

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

MELLINA DA SILVA GONÇALVES

**FEBRE CHIKUNGUNYA: DESAFIO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA DE FREITAS**

SÃO MATEUS-ES

2021

MELLINA DA SILVA GONÇALVES

FEBRE CHIKUNGUNYA: DESAFIO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA DE FREITAS

Dissertação apresentada à Faculdade Vale do Cricaré ao
Programa para obtenção do título de Mestre Profissional
em Ciência, Tecnologia e Educação. Área de
Concentração: Ciência, Tecnologia e Educação.
Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Luciana Firmes Marinato

SÃO MATEUS-ES

2021

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

G635f

Gonçalves, Mellina da Silva.

Febre Chikungunya: desafio terapêutico na atenção primária à saúde no município de Teixeira de Freitas / Mellina da Silva Gonçalves – São Mateus - ES, 2021.

93 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2021.

Orientação: prof^a. Dr^a. Luciana Barbosa Firmes Marinato.

1. Chikungunya. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Medicina da família. 4. Arboviroses. I. Marinato, Luciana Barbosa Firmes. II. Título.

CDD: 616.91

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES.

MELLINA DA SILVA GONÇALVES

**FEBRE CHIKUNGUNYA: DESAFIO TERAPÊUTICO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA
DE FREITAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovada em 04 de novembro de 2021.

COMISSÃO EXAMINADORA



Profa. Dra. Luciana Barbosa Firmes Marinato
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientadora



Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Dra. Adriana Nunes Moraes Partelli
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Às minhas filhas, Elisa e Lara e a Renato com todo meu amor
Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À querida orientadora, Prof^a Luciana, pela parceria, presteza e empenho com que conduziu todo processo desde o início, quando as ideias ainda não se faziam claras, até o final.

Ao amigo Evan por ter me feito a proposta de embarcar nessa jornada e ter me acendido a vontade de querer mais.

Aos colegas médicos da estratégia de família e comunidade pelo tempo dedicado às entrevistas.

Ao meu amor, Renato, pela ajuda e dedicação a todo momento para que fosse possível concretizar esse feito.

“Por que foi que cegámos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegámos, penso que estamos cegos, Cegos que vem, Cegos que, vendo, não veem.”

José Saramago

RESUMO

GONÇALVES, Mellina Da Silva. **Febre Chikungunya: Desafio Terapêutico Na Atenção Primária À Saúde No Município De Teixeira De Freitas.** 2021. Dissertação (mestrado) – Faculdade Vale do Cricaré, 2021.

A febre chikungunya é uma arbovirose comum em países de clima tropical e a partir de 2014 passou a ser endêmica no Brasil. Entre os anos de 2018 e 2019 a Bahia foi um dos Estados brasileiros com maior incidência de febre chikungunya, estando o município de Teixeira de Freitas entre as dez cidades mais afetadas nesse período. Essa arbovirose costuma evoluir com cronicidade musculoesqueléticas incapacitantes, reduzindo significativamente a qualidade de vida dos infectados. Ademais, nesses casos, a qualidade do atendimento na atenção primária à saúde é essencial, pois além de ser a porta de entrada para o tratamento da febre Chikungunya (CHIKV), tem o potencial de reduzir a cronificação e as demandas por atendimento especializado. Nesse sentido, o presente trabalho objetivou compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos médicos de família e comunidade do município de Teixeira de Freitas no manejo terapêutico dos pacientes acometidos pela CHIKV. A seguinte pesquisa, de viés qualitativo, utilizou os dados de portais públicos de saúde e depoimentos de 20% dos médicos de família e comunidade que atuaram nas unidades básicas de saúde com altos índices de notificação de febre Chikungunya nos anos de 2018 e 2019. As entrevistas foram feitas no sentido de analisar as dificuldades e desafios técnicos encontrados por esses profissionais para o tratamento com qualidade dos pacientes acometidos por essa arbovirose. O trabalho evidenciou a situação precária na infraestrutura urbana e de saneamento básico no município de Teixeira de Freitas, ausência de longitudinalidade dos médicos nas unidades básicas de saúde, bem como a limitação técnica na condução dos pacientes vitimados pela febre Chikungunya nas diferentes fases de doença. Como proposta de intervenção aos resultados dessa pesquisa foi elaborado um material instrucional voltado aos médicos de família e comunidade tendo em vista contribuir com eficiência e eficácia no tratamento de pacientes acometido pela CHIKV.

Palavras-Chave: Febre Chikungunya, atenção primária a saúde, médicos de família e comunidade

ABSTRACT

GONÇALVES, Mellina Da Silva. **Chikungunya Fever: Therapeutic Challenge in Primary Health Care in the Municipality of Teixeira De Freitas.** 2021. Dissertation (Master's Degree) – Faculdade Vale do Cricaré, 2021.

Chikungunya fever is a common arbovirus in tropical countries and from 2014 onwards it became endemic in Brazil. Between 2018 and 2019, Bahia was one of the Brazilian states with the highest incidence of chikungunya fever, with the municipality of Teixeira de Freitas among the ten most affected cities in that period. This arbovirus usually evolves with disabling musculoskeletal chronicity, significantly reducing the quality of life of those infected. Furthermore, in these cases, the quality of care in primary health care is essential, as in addition to being the gateway to the treatment of CHIKV, it has the potential to reduce the chronicity and demands for specialized care. In this sense, this study aimed to understand the difficulties and challenges faced by family and community doctors in the city of Teixeira de Freitas in the therapeutic management of patients affected by CHIKV. The following research, with a qualitative bias, used data from public health portals and the testimonies of 20% of family and community doctors who worked in basic health units with high rates of notification of Chikungunya fever in 2018 and 2019. interviews were carried out in order to analyze the difficulties and technical challenges encountered by these professionals for the quality treatment of patients affected by this arbovirus. The work evidenced the precarious situation in the urban infrastructure and basic sanitation in the municipality of Teixeira de Freitas, the lack of longitudinality of doctors in the basic health units, as well as the technical limitation in the management of patients victimized by Chikungunya fever in the different stages of the disease. As an intervention proposal to the results of this research, an instructional material aimed at family and community physicians was developed, with a view to contributing efficiently and effectively to the treatment of patients affected by CHIKV.

Keywords: Chikungunya fever, primary health care, family and community doctors

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CHIKV - Febre Chikungunya
EDA – Endoscopia Digestiva Alta
eSF – equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
HMTF – Hospital Municipal de Teixeira de Freitas
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MFC – Médico de Família e Comunidade
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PCR - Proteína C Reativa
PIB - Produto Interno Bruto
PPP – Pré-parto, Parto e Pós-parto
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB - Secretaria do Estado da Bahia
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UMMI – Unidade Municipal Materno Infantil
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
JUSTIFICATIVA	13
PROBLEMA DE PESQUISA	14
OBJETIVOS	14
OBJETIVO GERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SUS.....	16
2.2 A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA DE FREITAS	20
2.3 FEBRE CHIKUNGUNYA.....	22
3. METODOLOGIA	26
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO	26
3.2 TIPO DE ESTUDO	26
3.3 LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
3.4 COLETA DE DADOS	28
3.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DA COLETA	29
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	32
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS	35
4.1. CONTEXTO E PROPÓSITO DO CAPÍTULO.....	35
4.2 DAS VISITAS AOS POSTOS DE SAÚDE COM INCIDÊNCIA SIGNIFICATIVA DE CASOS.....	38
4.2.1. PSF 1	38
4.2.2. PSF 2	41
4.2.3. PSF 3	44
4.2.4. PSF 4	47
4.2.5. PSF 5	50
4.2.7. PSF 7	55
4.2.8. PSF 8	57
4.3 O PRODUTO FINAL.....	59
4.3.1 Apresentação	59
4.3.2 Justificativa	60

4.3.3 Objetivo Geral	61
4.3.4 Objetivos Específicos	61
4.3.5 Promoção Do Produto	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	71
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturado com Médicos da Atenção Primária à Saúde de Teixeira de Freitas.	74
APÊNDICE C – Produto da dissertação: material instrucional.	76
ANEXOS	89
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	89

1. INTRODUÇÃO

A febre chikungunya (CHIKV) é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya da família *togaviridae*. Transmitida no Brasil por dois vetores, *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, com transmissão similar ao vírus da dengue e da zika (BRASIL, 2017).

O nome da doença, chikungunya, significa “aquele que se curva ou curvar-se a frente”, palavra do dialeto makonde falado por um grupo no sudeste da Tanzânia, devido à postura das pessoas acometidas pela doença no início dos anos 50, durante o surto nesse país, quando o vírus foi isolado pela primeira vez (LIMA-CAMARA, 2016).

O período de incubação pode variar de 1 a 12 dias. A doença costuma evoluir em três fases diferentes: fase aguda, subaguda e crônica. A fase aguda caracteriza-se por cursar com febre, poliartralgia e mialgia, com duração de 7 a 14 dias, e faz diagnóstico diferencial com outras doenças febris como dengue e zika. A fase subaguda se inicia no décimo quinto dia e dura até 3 meses, aproximadamente 50% dos pacientes acometidos na fase aguda cursam com persistência dos sintomas álgicos, acometendo as articulações de forma simétrica associado a rigidez matinal, bursite, tenossinovites e astenia. A fase crônica da doença acompanha cerca 30% dos pacientes após 90 dias dos sintomas iniciais e manifesta-se com queixas articulares contínuas ou recidivantes, com oligo ou poliartralgia/artrite, geralmente simétricas, principalmente nos punhos, mãos, joelhos, tornozelos e pés (DUARTE et al., 2019).

Com relação a fatores clínicos que corroboram para cronicidade da doença, estão mais propensos os pacientes do sexo feminino, pessoas com mais de 40 anos de idade, portadores de comorbidades como o diabetes melitus, pacientes com doença osteoarticular prévia e aqueles com quadros mais exuberantes na fase aguda da doença, com artrite de grande monta e rigidez matinal (MARQUES et al., 2017).

Alterações laboratoriais também são preditores de cronicidade, valores de PCR (proteína C reativa) e sorologia para chikungunya IGG elevados, além da persistência da positividade da IGM após a fase aguda da doença, estão associados a quadros mais graves, com artrite erosiva e cronicidade do quadro articular (MARQUES et al., 2017).

O vírus chikungunya foi isolado pela primeira vez em 1952 no leste da África (Tanzânia), porém a doença só teve a devida atenção após 2005 quando a epidemia chegou às ilhas do oceano Índico, acometendo 240mil pessoas e causando 203 óbitos (LIMA-CAMARA, 2016).

No Brasil, a primeira notificação de Chikungunya foi em 2010, caso importado de um paciente do sexo masculino com viagem recente a Indonésia. Os primeiros casos autóctones são de 2014, no Oiapoque, Amapá e na Bahia, em Feira de Santana (OLIVEIRA et al., 2016). Em 2015 foram notificados no Brasil 38.322 casos suspeitos e 13.236 confirmados, em 2016 os casos prováveis foram 236.287 e 116.523 com sorologia positiva (MARQUES et al., 2017).

A atenção primária a saúde é a porta de entrada para o atendimento das arboviroses, uma assistência inicial com boa qualidade reduz gastos desnecessários a saúde pública e diminui a morbiletalidade dessas doenças, com diagnóstico e tratamento precoce. Além disso, através da atenção básica, são criadas ações como campanhas de orientação e conscientização a população da importância da prevenção dessas epidemias, em especial, surtos de dengue, zika e febre chikungunya (LIMA et al., 2018).

Tendo em vista os impactos causados pela chikungunya na saúde pública, a atenção básica de qualidade, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem o potencial de amenizar os danos causados pela doença, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir as filas por atendimento especializado. Visto isso, a seguinte pesquisa se lança na investigação da qualidade de tratamento oferecido por algumas UBS, observando os métodos e as dificuldades que os profissionais de saúde¹ têm no diagnóstico clínico e tratamento primário dos pacientes acometidos por essa arbovirose.

O território identidade do extremo sul baiano, apresentou nos últimos três anos alta incidência de casos de febre chikungunya, dengue e zika, sendo responsável em 2018 por 26% dos casos ocorridos na Bahia (2018). Neste mesmo ano, Teixeira de Freitas foi responsável por cerca de 70% das notificações de febre chikungunya na Bahia e até a semana epidemiológica 11 de 2018, apresentou a maior incidência 95,7/100.000 habitantes. Já em 2019 a cidade de Teixeira de Freitas, um dos treze

¹Restrita aqui aos médicos por ser a classe responsável pelo procedimento de tratamento e triagem dos pacientes na atenção básica.

municípios que compõem o supracitado território identidade, ficou colocado entre as dez cidades baianas com maior incidência de febre Chikungunya². Nesse sentido a cidade de Teixeira de Freitas se tornou um espaço importante para se compreender como a qualidade de atendimento na atenção primária impacta o tratamento de pacientes acometidos por essa arbovirose.

Segundo o IBGE Cidades (2018) o município de Teixeira de Freitas possui uma população estimada de 162.438 habitantes, com IDH de 0,685, PIB per capita de 14,298,26 e índice Gini³ de 0,88250 segundo o Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável e Solidário do Extremo Sul da Bahia (BAHIA, 2016). Esses dados apontam para o alto índice de desigualdade socioeconômicos do município e, por consequência, uma elevada dependência da saúde pública e dos atendimentos no setor de atenção primária. Nesse cenário despontam as 42 UBS do município, sendo 5 rurais, responsáveis pelos primeiros atendimentos, diagnóstico, tratamento ou triagem de pacientes para atendimento especializado.

JUSTIFICATIVA

As arboviroses historicamente são problema de saúde no Brasil e nos últimos seis anos os casos autóctones da febre chikungunya se somaram a esse grupo de patologias. A epidemia de febre chikungunya avançou por todas as regiões brasileiras e se observado o caso baiano é possível notar uma média crescente de notificações nos últimos anos. De acordo com o boletim epidemiológico de arboviroses da Bahia, no ano 2018, cerca de 70% dos casos incidiram no território identidade do extremo sul baiano e, destacadamente, o município com maior número de infectados foi Teixeira de Freitas, com 1.639 casos/100 mil habitantes (DIVEP-SUVISA, 2018).

A porta de entrada para atendimento de pacientes com febre chikungunya é a atenção básica e o médico de família e comunidade realiza o acompanhamento e triagem desses doentes desde as fases iniciais. O quadro de dor aguda, quando não

² Dados extraídos do Boletim Epidemiológico de Arboviroses, Bahia, 2019. Link: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Janeiro-2019-Boletim-Epidemiol%C3%B3gico-de-Arboviroses.pdf>> Acessado em 04/11/2020.

³O índice de Gine é um método utilizado para medir a distribuição de riqueza entre indivíduos de uma determinada população. O índice varia entre 0 e 1 ponto, sendo que números próximos a 0 representam menor desigualdade social/econômica e os números próximos de 1 representam maior desigualdade social/econômica.

tratado de forma adequada, causa cronificação do sintoma e pode gerar outros agravos, como depressão, insônia e fadiga. Com relação à febre chikungunya a terapia precoce e eficiente visa redução do tempo da evolução clínica dessa patologia (BRASIL, 2017).

De acordo com Marques et al. persistem para a fase subaguda de doença, em média, 50% dos pacientes com febre chikungunya, apresentando sintomas articulares como poliartralgias, artrites, bursites e tenossinovites. Aproximadamente 30% dos pacientes com sintomas na fase aguda irão evoluir para cronicidade, com sintomas osteomusculares contínuos ou recidivantes, podendo perdurar por anos, além daqueles pacientes que evoluirão para doença reumática pós chikungunya, com critérios para artrite reumatoide e espondiloartrites (MARQUES et al., 2017).

O aumento da morbidade causada pelas dores articulares intensas e incapacitantes onera o sistema de saúde e a previdência social, por tratar-se, em grande parte, de população economicamente ativa. Por isso, é vital que a equipe da atenção primária à saúde esteja capacitada para a triagem precoce dos pacientes com maior risco de agravo e cronicidade. Nesses casos, é importante que se selecione aqueles doentes que necessitam de atendimento especializado com o reumatologista e exames complementares para iniciar, prontamente, o tratamento medicamentoso (DEBBO, 2019).

PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família e comunidade para executar o tratamento dos pacientes com chikungunya nas fases subaguda e crônica?

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Compreender as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família e comunidade, de Teixeira de Freitas, no manejo terapêutico dos pacientes com Chikungunya nas fases subaguda e crônica da doença.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Coletar dados sobre a incidência da CHIKV em Teixeira de Freitas nos anos de 2018 e 2019, para identificar as UBS com maiores incidências da doença.
- Entrevistar médicos da atenção primária à saúde de Teixeira De Freitas com vistas identificar a consistência no tratamento de pacientes acometidos por CHIKV.
- Reunir informações convergentes das entrevistas que visem elucidar dificuldades comuns no tratamento de CHIKV na atenção básica.
- Produzir um material instrucional baseado nas carências assistenciais observadas no tratamento de CHIKV nas fases subaguda e crônica da doença.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SUS

Desde a década de 1960, o termo atenção primária a saúde (APS) é utilizado. Logo, surgiu a nomenclatura de “médicos primários”. Desde a década de 1970 a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedica-se a essa temática. No ano de 1977, na trigésima reunião da Assembleia Mundial da Saúde, surgiu a meta para que no ano 2000 toda a população tivesse acesso à saúde de qualidade que gerasse progresso social e econômico. Em 1978, na conferência que tratou especificamente sobre a definição da atenção primária, em Alma Ata na antiga União Soviética, validou o ano 2000 como alvo para que todos os cidadãos obtivessem saúde de qualidade e longevidade produtiva e o encontro passou a ser chamado “Saúde para todos no ano 2000” (GUSSO, 2019).

A APS caracteriza-se por ser a porta de entrada ao atendimento inicial do paciente no sistema de saúde. Através de serviços de prevenção e promoção de saúde oferece atendimento integrado direcionado a problemas, tanto simples, quanto complexos do usuário, nas fases iniciais, quando o problema ainda não tem características definidas e realiza acompanhamento longitudinal, com estabelecimento de vínculo com o usuário e a família (DUCAN, 2013).

A história da saúde pública no Brasil, em grande parte, é a história da filantropia no Brasil. Com exceção da constituição brasileira de 1988, que institui a saúde como uma obrigação do Estado brasileiro, a saúde pública, em séculos passados, foi promovida por iniciativas privadas, instituições filantrópicas religiosas, decretos reais ou governamentais republicanos e associação de comunidades em favor da saúde coletiva.

Como afirma Carvalho “O Estado cuidava também da intervenção em algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras. Só mais tarde começa o atendimento às emergências e às internações gerais”⁴ (2013). As intervenções pontuais na saúde pública se intensificaram no século XX com programas assistenciais de saúde para trabalhadores de determinadas atividades econômicas e regiões. Já em 1963 a 3ª Conferência Nacional de Saúde

⁴CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. São Paulo: Estados Avançados, v. 27, n. 78, 2013.

debateu e apontou a necessidade da criação de um sistema de saúde a nível nacional. A referida conferência ocorreu em meio a ascensão do governo social João Goulart, as disputas da guerra fria e a independência dos países africanos. Todo o contexto implicou em percepções de mitigação das desigualdades a partir do estado de bem-estar social já aplicado nos países europeus pós-segunda guerra mundial (SOUZA, 2014).

