

ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE A INCIDÊNCIA DA FEBRE CHIKUNGUNYA NO ESTADO DE PERNAMBUCO, BRASIL.

Conceição Mairlla Monteiro Pessôa¹/Carlos Eduardo de Oliveira Costa Junior²/
Bruno Henrique Andrade Galvão³

RESUMO

A Febre Chikungunya é o nome dado a uma doença causada pelo mosquito *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* contaminado pelo vírus CHIKV, cujo diagnóstico é geralmente feito clinicamente, com base nos sintomas relatados pelos pacientes e em exames físicos, o que ocorre especialmente em áreas endêmicas. Por não haver medicamento específico para a doença, mas apenas para seus sintomas, o melhor tratamento indicado é o preventivo. Em decorrência disso, este artigo tem como objetivo resgatar na literatura as características desta virose, analisando as causas ou fatores que influenciam no surgimento da Chikungunya, através de uma abordagem bibliográfica de artigos e textos especializados na área de saúde. A metodologia utilizada para esta pesquisa foi uma revisão bibliográfica das principais fontes de informação e conhecimento sobre o tema. Os resultados mostram a dificuldades de tratamento nas unidades de saúde, não só pela falta de experiência dos profissionais com uma doença praticamente desconhecida, mas principalmente pela dificuldade de diagnóstico e de medicamentos específicos.

PALAVRAS-CHAVE: Febre. Chikungunya. *Aedes aegypti*. *Aedes albopictus*.

ABSTRACT

The Chikungunya fever is the name given to a disease caused by the mosquito *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infected by CHIKV virus, whose diagnosis is usually made clinically, based on the symptoms reported by patients and physical examination, which occurs especially in endemic areas. Because there is no specific medicine for the disease, but only for your symptoms, the best treatment is preventive. As a result, this article aims to rescue the literature the characteristics of this virus, analyzing causes or factors influence the appearance of Chikungunya,

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado em Biomedicina da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE 2015

² Biólogo e Tecnólogo em Radiologia – Mestre em Tecnologias Energéticas e Nucleares - UFPE.

³ Biomédico – Mestre Doutor em Medicina Tropical - UFPE.

through a bibliographic approach of articles and texts specialized in health care. The methodology used for this research was a literature in endemic areas. Because there is no specific medicine for the disease, but only for your symptoms, the best treatment is preventive. As a result, this article aims to rescue the literature the characteristics of this virus, analyzing causes or factors influence the appearance of Chikungunya, through a bibliographic approach of articles and texts specialized in health care. The results show the difficulties of treatment in health facilities, not only by the lack of experience of professionals with a virtually unknown disease, but principally due to the difficulty of diagnosis and specific drugs.

KEYWORDS: Fever, Chikungunya, *Aedes aegypti*. *Aedes albopictus*..

1INTRODUÇÃO

No último ano, os crescentes casos de doenças transmitidas por mosquitos, entre elas a Dengue e a recente identificação do vírus da Febre Chikungunya no Brasil vem chamando a atenção de moradores e autoridades, uma vez que essas doenças não têm medicação específica, é de difícil diagnóstico e pode levar a óbito. Neste caso, a prevenção é a melhor forma de se evitá-las, combatendo os focos de acúmulo de água, locais propícios para a criação do vetor transmissor das doenças (PINHEIRO, 2015).

Essas doenças, como as arboviroses, típicas de países tropicais, são causadas por mosquitos transmissores, principalmente os chamados *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, que se proliferam dentro ou mesmo nas proximidades de habitações e terrenos, em recipientes onde se acumula água limpa. Vale salientar que para transmitir essas doenças, que são virais, faz-se necessário que o mosquito esteja contaminado com o vírus. Por outro lado, o controle dos mosquitos é difícil, por ser muito versátil na escolha dos criadouros onde deposita seus ovos, que são extremamente resistentes, podendo sobreviver vários meses até que a chegada de água no local propicie a incubação (PINHEIRO, 2015).

Sendo assim, essa dificuldade de controlar o desenvolvimento dos mosquitos tem acarretado o aparecimento de casos da Febre Chikungunya em todo país,

principalmente no Estado de Pernambuco, que é o local escolhido como amostra para desenvolver esta pesquisa, visto que é nesta cidade onde são feitas as sorologias para o diagnóstico das doenças citadas. O diagnóstico da Febre Chikungunya é geralmente feito clinicamente, com base nos sintomas relatados pelos pacientes e em exames físicos, o que ocorre, especialmente, em áreas endêmicas (BRASIL, 2014).

No entanto, os sintomas iniciais da doença podem ser difíceis de diferenciar dos de outras infecções virais, por isso a necessidade do exame patológico, seja ele sorologia, PCR em tempo real (RT-PCR) ou isolamento viral. Destaca-se ainda, que esta é a causa pela qual não se encontram estatísticas oficiais de infectados em alguns municípios. Ou seja, é provável que os números de casos registrados na capital dos Estados contêm um acréscimo ainda maior em decorrência das análises dos casos constatados no interior dos Estados. Os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN's) já estão habilitados para fazer os testes de confirmação do vírus (BRASIL, 2015).

