n	%
Acompanhamento ambulatorial	26	83,9
Acompanhamento ambulatorial em observação	05	16,1
Se o paciente for apenas do grupo de risco	n	%
Acompanhamento ambulatorial	04	12,3
Acompanhamento ambulatorial em observação	27	87,7
Se o paciente apresentar sinais de gravidade e/ou tiver critérios de internação	n	%
Acompanhamento ambulatorial	03	9,7
Acompanhamento ambulatorial em observação	04	12,9
Acompanhamento em internação	22	70,9
Todos	02	6,5

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Com relação às condutas orientadas pelos profissionais de saúde para cuidados no domicílio, se o paciente não apresentar sinais de gravidade, não tiver critérios de internação e/ou condições de risco, muitos orientam a seguir as orientações médicas (18; 58,0%); todas as condutas (13; 41%); retornar à unidade de saúde se a febre persistir por cinco dias ou aparecer sinais de gravidade, (10; 32,0%); evitar automedicação (nove; 29,0%) e repouso-evitar esforço (nove; 29,0%) (tabela 4).

Tabela 4 - Condutas orientadas pelos profissionais de saúde para cuidados no domicílio, se o paciente não apresentar sinais de gravidade, não tiver critérios de internação e /ou condições de risco. Quixadá, CE, Brasil, 2018

Condutas orientadas pelos profissionais de saúde para cuidados no domicílio	n	%
Seguir as orientações médicas	18	58,0
Evitar automedicação	09	29,0
Repouso-Evitar esforço	09	29,0
Utilizar compressas frias para redução dos danos articulares	01	3,2
Fazer exercícios leves	01	3,2
Retornar a unidade de saúde se a febre persistir por cinco dias ou aparecer sinais de gravidade	10	32,0
Todos	13	41,0

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Com relação às condutas orientadas pelos profissionais de saúde para cuidados no domicílio, se o paciente for apenas do grupo de risco, a grande maioria refere orientar: seguir as orientações médicas (14; 45,0%), todas as condutas (14; 45,0%); evitar automedicação (11; 35,0%) e repouso-evitar esforço (sete; 22,0%)(tabela 5)..

Tabela 5 - Condutas orientadas pelos profissionais de saúde para cuidados no domicílio, se o paciente for apenas do grupo de risco. Quixadá, CE, Brasil, 2018

Condutas orientadas pelos profissionais de saúde para cuidados no domicílio	n	%
Seguir as orientações médicas	14	45,0
Evitar automedicação	11	35,0
Repouso-Evitar esforço	07	22,0
Utilizar compressas frias para redução dos danos articulares	03	9,0
Não utilizar compressas quentes nas articulações	02	6,0
Fazer exercícios leves	02	6,0
Retornar diariamente a unidade de saúde até o desaparecimento da febre	05	16,0
Todos	14	45,0

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

A caracterização sociodemográfica mostra semelhança com uma pesquisa realizada que também encontrou uma equipe de enfermagem predominantemente composta por profissionais do sexo feminino (85,1%), com faixa etária semelhante de pessoas entre 36 e 50 anos (40,0%), e composta por enfermeiros (23,0%)⁴; assim como outro estudo, em que a maioria também era composta por mulheres (88,6%), na faixa etária de 26 a 30 anos, porém casadas (49,4%)⁵. Isso nos mostra um perfil de pessoas jovens, na maioria das vezes, recém-formadas que ingressam no mercado de trabalho por meio da atenção básica; um público de mulheres na equipe de saúde, devido a maior prevalência de enfermeiros fazendo parte da equipe, uma categoria muito feminina ainda como mostrou os resultados da pesquisa; e uma ausência de profissionais médicos, tanto nas equipes da ESF quanto fisicamente nas UBASF, durante seu horário de trabalho, muito vivenciado durante a pesquisa.