Em meio a Ditadura Civil-Militar Brasileira a criação de um sistema de saúde pública universal começou a ser gestado, contudo limitada a centralização política e ao populismo militar que vedavam os dados ao público e tangia a percepção popular sob a batuta das grandes corporações de mídia. A pressão popular de trabalhadores da sociedade civil organizada pressionou os governos do século XX a gradualmente levar o Estado a acolher essas demandas populares como uma obrigação (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Na década de 1980, no declínio da ditadura no Brasil, a criação da constituinte viria a dar base para a formulação da constituição de 1988, que absorveu a pauta da saúde como um dos temas mais caros do debate constitucional. Desse debate, e elaboração legal, surgiu o SUS – Sistema Único de Saúde como obrigação constitucional do Estado. O direito universal da saúde se materializou nos artigos 196 da constituição brasileira, instituindo que

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A partir de então o estado passou a fiscalizar a iniciativa privada e garantir o direito universal à saúde. Mesmo tendo outros países como exemplo de implantação da saúde pública universal, como no caso da Inglaterra, Alemanha, França e Itália após o fim da segunda guerra mundial, as desigualdades sociais no Brasil desafiavam, e ainda desafiam, a capacidade de um sistema de saúde pública prover atendimento que correspondessem às necessidades do público atendido. (RODRIGUES, 2014)

O Brasil possui dimensões geográficas continentais, possui a quinta maior população do planeta e é o segundo país com maior desigualdade social dentre os 193 reconhecidos pela ONU. Nesse quadro, o SUS surge com diversos desafios, entre eles o dever de garantir acesso universal à saúde em meio a uma população extremamente carente que depende desse sistema como o único meio possível de

acesso a tratamentos. Destaca-se também a prática de vacinação em massa que garantiu na segunda metade do século XX a redução da mortalidade infantil e aumentou significativamente a expectativa de vida da população. (CARVALHO, 2013)

Com vista de estender a rede de proteção social no âmbito da saúde, a organização do SUS foi instituída de maneira descentralizada e delegou funções de ação à estados e municípios. Atendendo ao desenho institucional do estado brasileiro, o SUS foi organizado segundo os princípios do federalismo tendo caráter de autogoverno e governo-compartilhado. O financiamento do sistema de saúde também obedece a esse sistema de desenho institucional, onde a maior parte dos investimentos na saúde vêm da federação, e em menor proporção contribuem estados e municípios. Mesmo sendo compartilhado, o processo administrativo do SUS e grande parte da sua esfera decisória é organizada segundo demandas municipais. Nesses níveis o atendimento a população pode ter qualidades diferentes a depender do nível de arrecadação dos municípios e sua capacidade de gestão dos recursos federais. Sobre isso Matta e Pontes entende que

Dessa forma, o processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. A década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado para um cenário em que centenas de gestores - municipais e estaduais - tornam-se atores fundamentais no campo da saúde⁵ (2007, p.144).

A descentralização da saúde implicou em condições adversas pelo lado da fragmentação administrativa, mas pertinente com relação a adaptação as realidades regionais. A centralização administrativa, em grande parte, nas seções municipais o SUS foi capilarizado em todo o país, possibilitando amplo acesso, mas limitado pela capacidade de atendimento a um público tão extenso e carente como o brasileiro. Dos desafios que o SUS enfrenta certamente a pobreza e desigualdade social são os principais pontos que debilitam sua ação.

A obrigatoriedade de garantir à população brasileira acesso amplo à saúde fez do SUS o maior sistema de saúde do mundo, atendendo cerca de 190 milhões de pessoas. O SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas

⁵MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

técnicas e administrativas. Tendo princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, sendo que os princípios organizacionais são: regionalização, hierarquização com participação da população.

Existem vários programas e campanhas desenvolvidas pelo SUS, abrangendo a população brasileira, sendo eles o programa de farmácia popular do Brasil, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Saúde da Família, Brasil Sorridente, Humanização dos SUS, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Melhor em Casa, entre outros. Dentre os principais programas sustentados pelo SUS está a Atenção Primária sendo, que se forma como porta de entrada, onde são feitos programas preventivos, vacinações e encaminhamento para especialidades, quando casos específicos.

Sustenta um amplo e premiado sistema de inclusão social de saúde e certamente foi uma das grandes conquistas da constituição de 1988. O sistema único de saúde permite atendimento médico, tratamento e prevenção a uma ampla camada social de que outra sorte não teria maneiras de obter tratamento. Cerca de 80% da população brasileira depende do SUS, sendo que o aumento da expectativa de vida e a melhoria da qualidade de vida da população correspondem a qualidade da atuação do SUS.

Os problemas que impedem o bom desenvolvimento das atividades do SUS são os mesmos desafios que enfrentam a sociedade de maneira geral. Na grande maioria das vezes o financiamento público é desviado de suas finalidades, impedindo a implementação de muitos programas e promoções de saúde.

Os princípios doutrinários e as organizações não estão sendo seguidos como rege as normas dos SUS. Apresentando problemas entre a universalização e segmentação, levando a fragmentação do sistema e o modelo de gestão, pelo seu subfinanciamento crônico, levando a baixos investimentos e baixas valorizações dos profissionais que prestam serviços, assim como desvalorização dos serviços complementares prestados pela rede privada. Levando a falta de profissionais da rede da saúde pública.

Com a falta de uma gestão eficiente e comprometida com o SUS e o baixo investimento das 3 esferas levamos a outros problemas mais graves, deixando a atenção básica descoberta apresentando superlotação dos hospitais e agravamentos das patologias, com necessidade de maiores internações e complicações, onerando

assim o SUS, e não garantido a principal lei que é a saúde é direito de todos e dever do Estado.

2.2 A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA DE FREITAS

O município de Teixeira de Freitas localiza-se no extremo sul da Bahia à 854km da capital baiana. De acordo com o IBGE possui área territorial de 1.165,622 km², população estimada de 160.487 pessoas, densidade demográfica 118,87 hab/km², escolarização 6 a 14 anos 96,5 %, com índice de desenvolvimento humano municipal de 0,685 e mortalidade infantil 7,98 óbitos por mil nascidos vivos em 2017.

A cidade foi emancipada em 1985, anteriormente pertencia aos municípios de Caravelas e Alcobaça. É a principal cidade entre as que integram sua região, seu núcleo regional de saúde compõe um total de 13 municípios (Alcobaça, Caravelas, Ibirapuã, Itamaraju, Itanhém, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Prado, Teixeira de Freitas e Vereda). Evidencia-se aqui, que a cidade de Teixeira de Freitas é o centro comercial e de saúde dos 13 municípios que compõe a sub-região do extremo sul baiano. Tem-se nesse quadro a desproporcionalidade dos atendimentos na área de saúde entre os municípios da região, ficando Teixeira de Freitas com a saturação dessa absorção de fluxo.

Teixeira de Freitas possui 42 unidades básicas de saúde em funcionamento, dentre essas, 5 são unidades rurais. A cidade conta com centros de atenção psicossocial (CAPS), 3 unidades, dentre elas, CAPS “i” infantil – com atendimento a crianças e adolescentes, com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, CAPS AD - atendimento especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas e o CAPS II - atendimento ao adulto com transtornos mentais graves e persistentes.

A cidade possui dois hospitais municipais, a UMMI – Unidade Municipal Materno Infantil - e o HMTF – Hospital Municipal de Teixeira de Freitas -, anteriormente chamado hospital regional e mais a UPA – Unidade de Pronto atendimento e o SAMU – Serviço de atendimento móvel da urgência.

O HMTF conta com serviços médicos especializados em cirurgia geral/ginecológica e pediátrica, clínica médica, pneumologia, neurocirurgia, nefrologia e hemodiálise, oncologia, ortopedia e traumatologia, cardiologia, hemodinâmica, transplante (captação de órgãos e tecidos), UTI Adulto e anexo hospital de campanha

contra o COVID 19 com 20 leitos de UTI. Na UMMI são realizados atendimentos de urgência e emergência obstétrica e pediátrica, possui 2 salas cirúrgicas, uma sala de parto, um pré-parto com 8 leitos, berçários e UTI neonatal com 10 leitos, além de sala de ultrassonografia, sala de observação no pronto socorro com 2 leitos, cardiocografia e 3 leitos PPP (ambiente em que a parturiente pode viver os três estágios do parto no mesmo local: o pré-parto, o parto e o pós parto, sem necessidade de ir para o centro cirúrgico no momento do parto).

Há três anos foi inaugurada a Policlínica Regional de Saúde do Extremo Sul da Bahia em Teixeira de Freitas, com atendimento e estrutura física de excelência, responsável por assistir os 13 municípios da região. Contando com consultas ambulatoriais com médicos especialistas em urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, reumatologia, pneumologia, cardiologia, ortopedia, neurologia clínica, neuropediatria, hematologista, mastologia, gastroenterologia, proctologia, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, angiologia e cuidados com o pé diabético, atendimento com psicólogo, nutricionista, além de realizar procedimentos como anatomopatológico, biopsias, cateterismo vesical demora, cauterização de pequenas lesões, curativo grau II, debridamento, eletrocoagulação de lesão cutâneas, excisão de lesão de pele, exérese de calázio, exérese de pólipos, exérese de tumor de pele, mapeamento de retina, paracentese abdominal, retirada de pólipos por EDA, tratamento esclerosante lesão do aparelho digestivo, videolaringoscopia, videonasofibroscopia, exames de ressonância magnética (com e sem contraste), tomografia computadorizada (com e sem contraste), Mamografia, ultrassonografia com doppler, ergometria, MAPA, Holter, radiografia (raio-X de 500Am), eletrocardiograma, endoscopia, colonoscopia, eletroencefalograma, nasolaringoscopia, entre outros, ligados às especialidades de oftalmologia. Os atendimentos são todos previamente agendados através das regulações das secretarias de saúde dos municípios consorciados. A policlínica ainda conta com convenio com o Hospital do Amor de Barretos.

Diante de todo cenário relatado dentro do município de Teixeira de Freitas e os impactos na região dos 13 municípios, é visível a importância das inovações trazidas pelo SUS. Em uma população radicalmente desigual e amplamente carente, o SUS representa um mecanismo estatal de justiça social que impacta na expectativa de vida na qualidade de saúde e na dignidade, tão necessária, para sustentação da cidadania.

2.3 FEBRE CHIKUNGUNYA

A febre chikungunya é uma patologia viral, caracterizada por ser uma arbovirose da família *Togaviridae*, um dos seis vírus do gênero *alfavirus* que causam artralgias e artrites. Transmitido pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti* nos ciclos urbanos e *Aedes albopictus* nos ciclos rurais, possui hábitos diurno, se reproduzem em água parada e costumam picar humanos no início da manhã e no final da tarde, com amplificação do vírus nas primeiras semanas pós-inoculação, com alta viremia para infectar outros mosquitos durante a picada (DEBBO, 2019).

A doença foi relatada pela primeira vez nos anos 50, durante uma epidemia na Tanzânia, após isso outros surtos de febre chikungunya foram descritos na África, Índia, sudeste asiático e ilhas do Oceano Índico e do Pacífico, entre 2004 e 2007 casos no Quênia, Ilhas Comoro e Reunião e norte da Itália. No ano de 2010 casos importados foram notificados na França, Estados Unidos, Taiwan e Brasil e em 2013 foi registrado episódios no Caribe e nas Américas. Os primeiros casos autóctones no Brasil foram registrados em 2014, no Oiapoque-Ap e em Feira de Santana-Ba e desde então foram registrados casos em todos os estados do país (SANTOS, 2018) (BRASIL, 2017).

Após a picadura do mosquito na pele íntegra do hospedeiro, ocorre a inoculação da saliva contaminada pelo vírus, com aumento da replicação viral e disseminação para articulações e tecido muscular. Com resposta imune inata e celular, aumento da produção de citocinas pro-inflamatórias, como fatores de crescimento, interleucinas, interferon-alfa e quimiocinas (MARQUES et al., 2017).

O período de incubação no ser humano dura de um a doze dias e a viremia inicia-se dois dias antes dos primeiros sintomas e permanece por dez dias. Mais de 80% dos pacientes infectados pelo vírus cursam com sintomas, com consequente aumento na busca por serviços de saúde. A doença divide-se em três fases, a primeira ou fase aguda de doença, que se inicia após o período de incubação durando 14 dias, em seguida a fase subaguda com duração até 3 meses e então a fase crônica (BRASIL, 2017; MARQUES et al., 2017).

Na fase aguda os pacientes apresentam febre alta e súbita, dores articulares que cursam de forma simétrica e poliarticular, principalmente nas mãos, punhos, tornozelos e pés, gerando um quadro incapacitante. Outros sintomas presentes nessa fase, mas menos frequentes, são cefaleia, diarreia, mialgia, astenia, dor retro orbitária,

exantema maculopapular, linfadenopatia, cervicalgia e lombalgia (MARQUES et al., 2017).

Após o período da fase aguda da doença, primeiros 14 dias, inicia-se a fase subaguda que caracteriza-se por desaparecimento da febre, persistência do quadro articular nas articulações já acometidas, com piora da intensidade da dor e maior edema articular, além de tenossinovite, principalmente nas mãos e punhos. Nessa fase, alguns pacientes podem desenvolver insuficiência vascular periférica, astenia e humor deprimido (BRASIL, 2017).

Pacientes com persistência dos sintomas por mais de 3 meses estão na fase crônica da doença. O comprometimento articular nessa fase pode manifestar-se com sintomas persistentes (20-40%) ou recidivantes (60-80%) e em até 72% dos casos as recidivas podem ocorrer, mesmo nos pacientes que tiveram sintomas brandos iniciais. Nessa fase o quadro de artralgia é o mais prevalente, principalmente nos joelhos, tornozelos, articulações distais dos membros superiores e inferiores, além do acometimento axial e de articulações proximais, ombros, cotovelos e quadris. Em alguns casos ocorrem entesopatias, tenossinovites e até quadro de poliartrite com erosões ósseas (DEBBO, 2019).

Alguns fatores se associam a pior prognóstico, são eles: paciente com mais de 40 anos, do sexo feminino, portadores de comorbidades (diabetes melitus), portadores de doença osteoarticular previamente (osteoartrites) e sintomas articulares iniciais intensos na fase aguda (com edema articular, tenossinovite, rigidez matinal e poliartrite). As alterações laboratoriais ligadas à complicação e cronicidade da doença são a presença de PCR e sorologia IGG elevadas e a persistência da positividade da sorologia para chikungunya IGM além da fase aguda de doença, com consequente risco aumentado de doença erosiva e crônica (DEBBO, 2019).

Existem relatos de desenvolvimento de doenças reumáticas crônicas pós-infecção pelo vírus chikungunya, com pacientes com critérios diagnósticos para artrite reumatoide e espondiloartrites na fase crônica da chikungunya. Para diferenciar os pacientes com artrite reumatoide ou espondiloartrites daqueles com quadro pós chikungunya, foram aventados alguns critérios clínicos para artrite inflamatória indiferenciada, ou seja, aqueles pacientes com quadro poliarticular inflamatório após três meses da fase aguda de chikungunya, com sinovite, tenossinovite e rigidez matinal, sendo este sinal de menor peso pela sua alta prevalência pós chikungunya (MARQUES et al., 2017).

O diagnóstico de febre chikungunya é feito por critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais.

De acordo com o Ministério da Saúde,

Caso suspeito: Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e 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 com caso confirmado.

Caso confirmado: É todo caso suspeito com positividade para qualquer um dos seguintes exames laboratoriais: isolamento viral, PCR, presença de IgM (coletado durante a fase aguda ou de convalescença); ou aumento de quatro vezes o título de anticorpos demonstrando a soroconversão entre amostras nas fases aguda 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 (P.48, 2017).

A IGM anti chikungunya pode positivar a partir do quinto dia de sintomas, enquanto a IGG anti chikungunya começa a positivar entre o sétimo e o décimo dia da primeira manifestação. A sorologia deve ser solicitada na fase aguda somente nos casos atípicos e com complicações. A avaliação laboratorial com exames complementares dependerá da fase de doença em que o usuário se apresente. Pacientes na fase aguda podem se beneficiar dos seguintes exames complementares: hemograma e reagentes de fase aguda como a Proteína C Reativa (PCR), poderão auxiliar no prognóstico e no diagnóstico diferencial. Na fase subaguda e crônica a sorologia poderá confirmar o diagnóstico dos quadros de doença articular inflamatória crônica. (DEBBO, 2019; DUARTE et al., 2019)

O diagnóstico diferencial da febre chikungunya na fase aguda da doença é feito com outras doenças febris, a dengue é a principal delas. O médico deve estar atento para as doenças potencialmente fatais e que necessitem tratamento com drogas específicas. Outras doenças que são diagnóstico diferencial da chikungunya são: zika, malária, leptospirose, febre reumática, artrite séptica e Mayaro. (BRASIL, 2017)

Nas fases subaguda e crônica a chikungunya faz diagnóstico diferencial com as doenças inflamatórias reumáticas crônicas, por isso a importância da confirmação diagnóstica do quadro infeccioso (DEBBO, 2019).

O tratamento da febre chikungunya é dependente da fase da doença em que o paciente se encontra. Na fase aguda, drogas analgésicas simples (paracetamol e dipirona) e opioides devem ser utilizadas para febre e controle da dor. Nos quadros com sintomas neuropáticos, o uso de antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes são indicados. Na fase subaguda, além dos analgésicos simples e opioides, os anti-

inflamatórios e corticoides são utilizados, principalmente nos quadros articulares inflamatórios, a prednisona ou prednisolona até 20mg-dia com desmame lento e gradual a depender da resposta do paciente, podendo ser associado ao uso de hidroxicloroquina 400mg-dia. Na fase crônica da doença, nos pacientes com sintomas musculoesqueléticos e articulares persistentes, ou naqueles com dificuldade para o desmame do corticoide, devem ser tratados com metotrexato (10mg-25mg-semanal) e/ou sulfassalazina (1-2g-dia). Nos pacientes com doença articular inflamatória crônica pós CHIKV refratários as drogas sintéticas metotrexato e sulfassalazina, é indicado terapia com imunobiológico Anti-fator de necrose tumoral (ANTI-TNF). O tratamento não farmacológico, com fisioterapia, é indicado em todas as fases da doença (DUARTE et al., 2019).

As medicações para o tratamento da CHIKV estão contidas no RENAME⁶ 2020, porém nem todos os fármacos estão disponíveis na atenção básica, algumas drogas estão diretamente vinculadas à atenção especializada. Dentre as terapias medicamentosas para a fase aguda e subaguda da CHIKV, dipirona, paracetamol, ibuprofeno, prednisona (os dois últimos proscritos durante a fase aguda) e antidepressivo tricíclico, como a amitriptilina, são fármacos disponíveis na rede básica do SUS. Esses medicamentos supracitados são ferramentas de vital importância na terapêutica dos pacientes vítimas de CHIKV e estão amplamente disponíveis como opção terapêutica a ser prescrita pelo médico de família e comunidade.

Os quadros clínicos que não tiveram sucesso na terapêutica da atenção primária à saúde devem ser encaminhados à atenção especializada. Nesses casos, as drogas ofertadas pelo SUS, contidas no RENAME, que são indicadas para o tratamento da CHIKV nas suas diferentes fases. São elas: codeína, gabapentina, hidroxicloroquina, metotrexato, sulfassalazina e imunobiológicos antiTNFs. Baseando-se nas diferentes fases e nas possibilidades de tratamento da CHIKV, ainda na atenção primária, a presente pesquisa buscou compreender como os médicos da atenção básica de alguns postos de Teixeira de Freitas – BA procedem no tratamento inicial da patologia. Para tal a metodologia de pesquisa e investigação se desdobrou no recolhimento de dados municipais e regionais entre os anos de 2017 a 2020 e nas entrevistas feitas com os médicos de oito UBS dos bairros com maior incidência de CHIKV.

⁶ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

3. METODOLOGIA

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico voltou-se à identificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com notificações de febre Chikungunya em Teixeira de Freitas, entre os anos de 2018 e 2019. Para tal, foram coletados dados epidemiológicos de domínio público, através da Secretaria do Estado da Bahia (SESAB) e do portal de saúde da Bahia⁷. A partir desses referidos dados foram selecionadas as UBS com índices significativos de notificação de febre Chikungunya (CHIKV) e os respectivos médicos de família e comunidade (MFC) que atuaram ou atuam nessas UBS. Para isso, buscamos no site do CNES⁸ os referidos MFC, que foram posteriormente contactados.

3.2 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo buscou entender a percepção dos MFC atuantes nas UBS selecionadas e, por isso, a metodologia que mais se adequou às necessidades da pesquisa foi de natureza qualitativa, descritiva e exploratória (MINAYO, 2002).

Todavia, o viés quantitativo dos dados não se desvincula da metodologia qualitativa desse trabalho. Afinal, como aborda Deslandes (1994) os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, do contrário, se completam pelas formas dinâmicas de suas interações. Dessa forma, a busca de dados quantitativos em números absolutos das notificações da referida arbovirose, nos anos de 2018 e 2019 no município de Teixeira de Freitas, apontou para as UBS e os MFC a serem entrevistados por amostragem.

O processo de pesquisa por amostragem se fez necessário pela impossibilidade da pesquisa ser desenvolvida em todas as unidades de saúde. Dessa forma, foram selecionadas 20% das UBS com índices de incidência de casos de CHIKV nos anos de 2018 e 2019, totalizando oito unidades. Por estarmos em período

⁷<http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/chikun.def>

⁸<http://cnes.datasus.gov.br/>

de pandemia pela COVID-19, prezando pela segurança de todos, esse método foi o mais adequado.