Portanto, o objetivo da pesquisa é resgatar da literatura os aspectos históricos, as causas, os sintomas, o diagnóstico e o tratamento da Febre Chikungunya. Este trabalho reuniu dados dos últimos anos, a fim de analisar as providências tomadas, de curto e longo prazo, para evitar uma epidemia e até a morte de pacientes, discutindo, inclusive, divisão das responsabilidades que são tanto da população como do poder público.

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida através de uma pesquisa bibliográfica e documental.

2.1 Tipo de estudo

Como se trata de um processo de reflexão da realidade, a abordagem qualitativa foi utilizada para melhor compreensão do contexto histórico e da visão de uma situação cotidiana. Sendo assim, a pesquisa é descritiva e explicativa, pois expõe o problema de pesquisa em relação aos aspectos sociais explicando, inclusive, as causas que tem influenciado no aparecimento do fenômeno.

2.2 Local e período de estudo

O contexto do tema estudado está na incidência da Febre Chikungunya no Brasil, principalmente no Estado de Pernambuco durante o período de junho/2014 a junho/2015.

2.3 Critérios para o levantamento bibliográfico

Foi utilizada a pesquisa bibliográfica de artigos, livros e legislação no período estudado, embora alguns artigos em outros idiomas tenham sido consultado, para a contextualização histórica do tema abordado.

Os principais sítios de pesquisas abordados nas referências de autores como Donalísio e Freitas, Tauil, além de sites, artigos relacionados ao tema e especializados na área de saúde, como os programas de informação e orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde Brasileiro, que demonstram a ocorrência da febre Chikungunya no país. Foram utilizados os descritores: Febre, Aedes, Chikungunya.

Os resultados da discussão foram obtidos após leitura e interpretação das fontes e das observações do trabalho de profissionais de saúde específico (Agentes de Endemias e Clínico), uma vez que o trabalho dos profissionais é padronizado a nível nacional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 FEBRE CHIKUNGUNYA: ORIGEM E CARACTERIZAÇÃO.

Durante muitos anos no Brasil pouco se ouviu falar sobre Chikungunya, talvez nos laboratórios, nos meios acadêmicos, nos hospitais, mas nas ruas a população tinha pouca informação a respeito desta virose que pode ser mortal. Entretanto, nos últimos meses têm ocorrido muitos casos de Febre Chikungunya no Brasil, destacamos principalmente o Estado de Pernambuco, e isto tem causado grande busca por informações e tratamentos, além das condições de identificação da doença.

A Febre Chikungunya (CHIKV) é causada por um arbovírus que pertence a família *Togaviridae* e ao gênero *Alphavirus*. É um vírus RNA de fita simples sentido positivo e genoma linear, sensível a dessecação e a temperatura acima de 58°C. O vírus é enzoótico, inicialmente encontrado em regiões tropicais e subtropicais da África, no sul e sudeste da Ásia e em ilhas do Oceano Índico. A palavra *chikungunya* deriva de um dialeto *Makonde*, falada em várias regiões da África Oriental e no norte do Moçambique, significa "aqueles que se dobram, ou que estão contorcidos", porque os pacientes ficam com a aparência encurvada já que sofrem de uma artralgia intensa ou dores fortes nas articulações. A doença, apesar de pouco letal, é muito limitante, pois paciente tem dificuldade de movimentos e locomoção por causa das articulações inflamadas e doloridas (CARVALHO, 2012).

Em 1770 foram relatados alguns casos de humanos com febre, artrite e manchas no corpo, porém o vírus não foi isolado do soro humano ou de mosquitos até que houve uma epidemia na Tanzânia em 1950, que foi identificado, inicialmente, como um surto do vírus da Dengue em decorrências das aparentes características. Isto porque a Chikungunya se caracteriza por quadros de febre associados às dores nas articulações, cefaleia e mialgia. Entretanto, mesmo apresentando sintomas semelhantes ao da Dengue, chama a atenção a poliartrite/artralgias nos punhos, tornozelos e cotovelos (BRASIL, 2014).

Outros surtos ocorreram na África e na Ásia, mas cepas de CHIKV só foram isoladas em 1960, durante grande surto em Bangkok e Tailândia e em Calcutá e Vellore, na Índia, durante as décadas de 60 e 70. Após a identificação do vírus

CHIKV, alguns surtos esporádicos com pequenas transmissões foram relatados em meados dos anos 80 (BRASIL, 2010).

Contudo, até então, poucos casos clínicos graves e nenhum óbito haviam sido associados às infecções por este vírus, mas a partir de 2005, o CHIKV ressurgiu causando grandes surtos de doença humana na Ásia, África e ilhas do Oceano Índico, com casos fatais. Esse novo aparecimento ocorreu, provavelmente, a uma adaptação genética do vírus aos vetores da região. Na região das Américas, a Febre Chikungunya emergiu no final de 2013 nas ilhas do Caribe. Depois no início de 2014 na América do Sul e na segunda metade deste mesmo ano na América do Norte, Flórida nos Estados Unidos (BRASIL, 2014).

Com relação a caracterização e sintomas, Donalísio e Freitas (2015) relatam que, embora quadros severos não sejam comuns, nem ocorram choque ou hemorragias importantes como na Dengue, manifestações neurológicas (encefalite, meningoencefalite, mielite, síndrome Guillain Barré), cutâneas bolhosas e miocardite podem trazer gravidade aos casos, principalmente, em bebês e idosos.