Com relação à sintomatologia de um caso suspeito na fase aguda e avaliada na classificação de risco, a fase aguda da FC começa com uma febre alta, de início súbito, geralmente ao redor do 40°C, associada a mal-estar e intensa poliartralgia. As dores articulares costumam surgir nas primeiras 48 horas e acometem cerca de 90% dos pacientes com a doença.⁶ Os indivíduos acometidos podem apresentar ainda mialgia (60,0-93,0%), cefaleia (40,0-81,0%) e erupção maculopapular (35,0%).⁷ Ainda, a dor articular afeta até 80% dos pacientes e persiste durante muito tempo, podendo perdurar por anos.⁸

Com relação ao deslocamento de um paciente suspeito de FC, é importante considerar a história de viagem nos últimos 15 dias para áreas com transmissão do vírus, devido

à fácil cadeia de transmissão da doença e a facilidade de ir e vir entre regiões do país e do mundo. Além disso, paciente com febre de início súbito, maior que 38,5°C, ou artralgia ou artrite intensa, de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico, é considerado um caso confirmado de FC. Portanto, essa condição deve fazer parte da avaliação da classificação de risco desse paciente.¹

Quanto aos pacientes do grupo de risco, dentre eles, gestantes, a FC mostra ter impacto direto sobre a gravidez, porém, ainda com raros relatos de abortos espontâneos e transmissão de mãe para filhos no período perinatal.⁹ Já um estudo que vem comparando as mães que sofrem de FC no período perinatal com relação a transmitir o vírus aos recém-nascidos por transmissão vertical estima que a prevalência da taxa de transmissão nesse período pode chegar até 85%, quando ocorrer de quatro a cinco dias antes do parto, resultando em formas graves dos neonatos, em 90%.¹ Outra pesquisa apresenta que mães infectadas no período de quatro dias antes do parto até um dia pós-parto podem transmitir o vírus ao recém-nascido, estimando uma prevalência de taxa de transmissão de até 49%, com risco elevado de evolução para formas graves do bebê.¹⁰

Além disso, conforme a classificação de risco, diante de um caso suspeito de FC, o hemograma deve ser solicitado obrigatoriamente para os pacientes do grupo de risco; e bioquímica com transaminases, creatinina e eletrólitos para os pacientes com sinais de gravidade e critérios de internação.¹

Portanto, vale ressaltar que os casos com sinais de gravidade (acometimento neurológico, instabilidade hemodinâmica, dispneia, dor torácica, vômitos persistentes, sangramento de mucosas e descompensação de doença de base) ou que apresentem critérios de internação (neonatos) devem ser acompanhados em unidades com leitos de internação¹¹. Para a alta desses pacientes, é necessária melhora do estado geral, a aceitação de hidratação oral, a ausência de sinais de gravidade e melhoras dos parâmetros laboratoriais¹.

Um estudo mostrou que foram descritos casos atípicos que necessitaram de internação, sob risco de desfecho desfavorável, ou seja, dos 610 adultos que participaram da pesquisa e tiveram complicações da FC, 37% apresentaram alterações cardiovasculares (insuficiência cardíaca, arritmia, miocardite, doença coronariana aguda), 24% apresentaram distúrbios neurológicos (encefalites, meningoencefalites, convulsões, síndrome de Guillain Barré), 20% insuficiência renal pré-renal, 17% pneumonite, 8% insuficiência respiratória, dentre as causas mais frequentes¹².

Sabe-se que pacientes sem gravidades e sem condições de risco e sem critérios de internação e os pacientes com condições de risco, mas sem sinais de gravidades, deverão ser acompanhados na atenção básica; já aqueles que apresentarem sinais de gravidade devem procurar diretamente uma unidade de pronto-atendimento (UPA) ou emergência hospitalar, pois precisam ser internados. Ainda, pacientes do grupo de risco devem receber acompanhamento ambulatorial em observação, com orientação de retorno diário, até que

seja cessada a febre e haja ausência de sinais de gravidade. Já todos os neonatos que apresentarem sinais de gravidade ou critérios de internação devem ser acompanhados em leitos de internação.¹

Dessa forma, se o paciente não apresentar sinais de gravidade, não tiver critérios de internação e/ou condições de risco, além do tratamento medicamentoso para alívio da dor, deve ser orientada hidratação adequada, uso de compressas geladas para reduzir a dor articular, evitando compressas quentes, e que o paciente deve retornar à unidade de saúde no caso de persistência da febre por mais de cinco dias ou aparecimento de sinais de complicações¹. Exercícios ativos podem ser orientados com intensidade leve para a manutenção das funções articulares e, com cautela, para não exacerbar os sintomas inflamatórios.¹³