3.3 LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O método da pesquisa em seus termos de escolhas dos participantes se fundamentou nas orientações em pesquisas clínicas de característica descritiva e amostragem por conveniência. De maneira inicial o método tem caráter descritivo, pois “esses estudos exploram a topografia e o terreno, por exemplo, as distribuições das características de saúde e das doenças em uma população” (HULLEY et all. 2015, p. 04). Ou seja, se tornou importante para essa pesquisa a caracterização dos bairros em suas estruturas físicas, topografia e condições socioeconômicas como contexto que enquadra os depoimentos colhidos. Escolhido o público alvo da pesquisa, portanto os MFC de Teixeira de Freitas, a pesquisa focou nos profissionais que atenderam em UBS com índices significativos de notificação de febre chikungunya. As seleções de UBS com índices relevantes de notificações apontam para os profissionais que mais tiveram que lidar com pacientes acometidos pela patologia. Nesse sentido, a qualidade técnica profissional pesou sobre a gestão dos tratamentos e encaminhamentos desses pacientes. Da amostragem pretendida, que foram os médicos das UBS com níveis significativos de notificação, apenas oito médicos aceitaram participar da pesquisa, o que corresponde 20% do total de médicos que atendem nas UBS de Teixeira de Freitas. Esse número nos leva a amostragem por conveniência, ou seja, o recorte de profissionais que aceitaram participar das entrevistas. No entanto, o seguimento da pesquisa utilizou entrevistas para identificar déficit técnico no atendimento aos acometidos pela arbovirose.

Verificado os dados de incidência, pesquisamos as equipes de saúde da família, das unidades pré-selecionadas, ou seja, as oito unidades com significativa incidência de casos de CHIKV⁹. Através do site do CNES¹⁰, listamos os respectivos médicos de família que constavam como atuantes em cada uma das UBS analisadas, no período de abordagem da pesquisa, 2020 e os que atuaram nos anos correspondentes ao da pesquisa, 2018 e 2019.

⁹Foram investigadas as oito UBS com o significativo número de ocorrências de infecção pelo vírus chikungunya do ano de 2018 e do ano de 2019.

¹⁰ Cadastro Nacional de estabelecimento de saúde

3.4 COLETA DE DADOS

Os primeiros contatos com os médicos que estavam em atividade nas UBS selecionadas (ano de 2018), foram feitos por telefone. Dos oito médicos contatados inicialmente, apenas quatro aceitaram fornecer entrevistas. Exposto o motivo do contato, as entrevistas foram marcadas para que ocorressem nas UBS onde esses médicos atuavam e que eram as unidades foco da investigação. Os espaços de trabalho foram escolhidos como os lugares das entrevistas porque tiveram o objetivo de enquadrar a narrativa, afinal os locais carregam sentimentos, portanto tornam *locais de memória*¹¹ para os depoentes. O espaço compõe o quadro mnemônico, por isso, junto ao processo narrativo do depoente o tom de voz, as palavras escolhidas marcam tanto o discurso como a penetração do ambiente. Desse modo, o bairro, as ruas, a UBS caracteriza o quadro narrativo que dá vida ao discurso do pesquisado.

Não foi possível estabelecer contato com os demais médicos por motivo de hospitalização, acometimento pela COVID-19, ou por não aceitarem participar das entrevistas.

Dentre os médicos contatados referente as UBS pré-selecionadas de 2019, apenas dois aceitaram a proposta de fornecer entrevista. Totalizando uma pré-seleção de seis médicos.

A pesquisa no site do CNES expôs uma situação peculiar na atenção primária à saúde no município de Teixeira de Freitas. A situação de que os MFC¹² não costumam permanecer por períodos longos nas mesmas UBS. Verificamos que alguns médicos foram trocados de unidade até 3 vezes em um mesmo ano. Diante disso, resolvemos pesquisar no site do CNES quais eram os médicos que atuavam em duas das UBS com maior incidência de CHIKV no ano de 2018 e 2019. Observamos que dois médicos que atuavam nessas UBS, com alto índice de CHIKV nos anos 2018 e 2019, estavam na rede, porém atuando em outro PSF. Fizemos o convite para a pesquisa e felizmente, aceitaram conceder a entrevista. Com isso, foram feitas entrevistas com os oito¹³ MFC que atuaram nas UBS com índices relevantes de infecção por CHIKV entre os anos pesquisados.

¹¹ Em referência à obra de Pierre Nora, *Les Lieux de Mémoire*.

¹² Médicos de Família e Comunidade.

¹³ Os oito médicos totalizam 20% dos profissionais de saúde que atendem nas UBS de Teixeira de Freitas.

As entrevistas ocorreram nos respectivos locais de trabalho (nas UBS). A escolha do local das entrevistas foi estratégica, pois permitiu que as memórias, os sentimentos e as impressões do local de trabalho formassem um enquadramento às falas dos entrevistados. Para a entrevista foi utilizado um gravador eletrônico, posto sobre um local visível, que permitiu a captação do áudio com qualidade. Os locais de trabalho também possibilitaram certa privacidade e intimidade, necessárias para enriquecer a articulação narrativa. Os áudios gravados são documentos importantes que compuseram, junto com os demais documentos e dados recolhidos, o quadro de informações que permitiram compreender a aplicação dos protocolos de tratamento e encaminhamento dos pacientes acometidos por CHIKV. As entrevistas indicaram, nesse caso, os elementos que não podiam ser notados de outra forma, tornando os depoimentos fontes documentais preciosas para compreender a qualidade do atendimento.

3.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DA COLETA

A priori foi realizada a coleta de dados quantitativos no site da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) que apontou a incidência de febre Chikungunya nos anos de 2018 e 2019 no município de Teixeira de Freitas. Os dados pesquisados foram separados por UBS notificadora.

Nesse sentido, o método qualitativo tornou-se pertinente, pois permitiu que fossem investigados os procedimentos de triagem, os critérios clínicos utilizados na identificação e tratamento dessa patologia nas diferentes fases. Ou seja, através do método qualitativo foi possível analisar as particularidades dos atendimentos e verificar os critérios diagnósticos utilizados para a confirmação da Chikungunya. Buscamos também saber das condições estruturais e materiais das UBS e as condições sanitárias do bairro atendido. Assim, focamos na qualidade do atendimento desses médicos de família. Esse quadro correspondeu, portanto, a “[...] um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO, 2002, p. 21), tão só é possível ser notado através das entrevistas feitas com os profissionais de saúde que atuam em UBS.

A pesquisa de campo é o momento determinante para a produção do conhecimento, pois permite a comparação entre os dados e a realidade que se apresenta (MINAYO, 2002, p. 52). Para além disso, o processo exploratório impele o

pesquisador às indagações dos fatos, à análise do contexto e abre a possibilidade de novos caminhos para a pesquisa e a escrita. No caso dessa pesquisa que resultou no presente trabalho a parte preparatória para ida à campo correspondeu a escolha do método utilizado para a análise e transcrição das entrevistas, a elaboração do roteiro semiestruturado de entrevistas e a seleção de quais fontes e materiais seriam acessados nesse estágio da investigação.

As entrevistas, como método de pesquisa, têm suas variáveis vincadas nas parcialidades das indagações do pesquisador em contato com a intencionalidade da resposta do depoente. O campo da entrevista e do diálogo é um espaço de forças que se colocam, tendo o entrevistado domínio da ordem narrativa e do conteúdo informado. Contudo, a pauta sobre a qual se desenvolve a pesquisa é posta pelo entrevistador que dá o compasso e os sentidos das indagações, podendo refazer e elaborar perguntas à medida que novas informações surgem. No caso das entrevistas com os médicos de saúde da família e comunidade, o roteiro posto foi semiestruturado e com temas abertos permitindo a liberdade nas falas. Sobre esse método de entrevistas Rosália Duarte assevera que

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados. (2004, p. 215).

O roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B) abordou o tratamento, o conhecimento sobre a patologia, os protocolos de triagem e as histórias de ocorrências. Os documentos de áudio foram interpretados dentro de seu enquadramento contextual ressaltando as ênfases das falas, recorrências de palavras e tons de abordagem de temas.

O cuidado com o processo de interpretação das entrevistas é essencial, pois na ânsia de descobrir o que se procura, a subjetividade do pesquisador poderia sobrepor a intencionalidade da fala do entrevistado. Ou como assevera Romanelli

A subjetividade, elemento constitutivo da alteridade presente na relação entre sujeitos, não pode ser expulsa, nem evitada, mas deve ser admitida e explicitada e, assim, controlada pelos recursos teóricos e metodológicos do

pesquisador, vale dizer, da experiência que ele, lentamente, vai adquirindo no trabalho de campo". (1998, p. 128)

O roteiro de entrevistas foi dividido em duas partes: a primeira corresponde a experiência profissional do médico em saúde da família e atenção primária a saúde, a estrutura para o atendimento à comunidade no PSF analisado. E a segunda é voltada à qualidade técnica do médico de família para atender, identificar e tratar, ou referenciar, pacientes acometidos pela febre chikungunya. Na primeira parte da entrevista as perguntas foram voltadas ao tempo que o profissional trabalha na APS e há quanto tempo atende no PSF onde está lotado. A intenção dessa fase da investigação tende a revelar a proximidade do médico com a comunidade e a profundidade do conhecimento desse sobre o contexto que implica nos atendimentos médicos em sua Unidade Básica de Saúde. A relação entre a experiência do médico de família e a longitudinalidade do atendimento deste em uma mesma comunidade é fulcral para montar estratégias para remediar adoecimentos e traçar estratégias de educação em saúde para a comunidade. Também a temporalidade do médico de família em uma mesma comunidade permite maior intimidade entre o profissional e os pacientes abrindo espaço para a compreensão do funcionamento social da comunidade e, portanto, de seus costumes e formas de organização. Ainda na primeira parte do roteiro de entrevistas foram inseridas indagações sobre as dificuldades técnicas e estruturais encontradas para os atendimentos no PSF. Essa indagação aponta tanto para as dificuldades materiais e farmacológicas para o atendimento da comunidade quanto o grau de qualidade técnica do profissional em dispor da estrutura e elementos disponíveis para o diagnóstico, tratamento ou encaminhamento de pacientes acometidos por CHIKV.

A segunda parte do roteiro de entrevistas versa sobre o conhecimento técnico do profissional de saúde para diagnosticar, tratar, quando possível, ou referenciar para o especialista em reumatologia. Nesse ponto das entrevistas foi perguntado sobre a taxa de acometimento da CHIKV na comunidade atendida. A primeira indagação teve a intenção de cruzar os dados oficiais com a percepção do profissional nos atendimentos aos pacientes acometidos por esse vírus. A contradição nesses termos poderia indicar: pouco tempo de trabalho na comunidade, baixo conhecimento técnico para diagnosticar e tratar pacientes que cronicaram por essa arbovirose ou a mudanças administrativa na estrutura dos PSF que atende determinada comunidade. Segundo essa primeira indagação as perguntas que se seguiram foram sobre os

motivos da alta taxa de infecção, os critérios utilizados para diagnosticar e distinguir pacientes acometidos por CHIKV dos pacientes enfermos por outras arboviroses, quais critérios utilizados para a triagem de pacientes para especialistas, se a UBS tem medicamentos para o tratamento dessa arbovirose e qual o procedimento utilizado para tratar essa patologia. Esses questionamentos implicam em uma avaliação da qualidade do atendimento e conhecimento técnico para o diagnóstico e tratamento de pacientes acometidos por esse vírus. É nesse espaço que o presente trabalho de pesquisa propõe a atuação, ou seja, a produção de um manual instrucional para auxiliar médicos da família no diagnóstico e tratamento da CHIKV.

Contudo, assumindo a posição crítica necessária e tendo o cuidado interpretativo devido, as entrevistas foram comparadas e levantados os principais tópicos convergentes entre os depoimentos. A partir disso, foi possível formar um quadro que sintetizou as deficiências técnicas encontradas em campo. Esse processo permitiu compreender as principais carências/dificuldades do atendimento médico. Diante disso, das necessidades e carências percebidas nas pesquisas de campo, surgiu a possibilidade de elaboração de um material instrucional. O material instrucional foi pensado como um produto adequado ao desfecho dessa pesquisa, pois tem o potencial de instruir, facilitar o diagnóstico de Febre Chikungunya, orientar o tratamento e triagem dos pacientes. O supracitado material tem o objetivo de contribuir com a orientação técnica para a melhoria do atendimento da atenção básica.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados secundários e a revisão sistemática foram as ferramentas para iniciar a pesquisa com os dados existentes, pois de acordo com Hulley

“Essa abordagem tem a vantagem de reduzir substancialmente o tempo e os custos da pesquisa [...] algumas fontes de dados para a análise secundária são bases de dados públicos, bancos de dados extensos de base comunitária são úteis para estudar a efetividade (efeitos de intervenção no mundo real em comunidades variadas [...]) As características e os achados de estudos individuais devem ser apresentados claramente em tabelas e figuras, de modo que o leitor possa formar opiniões que não dependa unicamente das estatísticas-sumário” (2015, p.218, 219)

Dessa forma, analisamos os dados quantitativos da incidência de CHIKV em Tx. De Freitas nos anos de 2018 e 2019. Avaliamos os números absolutos das notificações de CHIKV no município de Teixeira de Freitas em separado o ano de 2018 e 2019, incluindo apenas notificações realizadas pelos PSF do município, excluindo-se as demais unidades de saúde como UPA, hospitais e laboratórios. Ordenando de forma a evidenciar as UBS com os maiores índices de incidência de CHIKV nos anos estudados e comparando os números absolutos entre os anos analisados.

A análise de dados foi realizada, considerando a seguinte trajetória metodológica: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. (BARDIN, 2016)

A etapa de organização dos dados tem o objetivo estabelecer uma identificação do material empírico coletado no campo de estudo. Para tanto, todas as entrevistas são transcritas e salientadas características, temas, que demonstram fragilidade no atendimento aos usuários vítimas de febre Chikungunya. Isso significa dizer que o levantamento temático, presente nas falas dos entrevistados, formaram pontos nodais sobre os quais buscamos compreender as deficiências técnicas no tratamento dos acometidos pela supracitada arbovirose. Nesse sentido, a classificação temática presente, abstraídas das falas, foi feita em um segundo momento, quando foi possível o tratamento dos dados empíricos. Para tal, foi organizado um quadro com os temas prevalentes presentes nas falas dos entrevistados. Para tal,

“[...] o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis.” (BARDIN, 2016, p.133)

Isso significa que em nossa pesquisa os temas abstraídos das falas, por serem comuns, em virtude do roteiro de entrevistas abertas semiestruturadas, permitiram compreender como os MFC entrevistados notam o contexto de suas respectivas unidades de saúde, quais critérios utilizam para identificar a CHIKV e como procedem o tratamento de pacientes acometidos por essa arbovirose. Então, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõe a comunicação e cuja a presença, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. (BARDIN, 2016, p.133). Sem a pretensão de estabelecer uma análise etimológica ou linguística dos temas abordados pelos entrevistados, a abordagem temática é notada

segundo sua congruência ou incongruência com os conhecimentos técnicos científicos utilizados como referência na identificação e tratamento dos pacientes acometidos pela CHIKV.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a mesma foi submetida ao comitê de ética da FVC e aprovada conforme parecer consubstanciado do comitê de ética da FVC em 09 de dezembro de 2020, CAAE 40645120.7.0000.8207.

Os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (apêndice A) e foram informados de todos os passos da pesquisa.

Os participantes estiveram, assim, cientes de todo o processo da pesquisa, assim como assegurados de que suas imagens e identificação pessoal ficam resguardadas no resultado da pesquisa, em atendimento a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pela letra M e com o número que correspondeu à ordem em que estes foram entrevistados M.1 até M.8.

Assim como os participantes foram identificados por letras como código para garantir o anonimato dos respectivos médicos, também o fizemos com as UBS selecionadas. Identificamos as UBS desde PSF 1, sucessivamente, até PSF 8.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

4.1. CONTEXTO E PROPÓSITO DO CAPÍTULO

Constituir um sistema público de saúde que atenda amplamente e com qualidade a população de um dos países mais desiguais do mundo é um desafio colossal e revolucionário. É notório que a atenção básica exerce papel fundamental para a saúde pública, informando, orientando, fazendo os primeiros atendimentos e impactando na qualidade de vida da população que atende. As condições climatológicas sociais brasileiras favorecem as epidemias de arboviroses, acometendo, sobretudo, a população socialmente mais vulnerável. O atendimento primário à saúde tem função transformadora na qualidade de vida da população dos bairros com maior vulnerabilidade social, portanto a efetividade do diagnóstico e tratamento de patologias como a CHIKV implicam na melhoria da qualidade de vida dos acometidos por essa arbovirose.

Nesse sentido, o capítulo que segue, busca compreender os desafios enfrentados pelos médicos de família e comunidade de Teixeira de Freitas para realizarem a terapêutica e seguimento dos pacientes vítimas da febre Chikungunya. Com intuito de construirmos uma ferramenta, material instrucional, que auxiliasse esses clínicos para o aprimoramento diagnóstico e assistência efetiva aos usuários, buscamos, através de entrevistas, abordar e conhecer os diversos obstáculos no atendimento na atenção primária a saúde, principalmente, aos portadores de doença articular crônica secundária a febre Chikungunya. A escuta dos relatos dos médicos de família e comunidade, as experiências vivenciadas em cada uma das oito unidades básicas de saúde e as trajetórias desses profissionais na atenção primária foram os pilares do desenvolvimento dessa pesquisa.

Para essa discussão, introduzimos os resultados quantitativos levantados no site da SESAB, com números absolutos de casos de febre chikungunya nos anos de 2018 (tabela 1) e 2019 (tabela 2) divididos por local e ano de notificação, segundo a unidade de saúde notificadora do município de Teixeira de Freitas, incluído somente os postos de saúde da família (PSF) com significativa incidência de casos e excluídos notificações realizadas na UPA, laboratórios, clínicas e hospitais.

Tabela I: Notificação de casos de CHIKV por unidade de saúde, Teixeira de Freitas, 2018.

Unid. Saúde Notific. P/ Município	Total De Casos No Ano De 2018 (Nº total de casos notificados=2577)
PSF LIBERDADE	281
PSF SÃO LOUREÇO II	279
PSF SÃO LOUREÇO I	233
PSF TANCREDO NEVES 2	201
PSF LIBERDADE SUL	150
PSF LIBERDADE II	115
PSF LUIZ EDUARDO MAGALHÃES	102
PSF TANCREDO NEVES	75

14

Tabela II: Notificação de casos de CHIKV por unidade de saúde, Teixeira de Freitas, 2019.

Unid. Saúde Notific. P/ Município	Total De Casos No Ano De 2019 (Nº total de casos notificados=131)
PSF SÃO LOUREÇO 1	8
PSF VILA VERDE	7
PSF JERUSALEM	6
PSF LUIZ EDUARDO MAGALHÃES	6
PSF ULISSES GUIMARÃES	5
PSF NOVA AMERICA	5
PSF WILSON BRITO	4
PSF NOVA TEIXEIRA	4

15

14 SESAB, 2021, disponível em:
<http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/chikun.def>>acessado>acesso em: 23 de maio de 2021

15 SESAB, 2021, disponível em:
<http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/chikun.def>>acessado>acesso em: 23 de maio de 2021

De acordo com as tabelas acima apresentadas, verifica-se a diferença de incidência de casos de febre Chikungunya em Teixeira de Freitas entre os anos de 2018 e 2019, com uma queda de 95% no número de novos casos notificados neste município. Todavia, no ano de 2019, Teixeira de Freitas foi o 12º município com maior incidência de novos casos de CHIKV na Bahia. Já em 2018, o município foi o primeiro em incidência dessa arbovirose dentre os municípios baianos.

A seguir apresentamos o quadro temático com os principais achados convergentes nas falas dos médicos entrevistados nessa pesquisa. Nesse quadro, apontaremos os temas mais relevantes obtidos na pesquisa e sua frequência em porcentagem. A avaliação técnica qualitativa segue no decorrer da segunda parte do capítulo, onde as entrevistas estão subdivididas por UBS. A discussão sobre a avaliação qualitativa ao que corresponde a técnica dos respectivos MFC na condução dos usuários vitimados por CHIKV, baseou-se na literatura correspondente, anteriormente citada no capítulo 3.