Os sintomas e sinais agudos da infecção pelo CHIKV resolvem-se em cerca de sete a quinze dias, embora as dores, rigidez e edema nas articulações possam durar meses e até anos. Não há vacinas preventivas e tratamento etiológico disponível, sendo o vetor o único elo vulnerável na cadeia de transmissão da doença. A virose desencadeia uma enfermidade febril, podendo ser aguda, subaguda ou crônica. No caso da enfermidade aguda se caracteriza, principalmente, por início súbito de febre alta, cefaleia, mialgias e dor articular intensa, afetando todos os grupos etários e ambos os sexo. Em uma pequena porcentagem dos casos a artralgia se torna crônica, podendo persistir por anos. As formas graves e atípicas são raras, mas quando ocorrem podem, excepcionalmente, evoluir para óbito (OPAS, 2011).

Outras manifestações descritas durante a fase crônica são fadiga, cefaleia, prurido, alopecia, exantema, bursite, tenossinovite, disestesias, parestesias, dor neuropática, distúrbios do sono, alterações da memória, déficit de atenção, alterações do humor, turvação visual e depressão. Esta fase pode durar até três anos. A prevalência desta fase é muito variável entre os estudos, podendo atingir mais da metade dos pacientes que tiveram a fase aguda sintomática da Febre de Chikungunya. Os principais fatores de risco para que os sintomas tornem-se

crônicos são a idade acima de 45 anos, a desordem articular pré-existente e a maior intensidade das lesões articulares na fase aguda (OPAS, 2011).

Contudo, o Ministério da Saúde adverte que no Brasil, assim como nas Américas, existem fatores ambientais que podem permitir a expansão do Chikungunya, pois, em grande parte, ao modelo de crescimento econômico implementado na região, caracterizado pelo crescimento desordenado dos centros urbanos com importantes lacunas no setor de infraestrutura, tais como dificuldades para garantir o abastecimento regular e contínuo de água, a coleta e o destino adequado dos resíduos sólidos (BRASIL, 2014).

Outros fatores, como a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, além de condições climáticas favoráveis, agravadas pelo aquecimento global, conduzem a um cenário que impede a proposição de ações visando à erradicação do vetor transmissor (BRASIL, 2014).

3.2 VETORES E TRANSMISSÃO

O vírus Chikungunya é transmitido por picada de insetos do gênero *Aedes*. Assim, o *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* são principais vetores envolvidos na transmissão do CHIKV. Enquanto o *Aedes aegypti* está distribuído em regiões tropicais e subtropicais, o *Aedes albopictus* também pode ser encontrado em latitudes temperadas (BAHIA, s/d)).

De acordo com Taail (2014) na África, os vírus mantêm-se em um ciclo de transmissão silvestre, entre macacos e pequenos mamíferos como morcegos, e em mosquitos do gênero *Aedes*; já na Ásia, o ciclo de transmissão é diferente e o vírus circula entre seres humanos e mosquitos, resultando em epidemias urbanas, com a participação das espécies *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* como principais vetores. Essa dispersão de mosquitos do gênero *Aedes* chegando ao sul da Europa e continente americano, associada à presença de indivíduos infectados procedentes de áreas endêmicas, favoreceu o estabelecimento de novas áreas de transmissão da doença. Contudo, pesquisas realizadas nas Américas sobre mosquitos vetores de doenças passaram a considerar o *Aedes albopictus* como provável vetor de diversas doenças ao ser humano.

No Brasil, o *Aedes aegypti* encontra-se disseminado em todos os estados, estando amplamente disperso em áreas urbanas. O *Aedes albopictus* foi identificado em um grande número de municípios e a ampla distribuição dessas espécies no Brasil torna o país suscetível, receptivo e vulnerável à propagação do CHIKV no território nacional. No caso do CHIKV, todos os indivíduos não previamente expostos ao CHIKV (suscetíveis) têm risco de adquirir infecção e manifestar a doença, desenvolvendo imunidade duradoura e protetora contra novas infecções. No entanto, fatores de risco individuais, tais como idade, etnicidade, presença de comorbidades e infecção secundária podem determinar a gravidade da doença (BRASIL, 2014).

Quanto a receptividade, esta é dada pela presença de vetores (principalmente *Aedes aegyptie* e *Aedes albopictus*) em densidades de infestação capazes de iniciar e manter a transmissão; enquanto vulnerabilidade, refere-se à possibilidade de entrada do vírus, por meio de pacientes infectados, na fase de transmissibilidade da doença (TAUIL, 2014).

Assim sendo, percebe-se que essas condições favoráveis parecem existir, havendo registro da presença dos vetores na imensa maioria dos municípios do país, em densidades suficientes para transmitir Dengue e, portanto, também a doença Chikungunya, cujo período de viremia (correspondente ao período de transmissibilidade da doença aos vetores) é semelhante ao do Dengue, que começa um dia antes e permanece até sete dias após o início dos sintomas. É muito difícil detectar a doença em viajantes procedentes de áreas endêmicas e muito menos mantê-los isolados para evitar o contato com mosquitos vetores, por isso pode ocorrer o registro de casos importados de outros países (TAUIL, 2014).