Se o paciente for apenas do grupo de risco, existem evidências de que o repouso é fator protetor para evitar evolução para a fase subaguda, sendo de extrema importância, devendo-se evitar atividades que sobrecarreguem as articulações, assim como orientado um posicionamento adequado dos membros, favorecendo a proteção articular e o retorno venoso. Em muitas situações, o atestado médico é fundamental para que o paciente possa, de fato, afastar-se do trabalho e repousar adequadamente¹.

A atividade física regular mostra um possível efeito anti-inflamatório, auxiliando na diminuição do consumo de fármacos em casos de patologias crônicas. Ainda no mesmo estudo, apenas 24,1% fazem algum tipo de atividade física regular, de 2 a 5 vezes por semana.¹⁴

Outra pesquisa realizada com pessoas com média de idade de 43 anos mostrou que de todos os indivíduos incluídos no estudo, 89,7% relataram afastamento do trabalho; 29,1%, perdas econômicas; 73,1%, dificuldade de realização de suas atividades diárias; e 67,3%, mudanças de humor, ou seja, uma redução da qualidade de vida devido à intensidade dos sintomas apresentados e uma falta de orientação pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde procurados pelos pacientes, na fase inicial da doença.¹⁵

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde possuem um conhecimento satisfatório sobre a FC, sabendo, diante de um caso suspeito, avaliar critérios importantes na classificação de risco, assim como identificar sinais de gravidade e critérios de internação; manejar a doença de acordo com a clínica apresentada; e orientar cuidados no domicílio pelos sinais de gravidade, critérios de internação e condições de risco.

O estudo foi importante para que os serviços de saúde possam analisar como está o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na assistência a pacientes com FC, em relação ao manejo clínico, estimulando as secretarias de saúde a elaborar capacitações permanentes sobre as arboviroses, em especial, sobre a FC, por causar desfechos clínicos tardios e poder se apresentar em mais de uma fase.

O estudo apresentou como limitações a disponibilidade e o interesse dos profissionais de ambas às categorias em responder ao formulário. Relatavam falta de tempo, diziam

ter medo de responder ao formulário, outros o achavam muito extenso, e alguns enfermeiros ainda diziam que só os médicos saberiam responder. Há também escassez de estudos sobre a temática.