QUADRO 1: RESULTADOS DAS TEMÁTICAS PREVALENTES

TEMA	FREQUÊNCIA EM %
Precária infraestrutura urbana e de saneamento básico com proximidade entre os bairros com significativa incidência de CHIKV.	100%
Limitação técnica de alguns MFC para realizar o diagnóstico de CHIKV em suas diferentes fases, acompanhamento e tratamento desses usuários	75%
Falta de fármacos para as diferentes fases de doença nas UBS X Desconhecimento dos MFC da RENAME	62,5%
Baixa longitudinalidade dos médicos na eSF	50%
Baixa e/ou incorreta adesão terapêutica pelos pacientes	37,5%
Insegurança dos MFC para prescrever e conduzir o tratamento com glicocorticoides	37,5%

4.2 DAS VISITAS AOS POSTOS DE SAÚDE COM INCIDÊNCIA SIGNIFICATIVA DE CASOS

4.2.1. PSF 1

A primeira entrevista foi realizada no PSF 1, em dezembro de 2020. A unidade se localiza em uma rua não asfaltada, periferia da cidade, zona oeste da cidade, à 2,6 Km do aterro sanitário da cidade. O bairro em questão é distante do centro da cidade e faz divisa com a região rural do município. As ruas, em sua grande maioria, não são asfaltadas. No entanto, recentemente foram feitas obras para a criação de rede de saneamento básico.

A estrutura física da UBS não é própria, funcionando em uma casa reformada, ou seja, não planejada para receber uma UBS. No período da entrevista, a equipe de saúde da família da unidade era composta por uma médica, uma enfermeira chefe, oito agentes comunitários de saúde e três técnicos de enfermagem.

A médica de estratégia de saúde da família, M.1, que atua na comunidade há 2 anos e na atenção primária a saúde há 3 anos e 6 meses, afirmou que a população do bairro possui, em sua maioria, baixa renda e que recorre ao PSF com demandas distintas. Segundo M.1, a maioria dos habitantes do bairro busca o PSF pelo difícil acesso a outros centros de atendimento que ficam mais distantes. Ainda afirmou que

devido a população ter uma grande demanda, a gente tem dificuldade em relação ao número de consultas e a medicação. A medicação fornecida tem um número e variedade reduzida [...] a população é carente e tem dificuldade para comprar a medicação. (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020).

A entrevistada citou as limitações estruturais para realizar o atendimento de algumas patologias. Porém, acredita que o PSF 1 faça diferença na vida da população assistida. Ainda, segundo a médica

algumas medicações básicas estão em falta na unidade, inclusive para analgesia, no momento [...]. Essa unidade faz diferença na qualidade de vida da população, porque 95% da população frequenta o posto e comparecem às ações educativas. Se não tivesse a unidade no bairro, por ser distante, seria complicado para esses pacientes. [...] não temos maca ginecológica na sala do médico, apenas na sala da enfermeira, isso se torna uma deficiência na assistência. A recepção causa aglomeração, não temos arborização, alguns pacientes passam mal pelo calor, inclusive, gestantes. (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020).

Segundo a entrevistada, os pacientes vitimados pela CHIKV, assistidos no PSF 1, geralmente são pacientes crônicos, muitos desses com queixas musculoesqueléticas e que, portanto, tiveram a infecção há mais de um ano. A depoente acredita que as elevadas taxas de cronicidade de CHIKV, sejam pelo deficitário combate ao vetor.

Esse ano de 2020, a taxa de incidência de Chikungunya foi menor, aqui no PSF 1. A maioria das histórias, são de casos passados, bastante! A alta taxa de infecção pela CHIKV é pela falta de organização no sentido de combater o mosquito, o aterro sanitário próximo, as caixas-d'água aberta, ausência do fumacê [...]. (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020).

Com relação aos critérios utilizados para o diagnóstico da febre Chikungunya, a declarante cita que a maioria dos casos que recebe no posto de saúde são cronificações da doença, a exemplo de pacientes com quadro de poliartralgia. Segundo M.1,

Geralmente os pacientes vêm para mim em fase crônica. São pacientes com dores articulares, com sequela da doença. Quando chegam na fase aguda, com febre, tenho dificuldade para diferenciar de dengue e zika. Os pacientes que têm uma queixa de dor articular mais importante, a gente tende a pensar em Chikungunya. Em relação ao diagnóstico laboratorial, não vai sair, apesar de notificar e encaminhar o paciente ao laboratório que tem vínculo com a prefeitura. Em dois anos nunca recebi o resultado desses exames. Portanto, não tenho como fechar o diagnóstico laboratorial. O diagnóstico é clínico epidemiológico, como a CHIKV é a que tem uma manifestação mais importante de dor articular, de deformidade, de dificuldade para abrir as mãos e locomoção, quando é esse caso, o diagnóstico é Chikungunya. (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020).

De acordo com a fala de M1, os exames laboratoriais são solicitados a todos os usuários com suspeita de CHIKV. Segundo M1, o diagnóstico clínico epidemiológico é um recurso por falta de retorno dos resultados dos exames laboratoriais. No entanto, há uma inconsistência técnica na afirmativa de M1, pois

Conforme a classificação de risco, diante de um caso suspeito de chikungunya, o hemograma deve ser solicitado obrigatoriamente para os pacientes do grupo de risco, e com bioquímica como transaminases, creatinina e eletrólitos para os pacientes com sinais de gravidade e pacientes com critérios de internação. Na ausência dessas condições, a solicitação fica a critério médico. (BRASIL, 2017, p.25)

Questionada sobre os encaminhamentos, com relação a necessidade de referenciar os pacientes aos especialistas para tratamento, ou para exames complementares, a médica respondeu,

Se for na fase aguda, eu não consigo fazer uma analgesia adequada no posto de saúde, porém nunca tive que encaminhar. Eu faço a analgesia simples e, se necessário, prescrevo opioide e, geralmente, eles ficam bem. Os pacientes crônicos, geralmente [...], meu manejo não é satisfatório, os pacientes continuam tendo sintomas e encaminho para o reumatologista. (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020)

Sobre as medicações necessárias para o tratamento da CHIKV nas diferentes fases, questionamos se a médica possuía essas drogas disponíveis na farmácia da unidade básica ou pela atenção primária à saúde e como ela procedia. De acordo com a entrevistada, no PSF 1

Sempre falta dipirona, paracetamol, também falta ibuprofeno, e é o que uso com mais frequência, para a fase subaguda, ok? Ou seja, para a fase aguda tenho um problema. Já se eu precisar de hidroxicloroquina para a fase crônica, não tem na unidade. Opiode também não tem. Algumas vezes os pacientes conseguem codeína 30mg no ambulatório central, porém nem sempre tem [...]. (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020)

M.1, relatou que procede de forma diferente de acordo com as diferentes fases da doença. Segundo a mesma, a analgesia simples com dipirona 500mg ou paracetamol 500mg a cada 4 horas, quando necessário, na fase aguda. Na fase subaguda, associa glicocorticoides como prednisona. Na fase crônica, em algumas situações, prescreve hidroxicloroquina.

A gente faz analgesia simples, paracetamol ou dipirona, de 8-8hs ou de 6-6hs ou até de 4-4hs, se for preciso, na fase aguda. Na fase subaguda, precisa fazer associação com corticoides, cascata de prednisona para o paciente ter uma melhora. Para a fase crônica, tento hidroxicloroquina e a resposta tem sido boa. (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020)

A entrevistada percebe alta taxa de recidiva da doença na fase crônica, principalmente ao retirar a medicação, isso observando aqueles pacientes que se automedicam com glicocorticoides.

Eles (os pacientes) são recidivantes, principalmente quando retira a medicação, eles voltam a ter crise, como se fossem dependentes da medicação, inclusive atendi uma paciente assim hoje. São mais dependentes dos corticoides, até porque, eles fazem por conta própria. Porque ao prescrever uma hidroxicloroquina ou metotrexato, eles não compram. Mas o corticoide, o farmacêutico vende fácil, os pacientes conseguem comprar dexametasona sem a receita. Alguns pacientes que têm a receita antiga da cascata de corticoide ou para usar por 10 dias, o paciente leva a receita na farmácia e, mesmo estando anotado que já foi despachada a medicação, o farmacêutico vende novamente. Eu evito fazer corticoide, por isso [...]. A prednisona prescrevo 10mg por 5 dias, reduzo para 5mg e suspendo. Quando é uma paciente que tem uma queixa mais importante, sem resposta a AINEs, faço prednisona 20mg 5 dias, após isso, 5 dias com 15mg, mais 5 dias de 10mg, então 5mg e retiro. Os pacientes ficam um tempo bem, depois

retornam com as mesmas queixas, principalmente nas mãos e ombros. (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020).

Nesse ponto, é perceptível a insegurança para o manejo com glicocorticoides por M1. De acordo com Marques a indicação para o tratamento da CHIKV nas fases subagudas e crônicas com prednisona deve ser tanto por tempo mais longo e com desmame mais lento do que M1 realiza

Na fase subaguda da febre chikungunya podem ser usados AINEs e/ou medicações adjuvantes para tratamento da dor (anticonvulsivantes ou antidepressivos) nos casos refratários a analgésicos/opioides. Nos pacientes com dor musculoesquelética moderada a intensa ou naqueles com contraindicações ao uso dessas medicações, é recomendado o uso de prednisona ou prednisolona na dose de até 20 mg/dia, deve a redução ser feita de modo lento e gradual, de acordo com a resposta do paciente. Na fase crônica da febre chikungunya, o corticosteroide por via oral pode ser usado para as queixas musculoesqueléticas e neuropáticas, são recomendadas doses baixas (5 a 20 mg/dia de prednisona ou prednisolona). O tempo de uso pode variar de seis a oito semanas, deve a retirada ser lenta e gradual, devido ao risco de recidiva dos sintomas articulares. (MARQUES, 2017 P.S441)

O último questionamento foi com relação ao diagnóstico diferencial com outras doenças reumatológicas. Sobre isso afirmou que “geralmente peço o histórico do paciente, mas quando é quadro recorrente, peço raio-x, por causa de osteoartrite, artrite reumatoide” (M.1, entrevista cedida em 14/12/2020)”.

É notável que as condições de infraestrutura urbana e o saneamento básico limitado estão diretamente relacionados com os números de arboviroses nessa comunidade. Outro ponto, que dificulta o tratamento nas diversas fases da CHIKV é a escassez de medicamentos adequados. É importante ressaltar que tais medicações estão contidas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Dessa forma, podem ser obtidos em outras UBS ou na farmácia do município. Outro ponto relevante é a insegurança de M1 para manejar os pacientes crônicos vítimas de CHIKV com glicocorticoides.

4.2.2. PSF 2

A segunda visita ocorreu no PSF 2, em dezembro de 2020. A unidade localiza-se na zona oeste da cidade, à distância de 600 metros de outra UBS e à 1,2 Quilômetros do PSF com o maior número de acometimento de CHIKV em 2018. As três unidades estão entre as com maiores índices de notificações de casos de CHIKV no ano de 2018.

Assim como o PSF 1, o PSF 2, não possui estrutura física planejada. A equipe de saúde da família da unidade estava composta por uma médica, uma enfermeira chefe, sete agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem e uma técnica de enfermagem.

A entrevistada, M.2, trabalha como médica de estratégia de saúde da família e comunidade há 12 anos, e no PSF 2, há 7 meses. Questionada sobre as dificuldades enfrentadas no atendimento à população dessa comunidade, M.2 relatou

Eu atendo muitos pacientes com doenças mentais em uso de muitos medicamentos de controle de diabetes, hipertensão, dor no corpo, artralgia... acho que a queixa maior, minha, enfrentada na unidade de saúde, é dor no corpo, nas articulações [...] são dores crônicas, os pacientes queixam em todas as consultas. A unidade de saúde faz diferença na vida da população, porém poderia fazer mais. Eu tenho dificuldades, os pacientes são muito carentes, não têm condições de comprar os remédios e os que temos aqui na unidade são mais simples e não atingem o que almejamos. A falta de especialista para algumas doenças e queixas comuns, como dor no corpo e artralgia... acabo pensando sempre em fibromialgia ou Chikungunya, sequela de Chikungunya". (M.2, entrevista cedida em 15/12/2020)

A população atendida no PSF 2, tem altas taxas de infecção por arboviroses, segundo a entrevistada

Nessa UBS são muitos os pacientes atendidos com dengue, mas maior é a prevalência da chikungunya. A falta de higiene nos quintais, as pessoas deixam os quintais muito sujos, mosquito, as pessoas não têm a preocupação que o mosquito é transmissor da doença. (M.2, entrevista cedida em 15/12/2020)

Questionada a respeito de como realiza o diagnóstico da febre Chikungunya nas diferentes fases, a entrevistada discorre

A gente faz a triagem, a gente pede os exames para arboviroses. Esse ano não estava fazendo pelo SUS essa pesquisa de arbovirose, que é muito importante. Sabemos que dengue mata, faço muito a prova do laço quando tenho suspeita de dengue. O resultado do teste de Chikungunya demora a chegar, mas o hemograma chega cedo. (M.2, entrevista cedida em 15/12/2020).

Aqui percebemos que a entrevistada não soube responder como diferencia os pacientes com Chikungunya nas diferentes fases da doença e nem respondeu como realiza o diagnóstico clínico epidemiológico, somente expõe sobre as dificuldades na realização e resultado da sorologia, mas não explica quais os casos em que são selecionados para a realização dos exames laboratoriais. Fica entendido que são solicitados a todos os pacientes com suspeita de CHIKV.

Com relação aos casos em que a médica julga ser necessário uma avaliação com especialista ou exames complementares para o seguimento dos pacientes acometidos por chikungunya, M.2 responde

Até outro dia, eu não encaminhava para especialista, mas eu vejo que agora há uma necessidade muito grande de mandar para especialista, porque está tendo muita gente com dores no corpo, que não estão tendo qualidade de vida. (M.2, entrevista cedida em 15/12/2020)

Aqui eu tenho uma dificuldade, as vezes eu passo um remédio que eu gosto, que eu tenho mais experiência, o Arcoxia®, o paciente não tem condições financeiras para comprar. Aqui só tem ibuprofeno, paracetamol e dipirona que não trata... eu fico muito limitada no tratamento, no que eu devo passar... eu não passo corticoide, porque eu fico muito insegura... então eu não trato o meu paciente, por isso me atentei que o paciente precisa do especialista reumatologista, os pacientes de Chikungunya precisam do reumatologista. (M.2, entrevista cedida em 15/12/2020)

Nesse contexto algumas situações nos chama a atenção, a limitação financeira dos pacientes para compra de medicamentos e apesar da entrevistada conhecer a realidade dos usuários, prefere prescrever medicações mais caras, que não estão elencadas na RENAME. Aqui transparece a falta de expertise da entrevistada no manejo para prescrição de AINEs e de glicocorticoides, que são oferecidos na farmácia da unidade e com isso o paciente permanece sem tratamento adequado. O equívoco técnico de M.2 ao afirmar que os analgésicos (dipirona e paracetamol) e AINEs (ibuprofeno), que são acessíveis para o paciente, não tratam a doença, evidencia a falta de conhecimento sobre o tratamento da CHIKV nas diferentes fases, pois

O tratamento das manifestações reumatológicas da febre Chikungunya dependerá da fase em que a doença se encontra e da gravidade da sintomatologia. Fase aguda: recomenda-se o uso de analgésicos comuns e/ou opioides fracos do tipo paracetamol ou dipirona, a depender da intensidade da dor. Fase subaguda: além dos analgésicos/opioides, podem ser utilizados anti-inflamatórios não hormonais e glicocorticoides (prednisona ou prednisolona, 20 mg/dia) sobretudo naqueles com manifestações articulares inflamatórias, devendo a sua retirada ser realizada de modo lenta e gradual, de acordo com a resposta clínica do paciente. (DUARTE, 2021, p. 463, 464)

Ao final da entrevista, a médica demonstrou preocupação com os usuários portadores de dores musculoesqueléticas difusas, que estão em sofrimento e sem tratamento. Afirma

Os pacientes estão sofridos, auto estima baixa, dificuldades para trabalhar, não têm forças e nem animo para isso [...] principalmente as mulheres, muito acometimento de mulheres. (M.2, entrevista cedida em 15/12/2020)

4.2.3. PSF 3

A terceira entrevista se deu no PSF 3, em dezembro de 2020. A unidade localiza-se na zona central da cidade, em uma unidade de saúde onde concentram-se outros dois PSF. Neste centro de saúde, é notável a estrutura física mais organizada e ampliada, referência na área, realizando procedimentos de média complexidade. O PSF 3 está a uma distância de 1Km do PSF 2. O PSF 3 foi a segunda UBS em número de pacientes notificados com CHIKV em 2018, atrás somente, de outro PFS, localizado a 500m deste último.

Figura 1: ESF-Teixeira de Freitas



Foto tirada em 11/12/2020.

A grande quantidade de lixo acumulado no meio da rua, esperando a coleta pública, saltou aos olhos no trajeto que nos levou à entrevista no PSF 3. Esse PSF localiza-se próximo a um córrego por onde flui o esgoto das imediações, além de existir inúmeros terrenos baldios nas adjacências. Como citado acima, esse PSF fica a 600 metros do PSF 2, outra unidade com alta taxa de infectados pelo vírus chikungunya. Esse fato pode indicar que a região possui condições que favorecem a proliferação de vetores do vírus. Dentre o quadro encontrado não é estranho que o respectivo bairro tenha sido um dos mais acometidos por essa arbovirose no ano de 2018.

Em contraste com o PSF supracitado o PSF 3 está inserido em um centro de saúde composto por três eSF com áreas de atuação distintas. A eSF do PSF 3 estava composta por uma médica, uma cirurgiã dentista, uma enfermeira chefe, cinco agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem e um auxiliar em saúde bucal.

A terceira entrevistada foi a médica M.3, com experiência em APS há 5 anos, após findar a graduação em medicina. No PSF 3, atuava há 3 anos. Segundo a entrevistada,

O grande entrave na atenção primária é o fluxo. Eu tenho muita dificuldade para prosseguir com a investigação, porque eu preciso de alguns exames que o município disponibiliza só mediante consulta com especialista. E as vezes essa consulta é difícil de conseguir. Ou então eu faço solicitações de exames e eu fico aqui de mãos atadas. O paciente volta para mim com as mesmas queixas e os mesmos encaminhamentos [...] e eu não consigo fechar o diagnóstico, fazer um tratamento melhor para o paciente, por causa desse fluxo que fica reprimido. (M.3, entrevista cedida em 16/12/2020)

Em algumas situações esses problemas poderiam ser solucionados na unidade de saúde de origem, no entanto alguns procedimentos só podem ser solicitados pelo especialista¹⁶.

De acordo com M.3, dentro da UBS em atuação, possui, parcialmente, as condições necessárias para realizar tratamento e diagnóstico das diferentes patologias assistidas. Assevera que

Às vezes não temos todos os medicamentos necessários e a gente fica um pouco limitado. Essa unidade, a população tem uma condição socioeconômica um pouquinho melhor, então, às vezes, a gente consegue abrir esse leque de tratamento. [...] para diagnóstico ambulatorial, sim, tem condições. A minha UBS tem uma área de abrangência grande, a minha população realmente usa o serviço. Acredita-se, que como é um posto maior, é um posto que tem um dos maiores fluxos, esse aqui, acredito que seja referência para a população. (M.3, entrevista cedida em 16/12/2020)

M.3 apontou a existência de altas taxas de incidência de febre Chikungunya, além de um significativo número de pacientes com quadro de dores crônicas persistentes, mesmo decorridos dois ou três anos da infecção. Quando inquirida a respeito do motivo desses números elevados, sobre isso incisivamente salientou

¹⁶ Isso é derivado da organização do sistema público de saúde do município. Mesmo que o médico de família faça o pedido do exame, este não será acolhido pelo órgão que autoriza os exames complementares. Nesse caso há a necessidade do encaminhamento do paciente ao especialista.