Vale salientar que o primeiro caso de infecção pelo vírus Chikungunya no Brasil, foi registrado pela Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, em 03 de setembro de 2010, relatado por um viajante que apresentou o quadro clínico dessa infecção durante sua viagem à Indonésia, entre o período de junho e julho de 2014.

Diante do contexto, entende-se que a febre Chikugunya não é transmitida de pessoa para pessoa. O contágio se dá pelo mosquito que, após um período de sete dias contados depois de picar alguém contaminado, pode transportar o vírus CHIKV durante toda a sua vida, transmitindo a doença para uma população que não possui

anticorpos contra ele. Apesar disso, essa possibilidade de transmissão não foi totalmente descartada (OPAS, 2011).

Antes de abordar a transmissão do CHIKV, vale falar um pouco sobre o período de incubação: o período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, dura em média de três a sete dias (podendo variar de um a doze dias). O extrínseco, que ocorre no vetor, dura em média dez dias. Os mosquitos adquirem o vírus a partir de um hospedeiro virêmico e, depois do período de incubação extrínseca, eles já são capazes de transmitir o vírus a um hospedeiro suscetível, como o ser humano. Em seguida o mosquito permanece infectante até o final da sua vida, de seis a oito semanas. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2011) o período de viremia no ser humano pode perdurar por até dez dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas.

Diante do que foi descrito entende-se que abordar a transmissão desta doença aqui no Brasil, tem se tornado algo prático e comum, principalmente nos últimos dois anos. Jornais, telejornais, panfletos, revistas, artigos especializados, agentes de saúde e endêmicos, até médicos, espalham tais informações, nem sempre na mesma eficácia com que a doença é manifestada, mas tentam ser eficientes no âmbito do seu trabalho. Faz-se necessário que as pessoas informadas tornem-se multiplicadoras dessas informações e isto até acontece, por um curto espaço de tempo.

Sabe-se que a transmissão se dá por meio da picada das fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo CHIKV. Existem casos de transmissão vertical podem ocorrer no momento do parto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer ainda a transmissão por via transfusional, todavia é rara se atendidos os protocolos recomendados (OPAS, 2011).

Até 2003 reconhecia-se que o CHIKV estava presente em todas as regiões do Brasil, com exceção de alguns Estados da região norte, além do Piauí, Sergipe na região nordeste, onde ainda não foram identificados. Entretanto, sua dispersão é rápida e, apenas um ano após sua primeira identificação, foi registrada sua presença nos quatro estados da região sudeste (PERNAMBUCO, 2014).

3.3 MANEJO CLÍNICO: SINTOMATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Sabe-se que a Febre Chikungunya atinge todas as faixas etária de ambos gêneros se afetam por igual. Depois de um período de incubação da picada de mosquito, o vírus de CHIKV causa uma enfermidade febril, associada com artralgia/artrite, dor nas costas e cefaleia (todos já mencionados anteriormente). A viremia persiste por até oito dias do surgimento clínico. Quanto aos sintomas de dor nas articulações tende a ser pior no de manhã, mas pode ser aliviada pelo exercício leve e exacerbada por movimentos dinâmicos. Os tornozelos, pulsos e articulações pequenas da mão tendem a ser mais afetadas, porém as articulações maiores como o joelho, ombro e a coluna também podem ser afetados (OPAS, 2011).

Na maioria dos pacientes, os sintomas desaparecem em até três semanas. Entretanto, alguns pacientes podem ter uma recaída dos sintomas reumatológicos (poliartralgia, poliartrite e tenossinovite) nos meses seguintes à doença aguda, enquanto alguns pacientes relatam dores articulares persistentes durante meses ou anos. Sequelas neurológicas, emocionais e dermatológicas também são descritas. Nos indivíduos mais velhos e naqueles com doenças articulares reumáticas e traumáticas subjacentes parecem ser mais vulneráveis a desenvolver os sintomas articulares crônicos. Já a mortalidade é rara e quando ocorre é principalmente em adultos mais idosos (BRASIL, 2014).

Apesar dos sintomas terem sido apresentados neste artigo de forma ampla, eles variam de caso para caso ou de pessoa para pessoa, assim pode-se ainda enfatizar que algumas manifestações clínicas são atípicas durante a Febre de Chikungunya. Podem surgir por efeito direto do vírus, pela resposta imune ou por toxicidade das drogas utilizadas durante o tratamento, ocorrendo, entretanto, em menos de 5% dos casos segundo a OPAS (2011).

Uma das manifestações atípicas bem estabelecidas da infecção pelo Chikungunya é a convulsão, que acomete com maior frequência pessoas com história prévia de epilepsia e/ou alcoolismo. Os casos mais graves tem como grupo de risco pessoas com história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, alcoolismo, doenças reumatológicas, anemia falciforme, talassemia, hipertensão, obesidade, dentre outros (BRASIL, 2014).

Em neonatos, a febre Chikungunya neonatal está associada com febre, falta de apetite, dor, edema distal, várias manifestações cutâneas, convulsões, meningoencefalite e anormalidades ecocardiográficas no recém-nascido, destacando-se, ainda, as seguintes complicações: encefalopatia, alterações cardiovasculares e hemodinâmicas, bem como hemorragias (BRASIL, 2014).