Espera-se que o Manual de Manejo Clínico da FC seja adaptado às necessidades de cada serviço, melhorando a qualidade do cuidado prestado ao paciente nas instituições de saúde e que este estudo também sirva como base para a realização de pesquisas futuras sobre a temática proposta.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Secretaria de Saúde do município de Quixadá, pelo incentivo e suporte na realização do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Chikungunya: Manejo Clínico [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 (citado em 01 de Março de 2018). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf.
2. Catro APCR, Lima RA, Nascimento JR. Chikungunya: vision of the pain clinician. Rev Dor [internet]. 2016 Out-Dez (citado em 03 de Março de 2018); 14(4):299-302. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n4/pt_1806-0013-rdor-17-04-0299.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - Volume 49 - nº 42 - 2018. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e doença aguda pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 38 de 2018 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 (citado em 05 de Março de 2018). Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/26/2018-049.pdf>.
4. Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. Rev Enferm Foco [internet]. 2015 (citado em 02 de Março de 2018); 6(1):11-7. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>.
5. Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá-Mato Grosso. Rev Eletrônica Enferm [internet]. 2012 Jan-Mar (citado em 02 de Março de 2018); 14(1): 171-80, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12491/15570>.
6. Renault P, Solet J-L, Sissoko D, Balleydier E, Larrieu S, Filleul L, et al. Major Epidemic of Chikungunya Virus Infection on Réunion Island, France, 2005-2006. Am J Trop Med Hyg [internet]. 2007 (citado em 04 de Março de 2018); 77(4): 727-31. Disponível em: <http://www.ajtmh.org/docserver/fulltext/14761645/77/4/0770727.pdf?expires=1541012815&id=id&accname=guest&checksum=D88679FBB28E1382F5F9FFEF8259CD30>.
7. Waymouth HE, Zoutman DE, Towheed TE. Chikungunya-related arthritis: case report and review of the literature. Semin Arthritis Rheum [internet]. 2013 (citado em 06 de Março de 2018); 43(2): 273-78. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017213000504>.
8. Honório NA, Câmara DCP, Calvet GA, Brasil P. Chikungunya: uma arbovirose em estabelecimento e expansão no Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 2015 Mai (citado em 06 de Março de 2018); 31(5):906-08. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n5/906-908/pt>.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Informação para profissionais de saúde. Febre de Chikungunya. Documento científico [internet]. Rio de Janeiro: OPAS; 2014 (citado em 07 de Março de 2018). Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/POR-CHIK-Aide-memoire--clinicians.pdf>.
10. Gérardin P, Sampéris S, Ramful D, Boumahni B, Binter M, Alessandri J-L, et al. Neurocognitive Outcome of Children Exposed to Perinatal Mother-to-Child Chikungunya Virus Infection: The CHIMERE Cohort Study on Reunion Island. PLOS Neglected Tropical Diseases [internet]. 2014 Jul (citado em 07 de Março de 2018); 8(7): 1-14. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0002996&type=printable>.
11. Marques CDL, Duarte ALBP, Ranzolin A, Dantas AT, Cavalcanti NG, Gonçalves RSG, et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para Diagnóstico e Tratamentos da Febre Chikungunya. Rev Bras Reumatol [internet]. 2017 (citado em 07 de Março de 2018); 57(2): 421-37. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0482500416301917?token=58D335E63923319ABE8333ACD3164C55640CD5B8286D65E56DE12F4059ECDF00EE429A-6D6E1C80C5821757F8BA634B44>.
12. Economopoulou A, Dominguez M, Helynnck B, Sissoko D, Wichmann O, Quenel P, et al. Atypical Chikungunya virus infections: clinical manifestations, mortality and risk factors for severe disease during the 2005-2006 outbreak on Réunion. Epidemiol Infect [internet]. 2009 (citado em 07 de Março de 2018); 37(4): 534-41. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/atypical-chikungunya-virus-infections-clinical-manifestations-mortality-and-risk-factors-for-severe-disease-during-the-20052006-outbreak-on-reunion/33DA6DD44AA27ACE3B2216FCA688A592>.
13. Simon F, Javelle E, Cabie A, Bouquillard E, Troigross O, Gentile G, et al. French guidelines for the management of chikungunya (acute and persistent presentations). Med Mal Infect [internet]. 2015 (citado em 09 de Março de 2018); 45(7): 243-63. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Emilie_Javelle/publication/279313162_French_guidelines_for_the_management_of_chikungunya-acute_and_persistent_presentations_November_2014/links/55a3bf9f08aed99da24d0078/French-guidelines-for-the-management-of-chikungunya-acute-and-persistent-presentations-November-2014.pdf.
14. JORGE, M.S.G.; WIBELINGER, M.L.; KNOB, B.; ZANIN, C. et al. Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em idosos com esclerose sistêmica. Relato de casos. Rev Dor [internet]. 2016 Abr-Jun (citado em 09 de Março de 2018); 17(2):148-51, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n2/1806-0013-rdor-17-02-0148.pdf>.
15. Alves NM. Apresentação clínica da forma crônica da chikungunya em Feira de Santana-BA [internet]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. Salvador: Bahia; 2017 (citado em 13 de Março de 2018). Disponível em: <https://docplayer.com.br/54761505-Apresentacao-clinica-da-forma-cronica-da-chikungunya-em-feira-de-santana-ba.html>.

Recebido em: 01/11/2018

Revisões requeridas: 15/05/2019

Aprovado em: 01/10/2019

Publicado em: 10/01/2020

Autora correspondente

Regina Kelly Guimarães Gomes Campos

Endereço: Rua Juvencio Alves, 660, Centro

Quixadá/CE, Brasil

CEP: 63900-000

E-mail: reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br

Número de telefone: +55 (88) 3412-6700

Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.