A alta incidência de febre Chikungunya, pacientes crônicos até hoje, paciente de 2, 3 anos, que estão com artrite crônica mesmo [...]. Não acredito que seja falha só em relação as políticas públicas. A população daqui tem um nível educacional um pouco melhor, tem informação, mas infelizmente a população não colabora. Quando a gente faz a visita domiciliar eu vejo, o copinho na porta da casa, eu vejo varrendo e deixando lixo para acumular água. Então assim, eu acho que tem muito a ver com a falta de comprometimento da população, também, no cuidado com o ambiente em que vive. (M.3, entrevista cedida em 16/12/2020)

Com relação aos critérios utilizados pela médica para firmar o diagnóstico de febre Chikungunya e como diferenciar as fases de doença em que o paciente se encontra, M.3 afirmou que utiliza critério clínico-epidemiológico. Tanto pelo quadro clássico e súbito das dores articulares intensas, limitantes, próprias desta arbovirose, quanto pela incerteza de quando será possível realizar o exame complementar de sorologia.

Sintomatologia é bem clássica, critério clínico epidemiológico. Até porque a gente não pode contar com o teste, as vezes tem, mas as vezes não. A Chikungunya tem um quadro clássico, artralgia muito intensa, edema articular visível, limitação funcional enorme [...], falei com alguns pacientes, que a marcha muda, todo mundo da rua passa a andar arrastando um pouco. (M.3, entrevista cedida em 16/12/2020)

As situações em que S.N.S. tende a referenciar o paciente para a assistência especializada, ou para outros exames complementares, a médica respondeu que

Geralmente nos pacientes crônicos, a partir do sexto mês do quadro agudo, é que tem limitação funcional importante. A gente esbarra no fluxo, eu não consigo, muitas vezes, que esse paciente tenha esse seguimento, esse acompanhamento. Às vezes eu trato por aqui mesmo, eu inicio com antidepressivo tricíclico, pregabalina, dependendo do poder aquisitivo do paciente, às vezes, a gente faz sintomático, quando o paciente está mais grave. (M.3, entrevista cedida em 16/12/2020)

Nesse ponto, M.3 se equivocou com relação a fase crônicas da doença, que se caracteriza por persistência dos sintomas articulares por mais de três meses. (MARQUES, 2017). É possível enxergarmos as limitações enfrentadas pelos médicos da estratégia de saúde da família para conseguir um atendimento secundário dos pacientes da atenção básica. Percebemos que a médica conhece o tratamento para dores crônicas musculoesqueléticas em decorrência da febre Chikungunya e a preocupação com as condições socio econômicas para tratamento do usuário. Visto que antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, são medicações de baixo custo e que fazem parte das medicações contidas na RENAME. O oposto da pregabalina, que é indicada para o mesmo fim, porém não contém na RENAME e é de alto custo.

Quanto as medicações disponíveis na farmácia da unidade, para o tratamento da febre Chikungunya nas suas diferentes fases, M.3 relatou que

A gente tem analgésicos comuns, paracetamol e dipirona e de anti-inflamatório, só ibuprofeno. Prednisona, às vezes tinha, na época de grande acometimento da CHIKV, muitas vezes ficávamos sem. Até para fazer o tratamento com corticoide para 10 dias. Eu tenho também, o outro lado, alguns pacientes compraram corticoide por conta própria. Três pacientes. Uma paciente, em 2 meses retornou com síndrome de Cushing, usando prednisona 20mg 2 vezes ao dia, todos os dias. Fiz a retirada, porém estava com as enzimas todas alteradas. Outra paciente, que a família teve que vender uma motocicleta para pagar o tratamento em hospital particular por hepatite medicamentosa. A terceira paciente chegou na unidade, com taquicardia e com tremores, arritmica, procurou o cardiologista particular, estava com arritmia. Entre outros paciente que não me lembro. (M.3, entrevista cedida em 16/12/2020)

Os pacientes em acompanhamento no PSF 3, vítimas de febre Chikungunya, na fase crônica, de acordo com M.3, têm uma resposta terapêutica restrita, principalmente, por não conseguirem outras terapias não farmacológicas, como fisioterapia. Esse quadro é derivado da dificuldade de referenciar os pacientes ao especialista e pelo limitado número de medicações disponíveis para o tratamento. Sobre isso acrescenta: “É uma melhora pontual, as vezes eu não consigo fazer o uso do medicamento, não consigo com a fisioterapia, não consigo melhorar essa qualidade de vida por causa do acesso” (M.3, entrevista cedida em 16/12/2020).

4.2.4. PSF 4

Para a quarta entrevista, buscamos no site CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a equipe do PSF 3 e de outro PSF que não foi selecionado, ambos estiveram entre os dez com maiores índices de notificação de febre Chikungunya em 2018. Entramos em contato com a médica que constava como cadastrada nestas unidades de saúde, nos meses de julho à novembro de 2020, contudo, fomos informados por ela, que na verdade, estava atuando no PSF 4, que no ano de 2019 foi o décimo sexto posto em número de incidência de febre chikungunya e vigésimo primeiro em 2018.

O PSF 4 localiza-se na zona sul de Teixeira de Freitas, possui uma melhor infraestrutura urbana, em relação a outros bairros da cidade, com ruas asfaltadas e calçadas. População com melhores condições socio econômica, quando comparado com as três primeiras comunidades visitadas.

A condição sanitária/social do bairro onde localiza-se o PSF 4 não é uniforme. Apesar de existirem ruas asfaltadas, em parte do bairro, e esgotamento sanitário, a comunidade atendida pelo PSF 4 está localizada em uma área plana baixa, com diversos terrenos baldios e propensa a alagamentos em períodos de chuva. Também, próximo a 400 metros dessa unidade, existe um córrego rodeado por vegetação onde lixo e esgoto são precipitados com frequência, formando assim um ambiente propício à proliferação dos vetores do vírus chikungunya.

Ademais, a eSF do PSF 4, em dezembro de 2020, época da entrevista, estava formada por sete agentes comunitários de saúde, uma médica, dois técnicos de enfermagem e uma enfermeira.

A médica M.4 atua na atenção primária a saúde há 5 anos, há um mês retornou de licença maternidade para o PSF 4. Iniciamos a entrevista abordando as dificuldades enfrentadas na APS. De acordo com a médica, a busca dos usuários à unidade de saúde é voltada para atendimento curativo¹⁷, com mínima aceitação às abordagens preventivas, como palestras, eventos educativos, o que, para M.4 se torna um problema na assistência a APS.

Aqui em Teixeira de Freitas, tem muito ainda, sobre a questão curativa, então, eu acho, que essa é umas das principais dificuldades. Para a gente fazer, realmente, atenção primária, dentro da unidade de saúde, porque os pacientes não aceitam bem e quando a gente faz qualquer tipo de ação voltada para prevenção, ninguém quer participar, ninguém se propõe a participar. Então, eu acho, que essa é umas das coisas mais difíceis. O pessoal quer vir quando precisa e quer atendimento naquele momento, mas na hora que a gente vai correr atrás para poder prevenir, ou dar uma palestra, ou uma informação, ninguém nem ouve. [...] todo mundo acha que esse bairro por si, é um bairro mais elitizado e não precisa de atenção, mas quando a gente começa a chegar mais para a periferia do bairro, a gente vê que é bem precário, o povo precisa e precisa mesmo. (M.4, entrevista cedida em 17/12/2020)

Ao abordamos sobre a incidência das arboviroses, em especial da febre Chikungunya, M.4 afirmou

Principalmente nas épocas endêmicas, naqueles períodos mais intensos, temos bastante dengue e chikungunya também, muito! Acredito que por conta da baixada e também pela quantidade de terrenos baldios. (M.4, entrevista cedida em 17/12/2020)

¹⁷ Significa que os atendimentos são voltados às necessidades imediatas e não aos programas preventivos, educativos e de acompanhamento de tratamento.

Com relação ao procedimento para o diagnóstico da febre Chikungunya e em qual a fase da doença, a médica nos relatou,

a sintomatologia do paciente, a gente tem essa dificuldade de solicitação de exames para o diagnóstico, então é bem complicado, mas sempre que possível a gente solicita as sorologias, para estar confirmando [...] Só encaminho em casos que eu vejo necessidade. Não fico encaminhando, não. Eu tento o que consigo resolver, tento ser bem resolutiva. Mas têm pacientes que não têm jeito, que ficam com sintomas muito graves, prolongados, queixam, e eu até tento fazer alguma medicação, e quando vejo que não funciona, a gente encaminha. Porque é uma coisa que incomoda bastante, aqui na região tem poucas crianças, muitos idosos, então já tem outras artralguas..." (M.4, entrevista cedida em 17/12/2020)

Aqui, percebemos que a entrevistada não consegue distinguir as diferentes fases da Febre Chikungunya e nem aborda sobre o diagnóstico clínico epidemiológico. Este último é a forma de diagnóstico que é indicada pelo ministério da saúde. (DUARTE, 2021)

Perguntamos com relação as medicações que são necessárias para o tratamento de Chikungunya nas suas diferentes fases e se são acessíveis na unidade e questionamos como ela faz a prescrição, de fato, para esses usuários. M.4 relatou que

Nem sempre tem as medicações necessárias. A grande maioria das vezes tem as medicações mais básicas, mas as vezes falta [...]. A primeira coisa que eu sempre falo é hidratação, reidratação oral sempre, analgésicos sempre, que necessário, se estiver tudo tranquilo, evitar de tomar muitos remédios, mas paracetamol ou dipirona quando há necessidade. Tem alguns que queixam de sintomas cutâneos, eu passo antialérgicos. Quando eu vejo que há necessidade eu entro com corticoide a curto prazo. Quando é longo prazo, eu não gosto muito de estar prescrevendo, que é quando eu encaminho [...] dos casos que peguei, a maioria eram homens, obesos e idosos poliqueixosos, por coisas associadas [...]. (M.4, entrevista cedida em 17/12/2020).

Novamente a entrevistada não respondeu de forma satisfatória, demonstrando déficit no conhecimento da patologia febre Chikungunya e, talvez, tenha se equivocado com relação ao tratamento, mais compatível com outra arbovirose, como a dengue. Todavia, nos casos de Chikungunya a hidratação não seria o tratamento indicado e a demora em iniciar a terapia adequada para o controle da dor poderá gerar pacientes refratários, principalmente porque a dor costuma ser intensa súbita e incapacitante, por tanto

O tratamento da dor envolve todas as fases da doença e não apenas as fases subagudas e crônicas, devendo ser efetivo desde os primeiros dias de

sintomas. A dor aguda tratada de forma inadequada é uma das principais causas de sua cronificação, e desencadeia outros sintomas como a depressão, a fadiga e os distúrbios do sono. Na infecção pelo CHIKV existe a necessidade de uma abordagem eficaz no controle da dor visando, inclusive, diminuir o tempo de doença clínica. (BRASIL. 2017, P. 22 e 23)

4.2.5. PSF 5

A quinta unidade de saúde visitada, o PSF 5, está localizada na zona leste da cidade de Teixeira de Freitas, próximo a BR 101. A unidade de saúde está instalada em uma estrutura física não planejada, improvisada, em uma rua de terra, sem asfalto e sem calçamento, com esgoto a céu aberto e próxima de terrenos baldios com amontoados de lixo.

Figura 2: PSF 5



Foto tirada em 12/12/2020.

Nas proximidades do PSF 5 existe uma lagoa com mato alto, muito lixo em suas imediações e onde o esgoto de casas da localidade são jogados. O ambiente

úmido quente e com grande quantidade de lixo despejado às margens do lago denunciam as condições que favorecem a proliferação dos vetores das arboviroses.

Figura 3: PSF 5



Foto tirada em 12/12/2020.

Ainda sobre o PSF 5, a eSF dessa unidade é composta por uma médica, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma auxiliar em saúde bucal, uma enfermeira e uma cirurgiã dentista.

A médica M.5 atua na APS e nessa unidade há 2 anos e sobre os atendimentos na APS apontou que,

Principalmente, falta medicação, na verdade, não é nem a falta de medicação, porque tem medicação, mas é a restrição de medicamentos, por exemplo, anti-inflamatório não esteroidal, só tenho ibuprofeno, analgésicos, somente dipirona e paracetamol. [...] mais ou menos, algumas eu consigo, outras fica difícil. Mas a unidade faz muita diferença para a população, mas assim, gritante. [...] existe um projeto de um vereador, para uma UPA zona leste, seria uma mão na roda porque a região leste, como um todo, fica muito defasada com urgências, muito longe. O SAMU só vem em casos de extrema urgência. [...] é uma população periférica, então a questão monetária, não tem, a maioria sobrevive com o bolsa família ou com um salário mínimo para

toda a família. [...] para irem para o hospital ou UPA, é longe e tem que ir de ônibus, eles têm que pegar dois ônibus, porém não tem muita rotatividade dentro do bairro. [...]Tem bastante acometidos por Chikungunya. Principalmente pelo vetor, tem muito mosquito. Aqui tem muita mata, brejo, aqui mesmo, na rua do posto, tem muito lixo, planta, capim, sem cuidados...muitos ferros velhos no bairro, então acaba tendo muitos mosquitos. (M.5, entrevista cedida em 17/12/2020)

No quesito diagnóstico da febre Chikungunya e suas diferentes fases de doença, M.5 respondeu

A gente notifica e faz a sorologia, então a gente depende de o paciente trazer o resultado de exame. A maioria, se melhorou, ele não retorna com o resultado. Geralmente, quando volta, são os crônicos. Na fase aguda, síndrome febril com artralgia, a gente faz a notificação, pede a sorologia, pesquisa de arboviroses, porque faz as três. Só que demora para ficar pronto, eu peço a eles para me trazer o hemograma, porque fica pronto no mesmo dia ou no dia seguinte. (M.5, entrevista cedida em 17/12/2020)

A médica demonstrou dificuldade em diferenciar as três principais arboviroses clinicamente, dengue, Zika e febre Chikungunya. Esta última cursa com dor articular intensa e incapacitante associada a febre na fase aguda da doença, quando o paciente vive ou esteve em área endêmica, o diagnóstico clínico epidemiológico deve ser firmado. (MARQUES, 2017) Outra limitação técnica evidente na fala de M.5 e que foi evidenciada em entrevistas anteriores, referiu-se a não selecionar os usuários com CHIKV que necessitam realizar exames laboratoriais. Dessa forma, todos os usuários com suspeita de CHIKV foram referenciados para realização de hemograma, que de acordo com o Ministério da Saúde, deveria ser solicitado para aqueles pacientes do grupo de risco (BRASIL, 2017).

Na verdade, quando cronifica, eu ainda tento resolver aqui, em uma primeira consulta, peço os exames complementares, os que eu consigo pedir, para adiantar, caso eu precise encaminhar para o especialista, já estão com exames nas mãos e tento manejar aqui com o que a gente tem, ibuprofeno e prednisona. Quando é uma crise, temos alguns injetáveis aqui, ainda consigo fazer aqui mesmo, tenoxicam ou diclofenaco. (M.5, entrevista cedida em 17/12/2020)

Nesse momento, vimos uma contradição da entrevistada. Em um primeiro momento ela queixou da escassez de medicamentos, e acima relatou opções de drogas injetáveis na unidade. Pudemos analisar que não citou a segunda fase de doença e nem como procede no período subagudo da CHIKV. E na fase crônica limitou-se a tratar nos períodos de crise com anti-inflamatórios de classes diferentes ou prednisona. Todavia o preconizado seria umas das duas opções, ou AINEs ou glicocorticoides, para redução dos riscos, sendo que a prednisona prescrita em baixas

doses e com desmame lento e gradual por período de 6 a 8 semanas é indicada para os sintomas de dores musculoesqueléticas e neuropáticas crônicas (MARQUES, 2017).

Questionamos se em alguma situação, entre os pacientes com chikungunya crônica, se fazia necessário o uso de glicocorticoides e qual seria a medicação e a dose prescrita. A médica nos respondeu que

Geralmente, o paciente que não têm muita comorbidade, eu entro com uma dose mais alta e vou acompanhando semanalmente. Dose de 80mg de prednisona, outros pacientes 40mg e vou desmamando, naqueles casos de Chikungunya crônica. Os pacientes respondem mais a corticoide mesmo. Boa parte dos pacientes precisam usar o corticoide. (M.5, entrevista cedida em 17/12/2020)

Foi possível notar o desconhecimento com relação a dose efetividade dos glicocorticoides no tratamento da febre Chikungunya. Segundo Marques et al. (2017) doses maiores que 20mg/dia de prednisona não correspondem a melhores desfechos com relação ao quadro algico e inflamatório e aumentam os riscos de iatrogenia.

Ao final da entrevista, perguntamos se teria alguma outra medicação, além de anti-inflamatórios e glicocorticoides, os quais a médica gostaria que tivesse acesso para tratar os pacientes com Chikungunya e respondeu que

Eu gostaria que tivesse tudo, se possível. Mas pelo menos uma gama maior de anti-inflamatório. Geralmente cetoprofeno ou meloxicam, quando eu não passo o ibuprofeno ou o corticoide, eu passo o cetoprofeno. (M.5., entrevista cedida em 17/12/2020)

Percebemos que a médica desconhece as demais opções de tratamento medicamentoso para Chikungunya crônica, inclusive opção contida na RENAME para a rede básica, como exemplo, antidepressivos tricíclicos, a amitriptilina. (BRASIL, 2017) Um outro ponto que nos chama a atenção, são as doses altas de glicocorticoide manejadas, prednisona 80mg, sendo possível ter sucesso terapêutico com menos de um quarto da dose que vem sendo prescrita (MARQUES, 2017).

4.2.6. PSF 6

O PSF com o maior número de notificações de febre Chikungunya no ano de 2018 foi o PSF no qual o M.6 trabalhou anteriormente ao PSF 6. Ao entrarmos em contato com o médico da estratégia de saúde da família em exercício nesse PSF, no

momento da pesquisa, (ano de 2020) este não aceitou o convite e nos justificou que estava há pouco tempo na unidade e não quis participar. Então, buscamos o profissional médico que atuava no ano 2018 na unidade com o maior número de incidência em 2018 e o localizamos como médico da estratégia de saúde da família do PSF 6.

A unidade básica do PSF 6 não estava incluída, inicialmente, como alvo das entrevistas, por ser um posto de saúde recém inaugurado, cadastrado em janeiro de 2020 no CNES¹⁸. Os usuários da área de abrangência do PSF 6, anteriormente eram atendidos em outro PSF da zona leste da cidade, o PSF 5, que foi, como já citado, a primeira unidade em número de incidência de febre Chikungunya no ano de 2017.

O PSF 6 possui estrutura física planejada, unidade nova, adequada de acordo com o projeto de requalificação das unidades básicas de saúde do Ministério da Saúde. Localizada na zona leste da cidade, em uma rua calçada, bairro periférico e com moradores com limitadas condições socioeconômicas. A equipe em atuação nesse PSF era um médico de família e comunidade, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira e dois agentes comunitários de saúde.

M.6 é o médico da estratégia de saúde da família que nos concedeu a sexta entrevista. Trabalha na APS desde outubro de 2017, nesta época no PSF Liberdade. Já no PSF 6 atua desde janeiro de 2020. A respeito das dificuldades enfrentadas na APS respondeu

As dificuldades enfrentadas na atenção primária a saúde ocorre pela falta de medicamento e pela pouca adesão dos pacientes para o tratamento. Já existem vários programas e as vezes não aplicamos. A puericultura, marcamos para o paciente, porém eles vêm com algum problema. Bem como, o hiperdia, o paciente não vem no dia, mas vêm outro dia quando têm a queixa. Talvez, seja falta de comunicação e adesão. (M.6, entrevista cedida em 22/12/2020)

Segundo M.6, os pacientes atendidos no PSF 6 não possuem taxas significativas de febre Chikungunya em fase aguda de doença no ano de 2020. Diferente do que ocorria na unidade do Liberdade entre os anos de 2017 e 2018. Não obstante, o médico realiza acompanhamento de alguns usuários do PSF 6 com quadro crônico da doença articular inflamatória pós Chikungunya.