Nos maiores de 65 anos e aqueles que estão em uso de alguns fármacos (ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios e paracetamol em altas doses), neste grupo a maior preocupação é a descompensação de doenças pré-existentes. Nas gestantes, a Chikungunya não modifica o curso da gravidez, não havendo evidências de efeitos teratogênicos, mas há raros relatos de abortamento espontâneo. Segundo a OPAS (2011), mães com Febre de Chikungunya no período perinatal podem transmitir o vírus aos recém-nascidos por via vertical, com taxa de transmissão de até 85%, ocasionando formas graves em cerca de 90% dos neonatos. Ao que tudo indica a realização de cesariana não altera o risco da transmissão e o vírus não é transmitido pelo aleitamento materno. Outras manifestações graves, além das citadas incluem síndrome hiperálgica, eventos tromboembólicos, púrpura, insuficiência hepática, manifestações hemorrágicas, hepatite fulminante, vasculites e paralisia facial.

Assim, a terapia utilizada é analgesia e suporte às descompensações clínicas causadas pela doença. No mais, estimular a hidratação oral dos pacientes, medicamento indicado é o Paracetamol (até 2g/dia) é a droga inicial de escolha até que outras etiologias, como a Dengue, sejam descartadas; além de outros analgésicos para alívio de dor, como a Dipirona. Nos casos refratários recomenda-se a utilização da Codeína (BAHIA, s/d).

Pode-se ainda utilizar os anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno, naproxeno, ácido acetilsalicílico) podem ser utilizados se o acetaminofeno não proporcionar alívio, porém sempre com indicação médica, embora não devem ser utilizados na fase aguda da doença, devido à possibilidade do diagnóstico ser na realidade Dengue e pela possibilidade da coexistência das duas doenças. Lembrando que o ácido acetilsalicílico também é contraindicado nessa fase da doença pelo risco provocar a Síndrome de Reye e de sangramento. Os esteroides estão contra indicados na fase aguda, pelo risco de possíveis efeitos adversos.

Em pacientes de grupo de risco e/ou com sinais de gravidade é necessário estar atento à avaliação hemodinâmica para a instituição, se necessário e de imediato, de terapia de reposição de volumes e do tratamento das complicações de acordo com o quadro clínico. Também é necessário avaliar a existência de disfunção renal, sinais e sintomas neurológicos, insuficiência hepática, acometimento cardíaco, hemoconcentração e trombocitopenia (BRASIL, 2015).

Para o tratamento podem ser utilizadas injeções intra-articulares de corticoide, anti-inflamatório não hormonal tópico ou oral, e metotrexate em pacientes com sintomas articulares refratários. Considerar uso de morfina e derivados para analgesia de difícil controle. Recomenda-se a avaliação inicial dos casos crônicos por médico que verificará a existência de outras condições inflamatórias e recomendará a necessidade de tratamento por meio de fisioterapia e/ou de exercícios de intensidade leve ou moderada (BRASIL, 2015).

3.3.1 Diagnóstico Diferencial

Como a Febre Chikungunya é uma doença emergente, tudo que se sabe a seu respeito faz parte de experiências de especialistas, na maioria, dados publicados sob as orientações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde. Vale salientar, que esta doença ainda não recebeu cobertura suficiente ainda nos currículos médicos e também por isso, o tratamento específico não está disponível e não há vacina (BRASIL, 2015).

Apesar disso, é preciso fazer o diagnóstico e, para isso, faz-se necessário que os pacientes sejam encaminhados ao médico quando: a febre persistir por mais de cinco dias, dor intratável, diminuição da produção de urina, qualquer sangramento sob a pele ou através de qualquer orifício, vômito incessante, além de grávidas e de pessoas acima de 60 anos de idade e recém-nascido com esses sintomas (BRASIL, 2015).

De acordo com o Manual de Perguntas e Respostas sobre a Febre Chikungunya publicado pelo Ministério da Saúde (2014), o diagnóstico diferencial ou para identificação de Chikungunya é feito com outras doenças febris agudas associadas à artralgia. Ou seja, através de quadro comparativo por eliminação, já que os sintomas são parecidos com outras doenças, inclusive algumas causadas

pelos mesmos vetores, pois a Febre Chikungunya pode não ter as manifestações típicas ou pode coexistir com outras doenças infecciosas e não-infecciosas. Desta feita, o clínico deve estar atento para causas potencialmente fatais e que exijam uma conduta medicamentosa específica imediata, como artrite séptica. Mais uma vez vale salientar que na epidemiologia atual, o principal diagnóstico diferencial, durante a fase aguda, é a Dengue. É importante descartar Dengue em todos os casos, principalmente nos que apresentarem manifestações clínicas atípicas, sem histórico de deslocamento para áreas com transmissão e realizar avaliações mais exaustivas nos grupos de risco. Outras doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial são: malária, leptospirose, febre reumática, primo-infecção por HIV e artrite séptica. Em razão de tudo isso o diagnóstico diferencial deve levar em conta aspectos epidemiológicos, como local de residência, histórico de viagens e de exposição.

3.3.2 Exame Laboratorial

Apesar do diagnóstico ter suas particularidades, não se pode descartar o exame laboratorial, embora exames inespecíficos sejam solicitados conforme o estado do paciente, já que os mesmos podem confirmar a doença quando não for observada nenhuma constatação hematológica significativa; a Leucopenia com predominância de linfócitos é a observação de costume; a trombocitopenia é rara; a taxa de sedimentação de eritrócitos é geralmente elevada; e a proteína C-Reativa é aumentada durante a fase aguda e pode permanecer elevada por algumas semanas (BRASIL, 2014).

Sendo assim, o diagnóstico laboratorial específico na fase crônica da infecção pelo CHIKV é feito por meio da sorologia. É importante o diagnóstico diferencial com outras doenças que causam acometimento articular, por isso, deve-se investigar marcadores de atividade inflamatória e imunológica (BRASIL, 2015).

Assim como são solicitados os exames inespecíficos, existem também exames específicos para confirmar o diagnóstico de uma infecção recente com CHIKV, como: pesquisa de vírus (isolamento do CHIKV); pesquisa de genoma de vírus (detecção de RNA de CHIKV por RT-PCR ou RT-PCR clássico/convencional); pesquisa de anticorpos IgM por testes sorológicos (ELISA); teste de neutralização por redução em placas (PRNT); transaminases; demonstração de soro conversão

(negativo → positivo ou aumento de quatro vezes) nos títulos de IgG por testes sorológicos (ELISA ou teste de Inibição da Hemaglutinação-IH) entre as amostras nas fases aguda (preferencialmente primeiros oito dias de doença) e convalescente, preferencialmente de 15 a 45 dias após o início dos sintomas, ou 10 a 14 dias após a coleta da amostra na fase aguda (BRASIL, 2015).

Atualmente, não há tratamento antiviral específico para Febre de Chikungunya. Certamente, a população já deve ter se “acostumado” a ouvir dizer durante o atendimento clínico que tudo não passa de uma virose. E mesmo quando identificada, os medicamentos receitados são paliativos, ou designados para amenizar as reações sintomáticas. O tratamento deve ser instituído em todos os casos suspeitos sem que se espere pela confirmação sorológica ou viral (BRASIL, 2014).

3.4 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA FEBRE CHIKUNGUNYA

No Brasil, o controle das doenças transmitidas por vetores está baseado em um conjunto de ações vinculadas à vigilância em saúde. Estas ações representam em conjunto uma nova estratégia de pensar e agir que tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e o desenvolvimento de práticas adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta por ações não somente de vigilância em si, mas também de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, constituindo-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas para mudanças do modelo de atenção (BRASIL, 2014).

A transmissão por sangue é rara, mas possível, por isso deve ser solicitado que os doadores para relatem qualquer doença que venham a apresentar após a doação de sangue, para que essas doações de sangue sejam guardadas por vários dias (entre 2 e 5 dias) antes de liberá-las (OPAS, 2011).

Pacientes infectados pelo vírus CHIKV podem ser reservatórios de infecção para os outros na casa e na comunidade. Portanto, as medidas de saúde pública para minimizar a exposição ao mosquito se tornam imperativas para evitar que o surto se espalhe. Então, o paciente e outros membros da família devem ser educados sobre o risco de transmissão para outras pessoas e sobre as formas de minimizar o risco. Já em relação às comunidades em áreas afetadas devem ser sensibilizadas sobre as medidas de controle do mosquito a serem adotadas nas

instalações hospitalares e casas; a intensificação dos esforços para reduzir os habitats das larvas nas casas em seus entornos, retirar a água parada de todos os itens espalhados nas casas e nas áreas domésticas, minimizando a população do vetor; manter o paciente e crianças repousando sob mosquiteiros (de preferência impregnados de permetrina), fazer com que o paciente, bem como outros membros da família, usem mangas compridas para cobrir as extremidades, fios de malha ou redes nas portas e janelas são recomendados. Todas essas medidas minimizam o contato do vetor com o paciente.

Outra medida importante para a população é a informação. Pois a ocorrência de casos na comunidade precisa ser comunicada imediatamente para as autoridades de saúde pública a fim de permitir a implementação de medidas de controle nos níveis da comunidade e do distrito. Para isso são adotados dois critérios: o primeiro é o critério clínico, observar início agudo de febre $> 38,5^{\circ}\text{C}$ e grave artralgia/artrite não explicada por outras condições médicas. Quando o paciente se enquadra neste critério ele se torna um caso possível de CHIKV; e o segundo, é o critério epidemiológico, informando se reside ou visitou zonas epidêmicas com transmissão notificada 15 dias antes do início dos sintomas, se o paciente se enquadra nos critérios clínicos e epidemiológicos é provável que tenha contraído a Chikungunya. No entanto, o exame laboratorial uma vez confirmado, torna-se o caso confirmado independentemente da apresentação clínica (OPAS, 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com tudo que foi abordado até então, a seguir deve-se analisar todas as informações e conhecimentos adquiridos do ponto de vista das ações cotidianas através da observação do trabalho dos profissionais em atendimento nas Unidades de Saúde. Chama atenção às informações contidas nos artigos pesquisados e nos Planos de Contingência e Manejo Clínico das Organizações de Saúde Pública porque através deles fica evidente a falta de conhecimento em lidar, com eficácia, com mais essa virose.