¹⁸ CNES – Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde <http://cnes.datasus.gov.br/>>acessado em 05 de julho de 2021

A população do atendida no PSF 6 não tem taxas significativas de febre Chikungunya. Temos quatro pacientes com dores crônicas pós chikungunya. Uma paciente nos procurou recentemente com quadro de dores articulares agudas em crises, com história de febre Chikungunya há um ano e meio. (M.6, entrevista cedida em 22/12/2020)

Perguntamos como eram realizados o diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. Sobre isso asseverou

Na prática funciona assim: notificação compulsória, a gente faz a notificação, nós fazemos o tratamento sintomatológico, solicitamos o hemograma e a sorologia para as arboviroses, dengue, Chikungunya, zika. (M.6, entrevista cedida em 22/12/2020)

Mais um relato de MFC que solicita exames laboratoriais indiscriminadamente a todos os pacientes com suspeita de febre chikungunya e que ao ser perguntado como realiza o diagnóstico, não cita o diagnóstico clínico epidemiológico, que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

No que tange aos casos que necessitam exames complementares ou consultas com o especialista,

Quando o controle da dor é mais complicado, sem resposta aos anti-inflamatórios não esteroidais e esteroidais, nesses casos eu encaminho ao especialista. [...] na unidade temos esses medicamentos, ibuprofeno e prednisona. [...] na maioria dos pacientes temos sucesso com corticoide. Não uso metotrexato, deixo para o reumatologista prescrever, se necessário, quando o paciente não obteve sucesso no tratamento inicial com glicocorticoides e AINEs. (M.6, entrevista cedida em 22/12/2020).

Notamos que o médico conhece parcialmente o tratamento da fase crônica da doença febre Chikungunya. Todavia, ficou perceptível que nos casos de dores musculoesqueléticas crônicas refratárias com analgésicos, o entrevistado não tentou amenizar o quadro algico dos usuários com antidepressivos tricíclicos, por exemplo. Por outro lado, conhece a medicação imunossupressora metotrexato, usada para os casos de artrite refratária ao uso de AINEs e glicocorticoides.

4.2.7. PSF 7

Segundo a secretaria municipal de saúde, o PSF 7 enquadra-se na região central de saúde, contudo localiza-se na periferia da cidade, em um bairro com população de baixa renda, em uma unidade própria e adequada aos moldes do ministério da saúde. A eSF do PSF 7 é composta por uma médica, uma enfermeira,

seis agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem e um cirurgião dentista.

A médica M.7 atuava na APS desde dezembro de 2018, mesma época em que se integrou a eSF do PSF 7. De acordo com a médica

As principais dificuldades no atendimento na APS é a quantidade de pacientes. Muitos pacientes para serem atendidos as vezes em pouco tempo. A demanda é grande e o tempo é pequeno para atender de maneira mais adequada, como a grande maioria são políquelixas, então acaba que temos essa dificuldade para sanar todos os problemas. Atendemos uma área com cerca de cinco mil pessoas. (M.7, entrevista cedida em 29/12/2020)

Com relação a estrutura da unidade, no que se refere a adequação necessária para a médica realizar diagnóstico e tratamento das patologias mais prevalentes dos usuários assistidos no PSF 7, M.7 respondeu

Temos estrutura dentro da unidade para realizar diagnósticos clínicos, que não têm necessidade de exames específicos, dá para conduzirmos por aqui, fazendo medicações aqui mesmo. Temos medicações injetáveis e oral. Em casos mais complexos, temos dificuldades, mas de maneira geral, temos condição sim. A unidade faz diferença na vida da população, mas com certeza. A demanda é grande, então tudo o que acontece, os pacientes buscam o posto para tentar resolver. Então, as coisas básicas, a gente faz o máximo possível para resolver aqui, para evitar encher UPA, hospital, com demandas que a gente sabe que pode ser resolvido aqui. O que eu mais tento fazer é não encaminhar para UPA, porque eu sei que muitas das vezes dá para resolver aqui. Os pacientes conseguem sair daqui totalmente resolvidos ou senão, parcialmente. [...] O bairro possui taxas significativas de febre Chikungunya. Por ser um bairro bem carente, a maioria das ruas não têm asfalto, são ruas maltratadas. Saneamento deficiente, com casas sem encanamento, sem água para beber, nem para tomar banho e nem nada. Moradias com situação bem precária, família sem condições de ter os cuidados adequados, população muito susceptível. (M.7, entrevista cedida em 29/12/2020)

Questionamos como era realizado o procedimento para o diagnóstico de febre Chikungunya e suas diferentes fases de doença.

O paciente quando chega com história de febre, dor articular, de início súbito, além da questão epidemiológica, a suspeita é chikungunya. Porém, temos que pensar também em dengue, zika e chikungunya, nessa fase aguda. Para diagnóstico complementar eu nunca referenciei, mas para o especialista, encaminho aqueles pacientes que vêm na fase crônica da doença, aqueles que dizem que tiveram Chikungunya há mais de seis meses e que queixam de dores articulares desde então, em uso abusivo de anti-inflamatórios por conta própria. (M.7, entrevista cedida em 29/12/2020)

É perceptível que a médica possui conhecimento técnico para realizar o diagnóstico diferencial das arboviroses e em especial da febre chikungunya na fase aguda da doença, realizando o diagnóstico clínico epidemiológico.

No que diz respeito a farmácia do PSF 7 e as medicações necessárias para a terapêutica da febre chikungunya, a médica afirmou que

Temos dipirona e paracetamol, sempre acessível, ou comprimido ou gotas. Eu não entro com anti-inflamatório na fase aguda pelos riscos que sabemos. Nas outras fases, fase crônica, o que temos aqui é o corticoide, esse é problema, mas a gente sabe que para o uso prolongado tem que ter todo o esquema e o paciente nem sempre entende, usa cronicamente, e quando retorna, já está com problemas secundários ao mau uso do remédio. Então, para os pacientes crônicos recidivantes eu prefiro prescrever corticoide injetável. Ou para os pacientes que têm uma melhor compreensão, prescrevo oral por pouco tempo. Pacientes na fase aguda, sim, tivemos casos com sorologia positiva, que retornaram sem sintomas. Já pacientes em fase crônica, são mais difíceis, eles se automedicam e abandonam o tratamento na unidade. Pacientes com mais de cinquenta anos e sexo feminino costumam perceber que cronificam mais, pode ser que sejam os pacientes que mais buscam a unidade. (M.7, entrevista cedida em 29/12/2020)

O fato que se evidencia é o problema da automedicação pelos pacientes e a dificuldade, por parte de M.7, em conduzir esses usuários. Notou-se na prática da médica a deficiência por não conduzir o tratamento com antidepressivos tricíclicos para terapia da dor musculoesquelética crônica pós Chikungunya. Os tricíclicos são medicamentos de baixo custo, em especial a amitriptilina, que contem na RENAME e são de fácil acesso com a receita na farmácia do município. Outro ponto, é que M.7 quando prescreve glicocorticoides orais o faz por curto período de tempo, todavia a prednisona responde melhor em doses baixas por período de 6 a 8 semanas com desmame lento e gradual (MARQUES, 2017).

4.2.8. PSF 8

O PSF 8 localiza-se na periferia da cidade, e é composto por com uma população com baixíssima condição socioeconômicas. Encontra-se na região central, a uma distância de três quilômetros do PSF 7 e à dois quilômetros do PSF 3. A unidade de saúde não é própria e destoa do modelo estrutural preconizado pelo ministério da saúde. No mesmo endereço existem duas equipes, a eSF do PSF com um dos maiores índices de acometidos por CHIKV em 2018 e a eSF do PSF 8, esta última, composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Entrevistamos a médica M.8 em dezembro de 2020, que atuava na unidade desde janeiro de 2019 e em APS desde julho de 2017. Sobre os desafios na atenção básica de saúde, afirmou

As principais dificuldades são com relação a demanda muito grande, pacientes muito carentes, demora nos exames solicitados, os pacientes não têm condições de comprar medicações que não temos no posto. É complicado marcar para um especialista, receber exames que pede, mesmo sendo urgência. Não tenho estrutura adequada para atendimento na unidade. Várias situações de urgência eu preciso encaminhar, já vivenciei situações de surto psicótico, convulsão e não ter medicações, tentar o SAMU e não conseguir. Me sinto muito impotente. Apesar disso, a unidade faz toda diferença na vida dos pacientes. (M.8, entrevista cedida em 29/12/2020)

Figura 4: PSF 8



Foto tirada em 05/07/2021

Segundo M.8, a população atendida na unidade do Liberdade Sul tem altas taxas de acometimento por febre Chikungunya, principalmente paciente idosos. Segundo a médica

Os pacientes daqui têm chikungunya, muitos pacientes, principalmente os idosos. Penso que a alta taxa seja pelo lugar que eles moram, muitos pacientes não têm o mínimo, não têm água potável, nem rede de esgoto. [...] atendemos uma área descoberta em que os pacientes dormem encima da terra, não tem o mínimo para viver. (M.8, entrevista cedida em 29/12/2020)

Em relação aos critérios utilizados para realizar o diagnóstico de febre chikungunya e para diferenciar a fase em que o paciente se encontra, M.8 respondeu

Eu vou muito pela clínica do paciente e peço exames, porém não estavam fazendo. Eu vou muito mais pela clínica mesmo. Todos os pacientes, eu peço

exames, independente se vão fazer ou não. Peço IGG e IGM, hemograma e proteína C reativa. Alguns pacientes que não controlam a mialgia eu encaminho. (M.8, entrevista cedida em 29/12/2020)

A médica deixou subentendido que não aplica o diagnóstico clínico epidemiológico, visto que solicita sorologias à todos os pacientes com suspeita clínica de chikungunya e não somente aos casos atípicos, como orientado por Marques et.al. (2017)

Perguntamos se a médica possui as medicações necessárias na unidade para realizar o tratamento da febre chikungunya nas diferentes fases e como ela prescreve essas medicações.

Não, sobre medicação na unidade é difícil. Costumo prescrever anti-inflamatórios, corticoides, vitaminas, os pacientes usam e relatam melhora, mas quando param, as dores voltam...tinha uma medicação manipulada que vendiam em Itanhém, mas esqueci a composição [...]os pacientes diziam que se sentiam bem. (M.8, entrevista cedida em 29/12/2020)

É notório a resposta evasiva da médica, pois não descreveu detalhadamente as medicações e posologia que costuma prescrever aos seus usuários. Ao contrário, relata tratamentos alternativos manipulados usados em outra cidade, sem preocupação técnico-científica. Diante disso, é visível a limitação com relação ao conhecimento do tratamento e acompanhamento de pacientes com febre Chikungunya.

4.3 O PRODUTO FINAL

4.3.1 Apresentação

A alta taxa de infecção por febre Chikungunya fez a cidade de Teixeira de Freitas despontar como uma das mais acometidas do país por essa arbovirose. Como consequência, pacientes que sofrem da cronificação dessa doença são encaminhados ao atendimento especializado adequado para esses casos, os consultórios de reumatologia. A prevalência de pacientes com dores crônicas por essa patologia nos chamou a atenção, sobretudo quanto aos atendimentos ocorridos nos anos de 2016, 2017, com o pico de atendimentos em 2018.

Nos chamou a atenção a alta incidência desses casos, acima da média nacional, além das referências tecnicamente inconsistentes feitas por MFC. As

referências indicavam baixo conhecimento técnico sobre a patologia e, portanto, dificuldade ou desconhecimento do tratamento indicado e possível com as drogas presentes, grande parte das vezes, no PSF. Isso significa que a qualidade de vida da população atendida com a patologia era reduzida e casos que poderiam ser tratados nos PSFs, por desconhecimento eram encaminhados para o atendimento especializado, alongando ainda mais a fila de espera inclusive para pacientes que realmente necessitam do tratamento. Também o tratamento quando não adequado pode influir em casos de cronificação pela moléstia em circunstância onde os casos poderiam não se agravar.

Visto isso o ingresso no mestrado em Ciência Tecnologia e Educação permitiu que essa inquietação se tornasse a pesquisa intitulada “Febre Chikungunya: Desafio terapêutico na atenção primária a saúde no município de Teixeira de Freitas” e frutificasse no material instrucional para o manejo clínico diagnóstico e terapêutico das manifestações musculoesqueléticas pós-febre Chikungunya. Para isso a referida pesquisa identificou, através das entrevistas com MFC, algumas dificuldades e inconsistências técnicas desses profissionais no diagnóstico e terapêutica necessária para o tratamento dessa patologia nas diferentes fases. Assim, com a finalidade de auxiliar médicos de família e comunidade na condução de usuários vitimados pela febre Chikungunya, foi desenvolvido o presente material.

4.3.2 Justificativa

Após análise das entrevistas para realização da pesquisa com médicos de família e comunidade, ficou evidente as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família e comunidade no atendimento à usuários com dores persistentes pós-febre Chikungunya. Limitações que vão desde técnicas até material. Com restrito número de medicações nas farmácias básicas das unidades de saúde, que por vezes não têm anti-inflamatório não esteroidais, ou glicocorticoides, ou analgésicos comuns. Por outro lado, alguns médicos demonstraram insegurança e desconhecimento no diagnóstico das diferentes fases da doença e para o manejo de pacientes que necessitem o uso de glicocorticoides por um tem maior que o habitual e uso dos antidepressivos tricíclicos para o tratamento das dores musculoesqueléticas crônicas. Nesse sentido, foi notado a necessidade de um material de fácil acesso, sucinto, didático e prático para que haja a possibilidade de sua utilização no fazer do MFC. Em

outras palavras, a elaboração desse material pode trazer benefícios reais à qualidade de vida dos pacientes acometidos pela CHIKV e atendidos nos PSFs, a eficiência profissional, a redução de pacientes encaminhados para especialistas e a eficiência e a desoneração de custos da saúde pública nesses casos.

4.3.3 Objetivo Geral

- Orientar médicos de família e comunidade no manejo clínico, diagnóstico e terapêutico das manifestações musculoesqueléticas pós-febre Chikungunya.

4.3.4 Objetivos Específicos

- Oferecer informações técnicas que auxiliem os médicos de família e comunidade para o aprimoramento e direcionamento do tratamento da febre Chikungunya na APS.
- Expor as últimas evidências científicas do manejo diagnóstico e terapêutico da febre Chikungunya em suas diferentes fases.
- Listar as medicações utilizadas para o tratamento da febre Chikungunya nas diferentes fases e sintomas, principalmente as contidas no RENAME.
- Organizar as informações de maneira sistemática, conexa e compreensível para facilitar o uso do material para consulta.

4.3.5 Promoção Do Produto

A elaboração do material se pautou tanto nas necessidades encontradas em campo quanto na praticidade de utilização desse no dia a dia da prática médica. Sendo assim, a escolha de construir um material em arquivo PDF com links de acesso rápido visou a facilidade de acesso, compactação de dados e segurança na transferência do arquivo, protegendo o conteúdo de mudanças involuntárias.

A linguagem utilizada no material é simples e direta, fazendo uso de siglas e sinais que sejam tão claros quanto objetivos e eficientes para o acesso e tratamento. O material foi formatado em dimensões reduzidas, sintetizando informações e permitindo que o médico não se perca na linha lógica de sua busca e consiga encontrar a informação que precisa com o mínimo de ações e o máximo de rapidez.

O uso de imagens no material tem especial sentido na eficiência de sua estruturação. As imagens formam uma linguagem que se conecta com a composição escrita do material. Funcionam no sentido de exemplificar e fornecer fonte para que o médico compare e utilize critérios visuais para o diagnóstico.

As informações técnicas e bibliográficas utilizadas na composição do material foram extraídas do Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia¹⁹, da revista brasileira de reumatologia²⁰ e do manejo clínico da febre Chikungunya²¹ referenciado pelo ministério da saúde. Foi dado foco ao material da Sociedade Brasileira de Reumatologia por se tratar do material mais atualizado disponível e por ser um compilado global das práticas de tratamento dessa patologia.

Para a eficiência e praticidade, o material instrucional foi dividido em: Introdução; fases da doença; formas atípicas; diagnóstico; tratamento; medidas preventivas. A divisão em si, enseja a lógica do próprio tratamento, pois inicia apresentando a doença e seus sintomas, seguido pela identificação da fase em que a patologia se encontra para que haja, então o diagnóstico. Por fim o tratamento indica as principais drogas usadas no tratamento da febre Chikungunya nas diferentes fases da doença e de acordo com as principais manifestações clínicas apresentadas.

Na introdução, em breves linhas, é explicado a finalidade do material. Em seguida, o Índice do material fornece os tópicos claros e objetivos, com links de acesso, que facilitam com que o MFC procure as informações que necessita sem ter que passar várias páginas, nem se perder entre elas. Cada página que se refere a um tópico específico possui um ícone em forma de casa para que se possa retornar ao índice. No tópico “Febre Chikungunya” é indicado o meio de transmissão, o período de incubação, as fases da doença e os principais diagnósticos diferenciais da CHIKV, as outras arboviroses como a dengue e a zika. Especificamente essa foi uma das dificuldades percebidas em entrevista por alguns MFC. Na sequência foram inseridas as fases da doença, especificando suas características e sintomas. Notamos também que alguns profissionais mostraram inconsistência técnica ao abordar as fases da doença. Isso impede o tratamento correto, portanto as três fases foram claramente diferenciadas segundo os sintomas, suas características e prognósticos. O tópico das “Formas Atípicas” indica acometimentos que ocorrem com certa raridade, mas que

¹⁹<https://sbr-reader.manoleeducacao.com.br/book/2ed/home.html>

²⁰<https://www.scielo.br/j/rbr/a/HXDFz7knsbSW3ZkF5V43XWr/?lang=pt&format=pdf>

²¹https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf

podem ser agravantes sérios à saúde do paciente. Quanto ao tópico de “Diagnóstico” o material aponta como deve ser firmado o diagnóstico da febre Chikungunya, focando no diagnóstico clínico-epidemiológico. Essa página tem como sequência os critérios laboratoriais que corroboram ou não para o diagnóstico clínico. Já o “prognóstico” apontam a possibilidade de agravamento da doença quanto aos sintomas iniciais favoráveis a piores desfechos, a incidência nos diferentes sexos e as características laboratoriais que corroboram com a cronicidade da febre Chikungunya. Na sequência os tópicos “Tratamento – fase aguda”, “Tratamento – Fase subaguda” e “Tratamento – fase crônica” apontam as terapêuticas possíveis e adequadas a cada fase. E por fim o tópico referente às “Medidas Preventivas” focando na educação e limpeza pública, impedindo a proliferação do vetor, uma vez que não existe vacina contra o vírus chikungunya, tão pouco uma medicação antiviral.

A versão impressa do material está disponível no Apêndice C desta dissertação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os dados do Ministério da saúde, mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS. Apesar do drama da desigualdade que marca a vida da população desse país, o acesso universal à saúde, por vezes, representa uma das poucas garantias constitucionais que efetivamente estão presentes entre a população mais pobre do Brasil. De modo que não há como abordar a assistência básica à saúde sem enquadrá-la na falta de infraestrutura sanitária e na dificuldade financeira que impede qualquer acesso da população mais pobre aos meios que não sejam exclusivamente do SUS.

Portanto, o SUS não só desempenha uma ação de saúde, mas de dignidade humana à população que não tem outro recurso. Nesse sentido o atendimento básico à saúde, quando bem feito, amplia significativamente a qualidade de vida da população assistida. Dito isto, os dados coletados que apontam a alta taxa de infecção pelo vírus chikungunya, não por acaso, indicam também os bairros com maior índice de pobreza, precária infraestrutura sanitária e por conseguinte baixa expectativa de vida.

A estratégia de saúde da família tem como um dos pilares a longitudinalidade no acompanhamento às famílias assistidas. Significa que um médico de família deve acompanhar o desenvolvimento de sua comunidade, conhecer os problemas, o contexto e as pessoas que buscam atendimento à saúde. A longitudinalidade no acompanhamento implica em uma melhor assistência e melhor efetividade nos programas de promoção à saúde. Contudo, percebemos que em Teixeira de Freitas existe uma constante troca de médicos da ESF entre as UBS. A não assiduidade do médico em uma mesma unidade de saúde, como vimos, implica no desconhecimento dos problemas da comunidade e impede a eficiência no tratamento. Isso pode ser notado especialmente nos casos de pacientes com CHIKV, pois esses sempre retornam ao posto de saúde, haja vista a alta taxa de cronificação e de dores recorrentes.

Outro ponto recorrente entre as falas dos entrevistados são as dificuldades enfrentadas no tratamento com relação a falta de fármacos para as diferentes fases da doença. Além da falta das medicações, também foram recorrentes as falas sobre a incorreta adesão à terapêutica pelos pacientes e o receio dos médicos em prescrever glicocorticoides nas fases subaguda e crônica da doença. Foi perceptível

a insegurança de alguns médicos com essa classe medicamentosa, criando um óbice ao tratamento correto.