O que se pode constatar, comparando as orientações da OPAS, OMS e do Ministério da Saúde, é que mais uma vez o discurso, do que se fazer e como fazer,

prevalece sobre a prática. O Plano de Contingência para a Introdução do Vírus Chikungunya (BRASIL, 2014) aborda a necessidade de que atividades preparatórias devem ser realizadas para capacitar a equipe de saúde para o manejo dos casos e avaliar a necessidade de insumos, materiais, equipamentos e medicamentos para prestar o correto atendimento dos pacientes. Também de disponibilizar o fluxograma com a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de Chikungunya em todas as unidades de saúde. Porém, como tudo que se relaciona às políticas públicas, sejam elas em qualquer área, existem fatores sociais, políticos e econômicos que influenciam direta e indiretamente na sua implantação, eficiência e eficácia. Neste caso não é diferente.

Observou-se durante a pesquisa, que existe uma falta de planejamento prático no atendimento dos pacientes e, também no acesso ao tratamento; com relação aos profissionais de saúde das unidades de atendimento, como não havia muito o que fazer, os clínicos receitavam o medicamento e mandavam o paciente para casa, sem ao menos fazer a coleta do material para os exames. Já os agentes de controle de endemias visitam residências a procura de locais com vetores, mas nos últimos meses não tem material ou larvicidas e adulticidas para combatê-los; a população mal informada, embora fale-se tanto de Dengue, continua agindo com descaso quando se trata de prevenção, e com desespero por medo do desconhecido.

Há de se enfatizar que o diagnóstico da Febre Chikungunya não tem um baixo custo, nem todas as unidades de saúde estão preparadas para fazê-lo ou não tem subsídio para tal. O Ministério da Saúde aponta também para a identificação precoce de casos a ampliação da diagnose e o treinamento de equipes de saúde (BRASIL, 2014). Entretanto, o serviço também precisa estar preparado para alta demanda de pacientes para atendimento durante a ocorrência de surtos/epidemias.

Portanto, a atenção aos pacientes suspeitos de Chikungunya, na grande maioria dos casos, tem como característica a utilização de tecnologias de cuidado que dispensam instalações e equipamentos de maior complexidade e custo. O diagnóstico precoce e o acompanhamento dos casos exigem tecnologias de cuidado que envolve a investigação clínica e/ou laboratorial passíveis de utilização em qualquer ponto de atenção, desde que haja a organização dos serviços para este fim (DONALÍSIO; FREITAS, 2015) .

Sendo assim, a organização dos serviços de saúde é fundamental para uma resposta adequada diante do aumento do número de casos. Para alcançar esses resultados é necessário promover a assistência adequada ao paciente, organizar as ações de prevenção e controle e, ainda, fortalecer a integração das diferentes áreas e serviços.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A carência de referências bibliográficas a respeito do tema mostra o quão novo ele é. Não é novidade a existência da Febre Chikungunya, mas sim a sua incidência. Em decorrência disso, a maior parte da população nunca tinha ouvido falar desta virose, por isso é um grande desafio que se apresenta ao país.

A partir da constatação dos casos de Febre Chikungunya no Brasil, foi incluída a doença entre os diagnósticos clínicos diferenciais de doenças próximas à Dengue, implicando a intensa divulgação do agravo entre as equipes de saúde em todo o Brasil. Isso porque o controle das doenças transmitidas por vetores basicamente está vinculado à vigilância em saúde, através de ações não somente de vigilância em si, mas também de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde.

Esta ocorrência de casos simultâneos dificulta o manejo clínico em razão de peculiaridades da Dengue e da Febre do Chikungunya, e a ausência de vacina e de medicação específica deixa para as equipes de controle de vetores, no nosso caso, chamado de Agentes de Controle de Endemias, a tarefa de prevenir a transmissão. Para evitar a ocorrência de casos graves, a equipe de saúde precisa estar atenta para as descompensações das doenças preexistente, sabendo que em alguns casos a Chikungunya pode evoluir para a fase crônica da doença e esses pacientes necessitarão de acompanhamento longo prazo.

Assim sendo, cabe à comunidade fazer sua parte. Se o remédio é prevenção, quanto a isso os meios de comunicação, as escolas, as unidades de saúde e até multiplicadores não deixaram por menos, pois informação sobre como prevenir-se do CHIKV não falta. Sabe-se que o mosquito transmissor do vírus e suas larvas nascem e se criam em água parada e limpa, não necessariamente potável, por isso é importante evitar acúmulo de água, colocar areia nos vasos de plantas, limpar

calhas, colocar telas nas janelas, manter caixa d'água e latas de lixo devidamente tampadas. Essas são as informações mais comuns, que “todos” conhecem, mais assim como já foi dito está no discurso, na prática, de tempos em tempos tomamos um susto como neste último ano.