No percurso às visitas as UBS, pudemos visualizar a situação precária dos bairros com relação a infraestrutura, com ruas sem calçamento, com esgoto a céu aberto, excesso de lixo acumulado, terrenos baldios, ambiente propício para reprodução dos vetores das arboviroses. Vimos, também, a proximidade entre os bairros e as UBS com maiores índices de infecções pelo vírus chikungunya. Esse contexto, comum à todas as UBS analisadas, apontam para a relação entre a endemia e o descaso do poder.

Tivemos como limitação a essa pesquisa o período da pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, que impossibilitou as visitas e entrevistas presenciais a um número maior de UBS, para segurança dos participantes e do entrevistador, além da impossibilidade de alguns médicos em responder a pesquisa por estarem hospitalizados nesse período. Outros possíveis participantes se recusaram a conceder a entrevista por motivos pessoais.

O ponto de maior relevância nas conclusões dessa pesquisa se dá pela limitação técnica de alguns profissionais médicos da estratégia de saúde da família para executar o diagnóstico, acompanhamento e terapêutica dos pacientes vítimas de febre Chikungunya, principalmente na fase crônica da doença. Notamos, não somente a falta de conhecimento específico desta patologia, como também, o desconhecimento das medicações inclusas na relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME), que contempla as principais classes de fármacos necessários para o tratamento de diversas moléstias atendidas na APS. Sendo, assim o produto, material instrucional, que acompanha esse trabalho versa sobre os critérios diagnósticos da febre Chikungunya, tratamento em suas diversas fases e as drogas disponíveis no RENAME para a terapêutica desta arbovirose. A efetividade no tratamento, muitas vezes, depende da qualidade clínica e acesso aos fármacos necessários em tempo hábil, portanto o material instrucional, de maneira clara e objetiva, pode ser de grande valia na qualidade da terapêutica e a desoneração de custos públicos com especialistas e reabilitação.

A pesquisa de campo e os resultados dessa, apresentaram inúmeras outras possibilidades de estudo. Dentre elas está a de se desenvolver um estudo ampliado, focando a Policlínica Regional de Teixeira de Freitas, pois essa atende casos agravados de pacientes com CHIKV encaminhados pelos treze municípios que

compõem o Território Identidade do Extremo Sul Baiano. O referido território identidade é diverso, composto por municípios com realidades urbanas diferentes, contudo o que aproxima esses municípios é a alta desigualdade social e a presença do agronegócio de eucalipto, que ascendeu na região na década de oitenta. Correlacionar a alta taxa de transmissão do vírus chikungunya às condições sociais geradas em uma região dominada pelo agronegócio pode ser elucidativo, pois a transmissão do vírus, como visto, ocorre em locais de precária condição sanitária, fruto de condições sociais desiguais, do descaso governamental e do crescimento urbano acelerado. Um outro campo de pesquisa apontado pelo desenvolvimento desse trabalho é a gestão pública de saúde da cidade de Teixeira de Freitas. Ficou evidente a alta rotatividade de médicos de família e comunidade. A alta rotatividade dos médicos da estratégia de saúde da família, como já citado, impede o aprofundamento no conhecimento da realidade local, ao passo que torna mais difícil a conduta médica e efetividade das promoções de saúde nas comunidades. Um estudo sobre a periodicidade das mudanças dos MFC e como isso compromete o bom atendimento às comunidades permitiria um melhor conhecimento sobre os efeitos desse fato, além de fornecer subsídio para que o poder público possa estruturar medidas focadas na longitudinalidade dos MFC.

Já quanto a qualidade do conhecimento técnico para diagnosticar e tratar enfermidades recorrentes no município, o presente trabalho indicou que existe espaço para outras pesquisas ligadas a análise da qualidade do conhecimento profissional no atendimento a patologias comuns na região. Esse ponto de partida é útil tanto para o desenvolvimento de novas pesquisas que buscam compreender o desafio dos MFC no atendimento de patologias corriqueiras em APS. Isso partindo da análise da solidez instrucional para diagnosticar e tratar seus pacientes. Nesse sentido, as possibilidades se abrem tanto para novas pesquisas quanto para políticas públicas que foquem na promoção à capacitação profissional em patologias recorrentes nas UBS com fins de melhorar os diagnósticos, tornar efetivo os tratamentos, elevar a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e desonerar o sistema de saúde com a redução de encaminhamentos de pacientes aos atendimentos especializados, cujos os quais poderiam ser tratados na atenção básica com drogas disponíveis na APS.

É evidente que a qualidade de atendimento na APS tem impactos significativos tanto na vida da comunidade atendida como na redução da pressão sobre o SUS. Nesse sentido a qualidade de diagnóstico da CHIKV e o correto tratamento perpassa

pela solidez do conhecimento técnico médico para o diagnóstico e tratamento. Com o sentido de contribuir com a eficiência no diagnóstico e tratamento dessa patologia elaboramos um material instrucional, técnico, para auxiliar os MFC na eficiência de procedimento de seus pacientes. Sabemos que elementos fundamentais como o saneamento básico e a redução das desigualdades sociais se somam no impacto à saúde dos moradores da periferia da cidade. No entanto, dentre as ações que nos são possíveis, a produção de um material instrucional para os MFC focado na melhoria da qualidade de atendimento e tratamento, se mostra como um instrumento mais acessível, viável e, portanto, efetivo.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. W. M., NETA, M. A. H. M. **Metodologia Científica. [recurso eletrônico]** - Salvador: UFBA, Faculdade de Educação, Superintendência de Educação a Distância, 2017. 51 p.: il.

BAHIA. Secretaria de planejamento. Secretaria de desenvolvimento rural. Coordenação do território de identidade costa do descobrimento. **Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável e Solidário do Extremo Sul-Bahia**, 2016, p. 112.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Boletim epidemiológico de arboviroses**. Salvador: SESAB, 2018, p. 4.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Boletim epidemiológico de arboviroses**. Salvador: SESAB, 2019, p. 5.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4.ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Chikungunya: manejo clínico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança**. Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 5. ed. Brasília; 2016.

BURDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 1 ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2016

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. São Paulo: Estados Avançados, v. 27, n. 78, 2013.

DEBBO, Alejandra. **Manifestações musculoesqueléticas persistentes pós-febre chikungunya: uma série de casos em um estado do nordeste brasileiro /** Alejandra Debbo; orientadora Ângela Maria da Silva; coorientador Roque de Almeida Pacheco. – Aracaju, 2019.

DESLANDES, S. F. **A Construção do projeto de pesquisa**. In: MINAYO, M. C. (Org.) Pesquisa Social. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DUNCAN, Bruce B. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DUARTE, A. L. B. P. et al. **Manifestações Musculoesqueléticas da febre Chikungunya**. In: VASCONCELOS, J. T. S. (org.). Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Barueri-SP: Editora Manole, 2019.

DUARTE, A. L. B. P. et al. **Manifestações Musculoesqueléticas da febre Chikungunya**. In: VASCONCELOS, J. T. S. (org.). Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. 2ª Ed. Barueri-SP: Editora Manole, 2021.

DUARTE, R. **Entrevistas em Pesquisas Qualitativas**. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019

HULLEY et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **idades**, 2020. Disponível em: <<https://idades.ibge.gov.br/brasil/ba/teixeira-de-freitas/panorama>> Acesso em 04/11/2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estado: Teixeira de Freitas-Ba**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/teixeira-de-freitas.html>. Acesso em: 06/11/2020.

LIMA, BB et al. **Estratégia Saúde Da Família Na Prevenção De Dengue, Zika Vírus E Febre Chikungunya**. Rev. enferm UFPE online., Recife, 12(5):1454-62, maio, 2018.

LIMA-CAMARA, TN. **Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil**. Rev Saúde Publica. 2016; 50:36.

MINAYO, Maria C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis-Rj. Ed.Vozes, 2002

MARIMOUTOU et al. **Chikungunya infection: self-reported rheumatic morbidity and impaired quality of life persist 6 years later**. Clinical Microbiology and Infection v. 21, n. 7, 2015

MARQUES, C. D. L.; et. al. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. Parte 1 – Diagnóstico e situações especiais**, Rev Bras Reumatol, v.s7, n. s2, p. s421-s437, 2017.

MARQUES, C. D. L.; et. al. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. Parte 2 – Tratamento**. Rev Bras Reumatol, v.s7, n. s2, p. s438-s451, 2017.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, F.L.B. et al., **Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.1031-1038, 2016.

PAIVA, Carlos H. A; TEIXEIRA, Luiz A. **Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors**. História, Ciência, saúde, manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 1 – 21, 2014.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.37-59.

ROMANELLI, G. **A entrevista antropológica: troca e alteridade**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, p. 119-133, 1998.

SANTOS, Lucas Bastos dos. **Contribuição às estratégias de prevenção e controle da dengue, Chikungunya e Zika no município de Cruz das Almas- BA**. /Lucas Bastos dos Santos._ Cruz das Almas, BA, 2018.

SARAMAGO, Jose. **Ensaio Sobre a Cegueira**. 19a . ed. São Paulo: Cia. das Letras, 2001.

SOUZA, Naiara. **A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1963): Antecedentes para um sistema nacional de saúde público e descentralizado**. Dissertação de Mestrado, pós-graduação em história da ciência e saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 160, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FEBRE CHIKUNGUNYA: DESAFIO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA DE FREITAS**

Responsável: Mellina da Silva Gonçalves

Número do CAAE: 40645120.7.0000.8207

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

De acordo com o boletim epidemiológico de arboviroses da Bahia, no ano 2018, cerca de 70% dos casos incidiram no território identidade do extremo sul baiano e, destacadamente, o município com maior número de infectados foi Teixeira de Freitas, com 1.639 casos/100 mil habitantes.

Esta pesquisa intitulada “**Febre Chikungunya: Desafio Terapêutico Na Atenção Primária À Saúde No Município De Teixeira De Freitas**” busca, por meio de entrevistas, compreender as dificuldades encontradas pelos médicos de família e comunidade de Teixeira de Freitas na condução do tratamento dos pacientes com febre chikungunya nas fases subaguda e crônica da doença.

Ela está sendo desenvolvida por Mellina da Silva Gonçalves, pesquisadora da Faculdade Vale do Cricaré, do Mestrado em Ciência, Tecnologia e Educação, sob a orientação da Professora Luciana Firmes Marinato.

A pesquisa tem como objetivo geral, compreender as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família e comunidade, de Teixeira de Freitas, no manejo terapêutico dos pacientes com Chikungunya. Além disso, são objetivos:

- Coletar dados sobre a incidência da CHIKV em Teixeira de Freitas e em seus bairros nos anos de 2018 e 2019, para identificar os bairros com maior incidência da doença.
- Entrevistar Médicos da atenção primária a saúde de Teixeira De Freitas e coletar informações sobre estrutura e modo procedimental no tratamento de pacientes acometidos por CHIKV.
- Analisar as entrevistas reunindo informações convergentes que visem elucidar dificuldades comuns no tratamento de CHIKV na atenção básica.
- Produzir um material instrucional baseado nas carências assistenciais observadas no tratamento de CHIKV nas fases subaguda e crônica da doença.

A finalidade desta pesquisa é a melhoria na qualidade do atendimento na atenção primária à saúde através da criação de um material instrucional para orientação médica no diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. Com melhoria no atendimento do médico de família e comunidade e conseqüente impacto na qualidade de vida dos pacientes, que dependem do sistema público de saúde.

Solicitamos a sua colaboração para responder oralmente uma entrevista que durará, cerca de trinta minutos e será registrada em áudio para, posteriormente, ser transcrita, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Riscos, formas de amenizá-los e benefícios:

A presente pesquisa em seus ditames éticos se ancora na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que visa preservar os pesquisados de danos físicos, psíquicos, morais, intelectuais sociais e culturais. Para tal a pesquisa a ser realizada compreende que os depoimentos são de foro profissional e, portanto, pode incorrer em danos morais e sociais dos entrevistados. Dado a possibilidade de eventuais

prejuízos à imagem, constrangimentos e exposições dos entrevistados, os conteúdos das entrevistas serão analisados à luz da bioética e seguida da anuência à pesquisa através desse termo de consentimento livre e esclarecido. A adesão à pesquisa, a coleta, o tratamento e exposição acadêmica das entrevistas ocorrerão no sentido de garantir a integridade dos entrevistados e a ausência de vícios e interesses de pesquisa para a análise e publicação do material. Com intuito de garantir a integridade moral, social e emocional dos entrevistados, a presente pesquisa atenuará esses riscos empregando as iniciais dos entrevistados e suprimindo quaisquer outras referências pessoais que possam trazer prejuízo à imagem do depoente. Também, as entrevistas incorporadas e analisadas no corpo do trabalho acadêmico serão postas a apreciação dos entrevistados para que torne o consentimento e a interpretação do dito isento de vícios de pesquisa.

A pesquisa tem como propósito a melhoria da qualidade de atendimento na atenção primária à saúde através da criação de um material instrucional para orientação médica no diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. A melhoria no atendimento do médico de família e comunidade impacta na qualidade de vida dos pacientes, que dependem do sistema público de saúde e na educação continuada e qualificação desse profissional de saúde. Também, tem o potencial de reduzir a taxa de agravos da doença e, por consequência, acarreta a atenuação dos gastos públicos com exames complementares desnecessários, encargos com profissionais especializados e redução na fila de espera para atendimento.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, não sofrerá nenhum dano. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Procedimentos:

Com o objetivo de esclarecer quanto ao procedimento realizado, enumeramos os passos, a seguir:

- A entrevista será realizada em apenas um dia encontro.
- Para garantir que não haja contratempos, optaremos por um dia em que o senhor tenha atendimento no seu local de trabalho, UBS, evitando deslocamentos extras.

- A pesquisa será realizada por meio de entrevista gravada, mas também disponibilizaremos o roteiro semiestruturada por escrito.
- Os áudios serão gravados para depois serem transcritos. O material recolhido constará na dissertação de Mestrado.

Ressarcimento e Indenização:

Sua participação na pesquisa será voluntária, logo não haverá custeamento para a realização.

Declaração de aceite

Considerando, que fui informado dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Teixeira de Freitas, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pelo Conselho de Ética da Faculdade do Cricaré. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Teixeira de Freitas, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturado com Médicos da Atenção Primária à Saúde de Teixeira de Freitas.

Roteiro de Entrevista Semiestruturado com Médicos da Atenção Primária à Saúde de Teixeira de Freitas.

1. Experiência em saúde pública

- 1.1 Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária à Saúde (APS)?
- 1.2 Trabalha nesta Unidade Básica de Saúde (UBS) há muito tempo?
- 1.3 Quais as principais dificuldades encontradas no atendimento à APS?
- 1.4 Acredita que possui a estrutura adequada para diagnóstico e tratamento de patologias nessa UBS?
- 1.5 A UBS faz muita diferença na qualidade de vida da população local? Por que?

2. Experiência em diagnóstico e tratamento da Febre Chikungunya

- 2.1 A população atendida nessa UBS tem taxas significativas de acometimento por febre chikungunya (FC)?
- 2.2 A que atribui essa taxa de infecção?
- 2.3 Quais são os critérios utilizados para diagnosticar a FC e a fase de doença em que encontra-se o paciente?
- 2.4 Em qual(is) caso(s) ocorre(m) o encaminhamento do paciente para atendimento secundário com especialista(s) e/ou para exame(s) complementar(es)?
- 2.5 Essa UBS possui as medicações necessárias para o tratamento da FC nas suas diferentes fases?
- 2.6 Como o senhor(a) procede no tratamento de pacientes acometidos por essa patologia?
- 2.7 O senhor(a) percebe melhoras significativas em pacientes tratados aqui nessa UBS?

APÊNDICE C – Produto da dissertação: material instrucional.



FVC FACULDADE
VALE DO CRICARÉ

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS MANIFESTAÇÕES
MUSCULOESQUELÉTICAS PÓS-FEBRE CHIKUNGUNYA**

MELLINA DA SILVA GONÇALVES

**ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
PÓS-GRADUADA EM REUMATOLOGIA
MESTRANDA EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**



FVC FACULDADE
VALE DO CRICARÉ

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

**Finalidade do
material**

O presente material instrucional destina-se à médicos de família e comunidade que assistem usuários com dores musculoesqueléticas após a febre Chikungunya nas diferentes fases da doença.

Com objetivo de auxiliar no manejo terapêutico desses pacientes, o médico encontrará neste material as condutas clínicas baseadas nas recomendações da sociedade brasileira de reumatologia para o diagnóstico e tratamento da febre Chikungunya.

Boa leitura!

Índice

Febre Chikungunya

Fase Aguda

Fase Subaguda

Fase Crônica

Formas Atípicas

Diagnóstico

Prognóstico

Tratamento – Fase Aguda

Tratamento – Fase Subaguda

Tratamento – Fase Crônica

Medidas Preventivas

Febre Chikungunya

Arbovirose transmitida por vetor *A. aegypti* e *A. albopictus*

Período de incubação de 1 a 12 dias

Diagnóstico diferencial

- Dengue, zika
- Doenças reumáticas crônicas



Fase Aguda



Sintomática em 80 a 97% dos pacientes
Duração de 7-14 dias



Febre de início súbito
Artralgia/artrite - 100% dos casos, padrão simétrico e poliarticular, nas mãos, punhos, tornozelos e pés, de caráter incapacitante
Dores neuropáticas



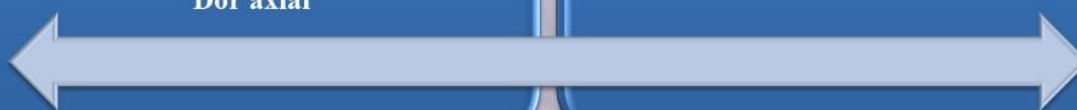
Fase Aguda



Astenia
Mialgia (60-93%)
Cefaleia (40-81%)
Náuseas/vômitos
Diarreia
Fotofobia
Dor retro-orbital
Conjuntivite
Dor axial



Exantema maculopapular (34-50%),
com ou sem prurido cutâneo,
Edema de face e extremidades,
Linfadenopatia cervical ou generalizada.