Atualmente, o Ministério da Saúde através dos boletins informativos afirma que houve mais de 2.500 casos de Febre Chikungunya confirmados em todo o país. No Estado de Pernambuco, segundo a Secretaria de Saúde (PERNAMBUCO, 2015) foram notificados 14 casos de Febre Chikungunya em residentes no Estado de Pernambuco, seis na capital Recife, dois em Jaboatão dos Guararapes, três em Olinda e três em Petrolina; desses, oito casos foram descartados e quatro estão sob investigação. Até então, não havia registro de ocorrência de casos autóctones no Estado. Porém, em setembro de 2015 foram confirmados mais quatro novos casos de Febre Chikungunya: dois dos pacientes contraíram a doença no estado, ambos no município de Iati, Agreste Meridional, sendo esses os primeiros casos autóctones, comprovando a circulação da doença em território pernambucano.

No plano de combate a Febre Chikungunya, lançado pelo governo do Estado em novembro de 2014 além da compra de materiais e insumos, a Secretaria Estadual de Saúde pretende prestar toda a assistência necessária aos pacientes, e ainda prestar consultoria e apoio técnico aos municípios do Estado. A confirmação do diagnóstico da doença ficou a cargo do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-PE) está preparado para realizar os exames sorológicos.

Como já mencionado, as ações dos planos de combate à Febre Chikungunya em todo país são padronizadas, algumas são eficazes outras nem tanto. Levando em consideração o momento atual, ao que parece as incidências da doença no Brasil e no Estado de Pernambuco tem diminuído, uma vez que as ocorrências tumultuadas nas unidades de saúde acabaram. Agora vê-se uma maior ênfase no trabalho de prevenção e conscientização da população pernambucana, embora é fato que as atividades de atendimento e tratamento nas unidades de saúde continuam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia Vigilância Epidemiológica para Chikungunya**. CID

10 A92.0 Disponível em: <
[http://www1.saude.ba.gov.br/entomologiabahia/photoartwork2/downloads/guia_ve_c
hik.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/entomologiabahia/photoartwork2/downloads/guia_ve_c

hik.pdf)> Acesso em: 05 out. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 162/2010. **Casos importados de Febre Chikungunya no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre Chikungunya: manejo Clínico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano de contingência para à introdução do Vírus Chikungunya**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Preparação e resposta à introdução do Vírus Chikungunya no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CDC, 2014a. Clinical Evaluation & Disease. **Center for Disease Control and Prevention**. Disponível em: <
<http://www.cdc.gov/chikungunya/hc/clinicalevaluation.html>> Acesso em 08 jul. 2015.

DONALÍSIO, Maria Rita; FREITAS, André Ricardo R. **Chikungunya no Brasil: um desafio emergente**. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000100283&script=sci_arttext> Acesso em: 14 ago. 2015.

NUNES, B. T. D. et al. **Emergence and potential for spread of Chikungunya virus in Brazil**. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/13/102>> Acesso em: 31 ago. 2015.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elviesier, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diretrizes para a Administração Clínica de febre de Chikungunya**. Nova Délhi, 2008. Disponível em: <
http://www.searo.who.int/entity/emerging_diseases/documents/SEA_CD_180/en/index.html> Acesso em: 14 ago. 2015.

OPAS/CDC. **Preparativos e resposta para o vírus de Chikungunya nas Américas**. OPAS, 2011. Disponível em: <
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download> Acesso em: 14 ago. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Nota Técnica Nº 29/2014. **Notificação dos Casos Suspeitos de Febre Chikungunya**. Recife, PE: Secretaria de Saúde, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Estado lança plano de combate à dengue e febre chikungunya.** Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/estado-lanca-plano-de-combate-dengue-e>> Acesso em: 28 out. 2015.

PINHEIRO, Pedro. **Reconheça o mosquito da dengue.** MD Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2012/04/fotos-mosquito-dengue.html>> Acesso em: 20 mar. 2015.

TAUIL, Pedro Luiz. **Condições para a transmissão do vírus da febre Chikungunya.** Brasília, DF: UnB, 2014.

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CURSO - TCC

Ao 9º. dia do mês de novembro de 2015, às 16h, no auditório da Faculdade Integrada de Pernambuco - FACIPE, campus Saúde, a aluna **Conceição Mairlla Monteiro Pessôa**, defendeu, perante Banca Examinadora, o Trabalho de conclusão de Curso intitulado **Abordagem sobre a incidência da febre chikungunya no Brasil**, para obtenção do grau de Bacharel em Biomedicina. A avaliação pela Banca Examinadora, formada pelos Professores **Carlos Eduardo de Oliveira Costa Junior, Evelyne Gomes Solidônio e Igor Felipe Andrade Costa de Souza** para a aluna foi 7,8, sendo assim, considerado a aluna Aprovada pela Banca Examinadora. A nota da aluna foi condicionada à entrega do trabalho, com as devidas alterações até a data de 19 de Novembro de 2015, até às 21 h.

Assinatura do (a) Professor (a) 1º Examinador (a) / Presidente:

Carlos Eduardo de O. Costa Junior

Assinatura do (a) Professor (a) 2º Examinador (a):

Evelyne Gomes Solidônio

Assinatura do (a) Professor (a) 3º Examinador (a):

Igor Felipe Andrade Costa de Souza

Obs.: O trabalho definitivo, com as devidas alterações sugeridas pela Banca Examinadora, deverá ser entregue duas cópias da versão corrigida do Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de PDF e com as devidas assinaturas, em um CD identificado na biblioteca da unidade de Saúde – Caxangá e outro CD identificado na coordenação do curso.