FASE SUBAGUDA

Manifesta-se após 14 dias - 3 meses

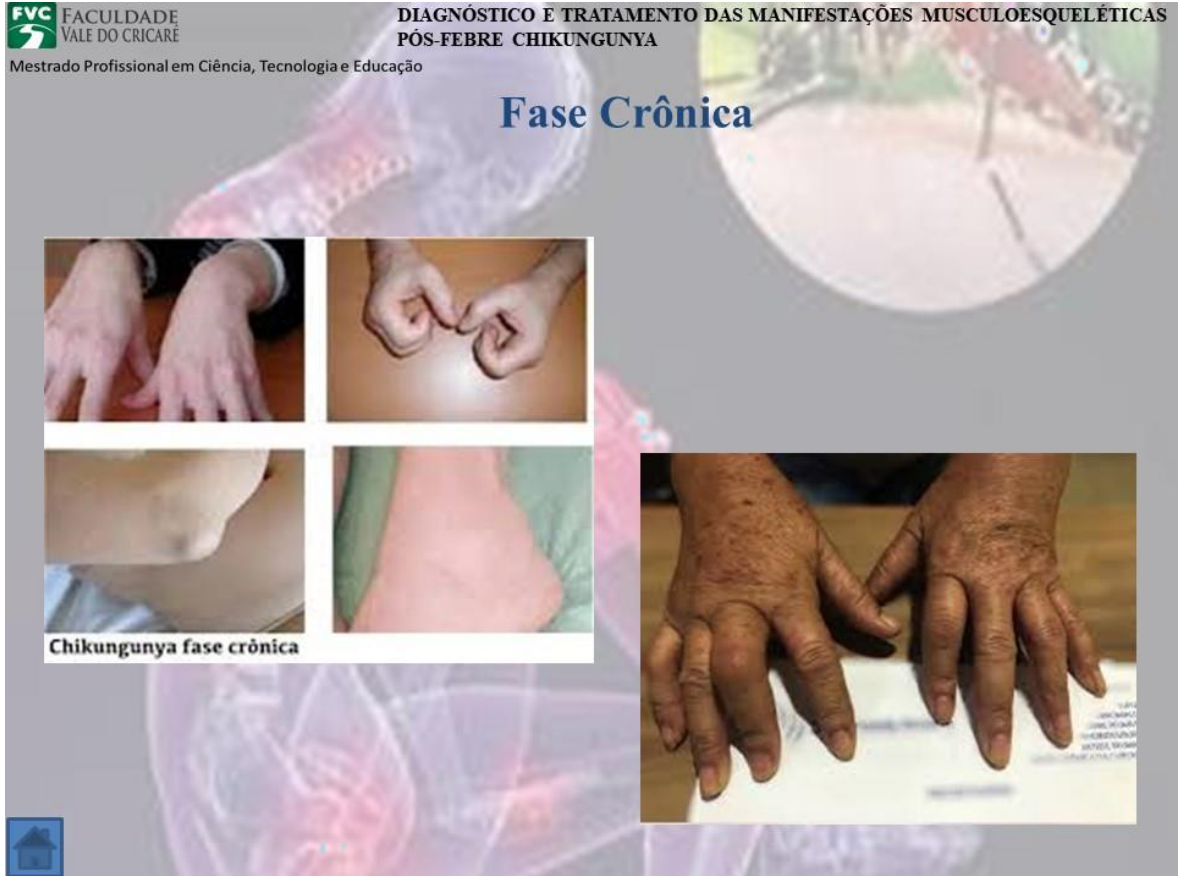
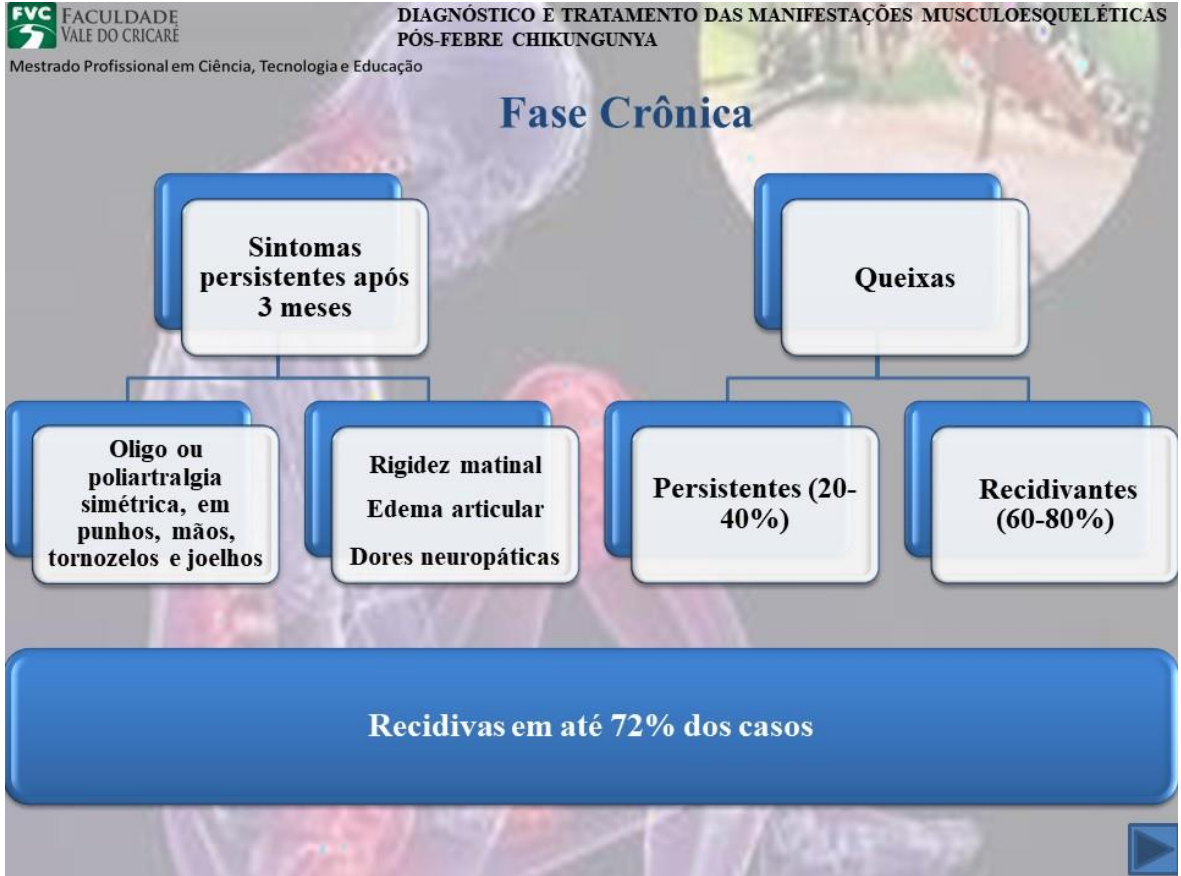
50% dos pacientes

Persistência dos sintomas

Figura 5 – Pacientes na fase subaguda de chikungunya



Fotos: Carlos Brito.



Formas Atípicas

Gravidade - 0,3%
Idade avançada (> 65 anos)
Presença de comorbidades.

Insuficiência cardíaca,
encefalite,
síndrome de Guillain-Barré,
neurite ótica,
uveíte anterior,
trombocitopenia e
linfadenopatia

Lesões cutâneas,
insuficiência renal, nefrite,
pneumonia,
insuficiência respiratória,
diarreia, vômitos,
hepatite aguda

Diagnóstico

**MS critérios clínico-
epidemiológicos caso
suspeito da doença**

**Início abrupto de febre >
38,5°C**
**Artralgia/artrite intensa
de início agudo**

**Não explicada por outras
condições clínicas**

**Indivíduo que reside ou
visitou área endêmica 15
dias antes dos sintomas ou
vínculo epidemiológico
com caso confirmado.**

Diagnóstico

Critérios Laboratoriais

Isolamento do CHIKV por cultura, presença de RNA do CHIKV avaliada por RT-PCR

Presença de anticorpos IgM específicos para CHIKV

Anticorpos IgG CHIKV em amostras recolhidas, pelo menos, com 10-14 dias

Detecção de anticorpos neutralizantes contra CHIKV por PRNT



Prognóstico

30% podem evoluir para a forma crônica

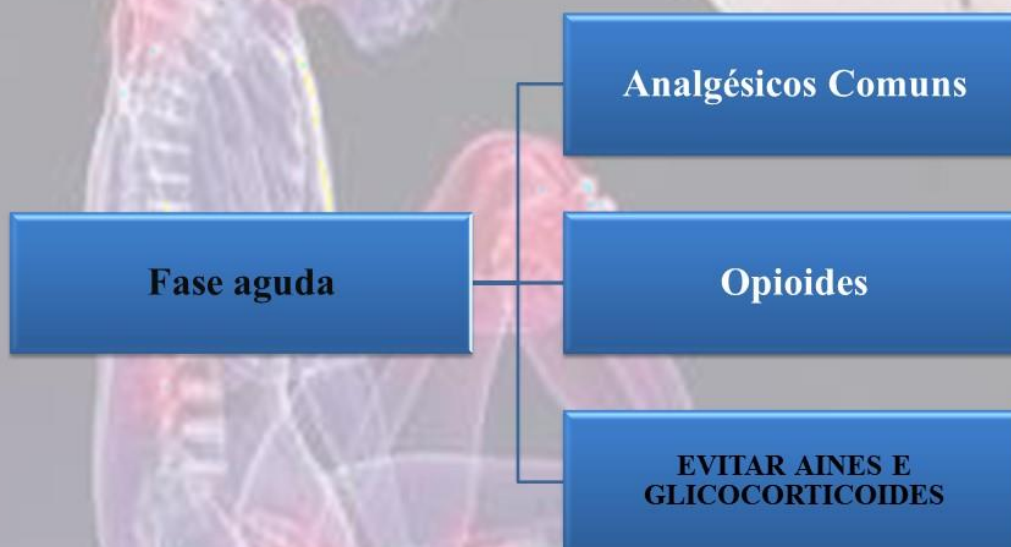
A presença de dor articular sem edema ou rigidez foi associada a maior probabilidade de recuperação.

sexo feminino, > 40 anos, envolvimento articular proeminente na fase aguda, osteoartrite e *diabetes mellitus*.

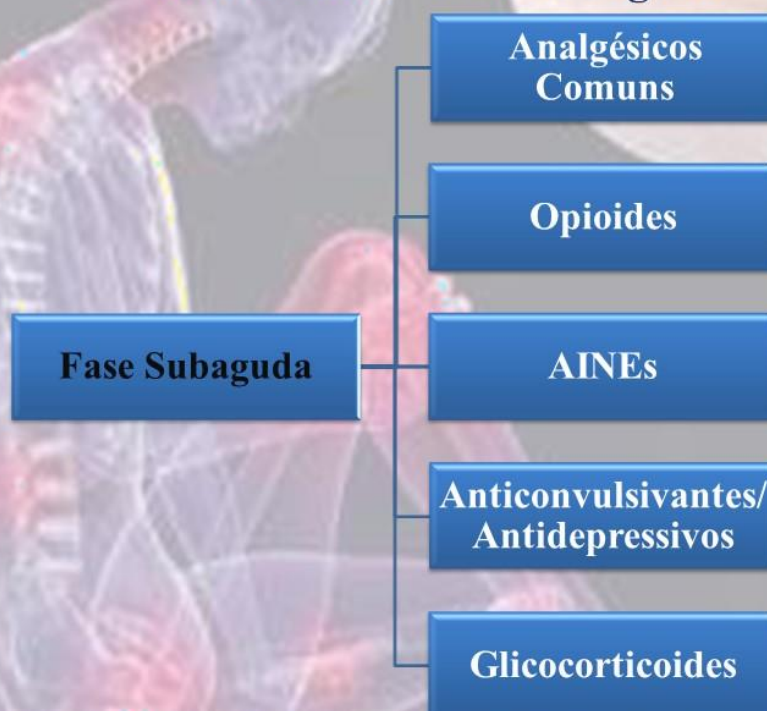
↑ proteína C-reativa e de sorologia para CHIKV IgG
Persistência de CHIKV IgM positiva além da fase aguda

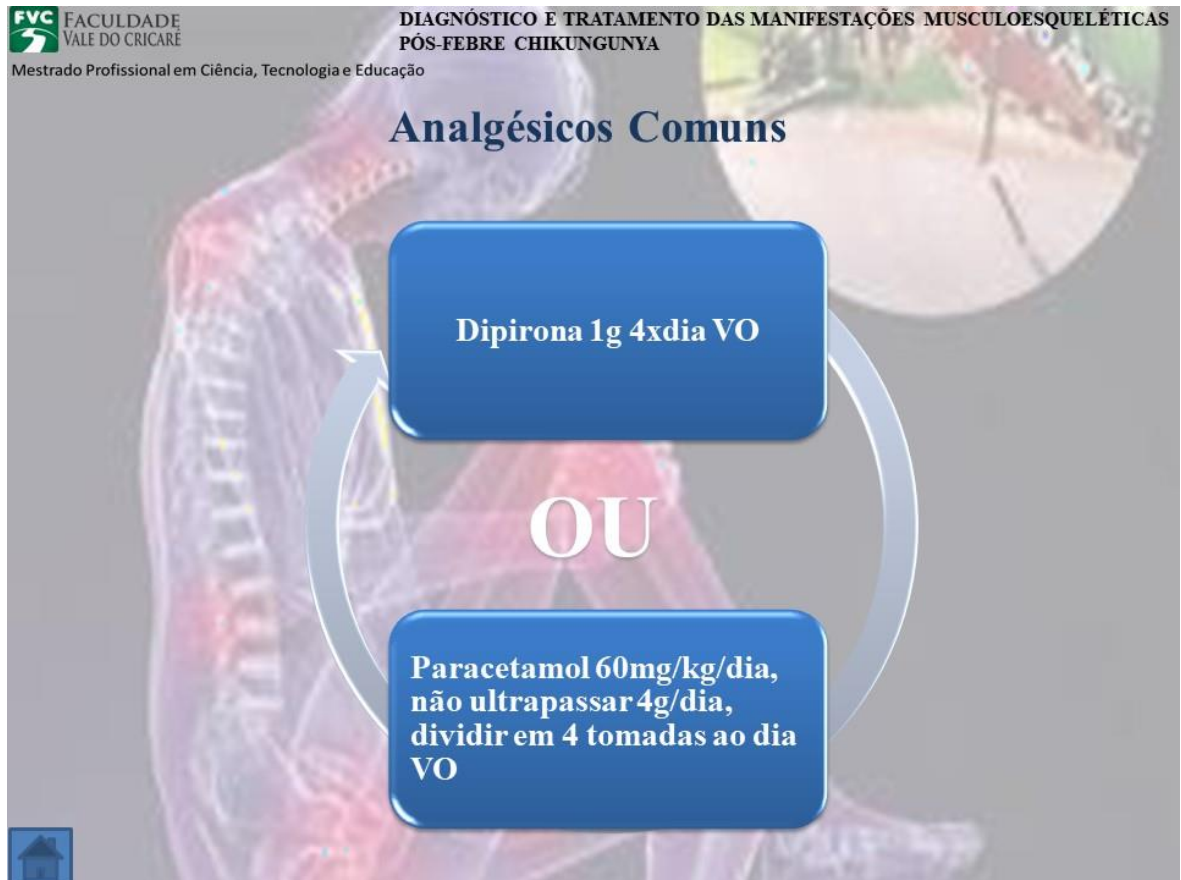
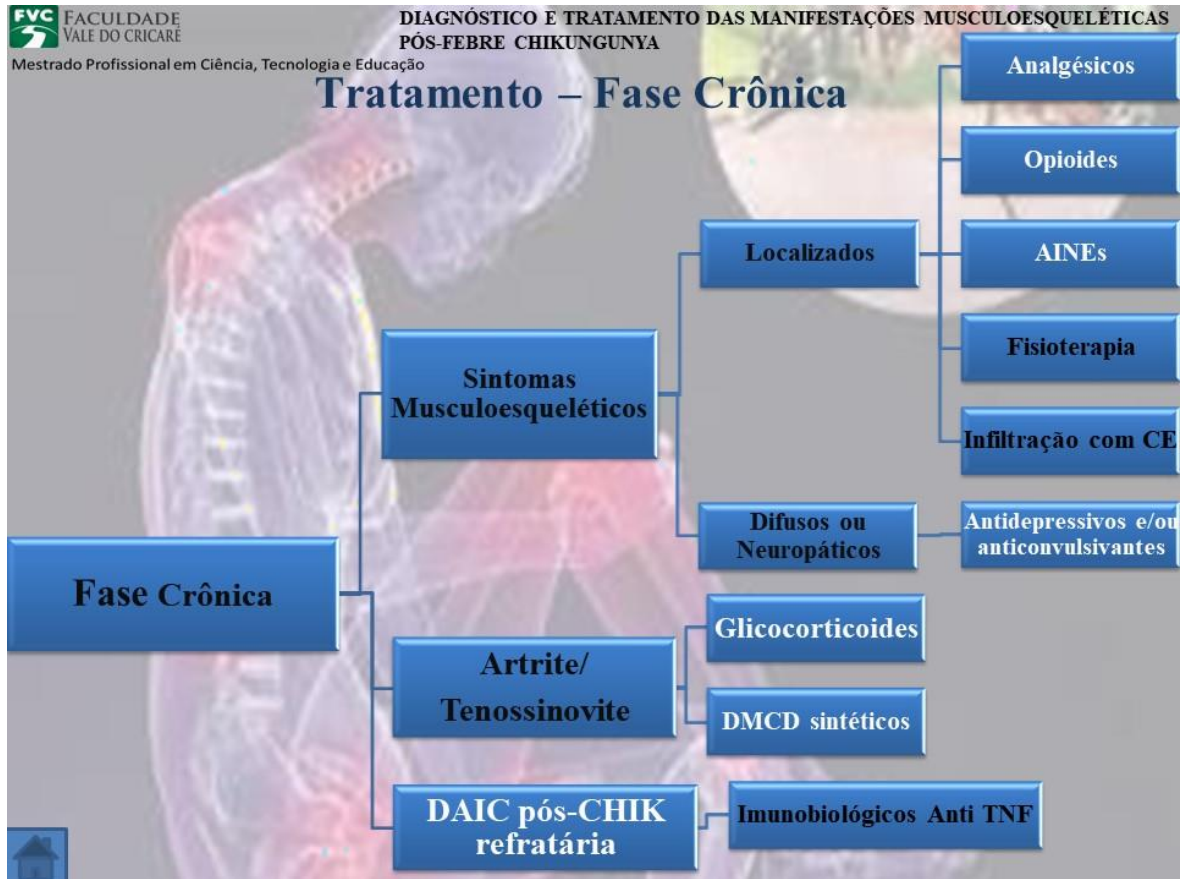


Tratamento – Fase Aguda



Tratamento – Fase Subaguda





Opioides

Indicado para dores refratárias aos analgésicos comuns

- Tramadol 50mg ou 100mg, duas a quatro vezes ao dia, VO

OU

- Codeína 30mg, duas a quatro vezes ao dia, VO



AINEs

Usar a menor dose pelo menor tempo possível

Nunca usar dois AINEs combinados

Avaliar fatores de risco:

Monitorar pressão arterial, edema periférico e função renal

Idade > 65 anos, história prévia de úlcera, HAS

Doença renal, uso de CE, anticoagulantes, asma e tabagismo

Sugestão:

Ibuprofeno 600mg 8-8hs



Anticonvulsivantes/Antidepressivos

**Amitriptilina 25mg a
50mg/dia VO**

Cuidado com doença cardiovascular, diabetes mellitus, mania, insuficiência renal ou hepática, disfunção tireoideana ou epilepsia. Deve ser retirada gradualmente.

**Gabapentina 300mg
2 a 3x ao dia VO**

Deve ser retirada gradualmente.

**Pregabalina 50 a 150mg
2x ao dia, VO**

Cuidado nos portadores de insuficiência cardíaca e renal. Monitorar plaquetopenia e sintomas de dependência. Retirar gradualmente.



Glicocorticoides

Prednisona/ Prednisolona 5 a 20mg/dia

- **Dose única pela manhã.**
Doses mais elevadas devem ser reservados para os casos graves, sem resposta com doses menores.
Avaliar presença de fatores de risco para osteoporose, glaucoma (história familiar), diabetes mellitus. Monitorar pressão arterial, glicemia de jejum.
- Usar por 6-8 semanas, com desmame lento e gradual de acordo com a resposta do paciente.



Drogas Modificadoras do Curso de Doença Sintética DMCD-Sintéticas

As DMCD são drogas usadas para o tratamento da artrite reumatoide e que são utilizados para os sintomas persistentes da fase crônica da febre Chikungunya, nos pacientes que foram refratários aos desmame dos glicocorticoides.

Metotrexato 10mg a 25mg/semanal

- O MTX é teratogênico. Antes do início do tratamento e trimestralmente, deverá ser solicitado: Hemograma, transaminases e função renal. O uso de ácido fólico (5mg, VO, uma vez por semana, no dia seguinte do MTX), reduz o risco de eventos adversos.

Hidroxicloroquina 5mg/kg/dia

- Poderá ser utilizado em conjunto com glicocorticoides e MTX ou SSA

Sulfassalazina 1g a 2g/dia



DAIC pós-CHIK refratária

Nos pacientes na fase crônica da febre Chikungunya com sintomas de artrite e tenossinovite persistentes, mesmo após tratamento com DMCD sintéticas e glicocorticoides são considerados portadores de doença articular inflamatória crônica pós-Chikungunya refratárias. Esses pacientes necessitam de acompanhamento especializado com reumatologista e provavelmente serão tratados com imunobiológicos anti TNF.



Medidas Preventivas



ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FEBRE CHIKUNGUNYA: DESAFIO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA DE FREITAS

Pesquisador: MELLINA DA SILVA GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40645120.7.0000.8207

Instituição Proponente: INSTITUTO VALE DO CRICARE LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.450.214

Apresentação do Projeto:

A febre chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya, transmitida no Brasil por dois vetores, *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A doença costuma evoluir em três fases diferentes: fase aguda, subaguda e crônica. A cronicidade dos sintomas ocorre em 30% a 50% dos pacientes, com manifestações articulares incapacitantes, principalmente nos pacientes com fatores de mau prognóstico e sem tratamento adequado para a dor.

A atenção primária à saúde é a porta de entrada para esse atendimento, com potencial de reduzir a cronificação de casos, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir as filas por atendimento especializado. Teixeira de Freitas, em 2018, foi responsável por cerca de 70% das notificações de febre chikungunya na Bahia e em 2019 esteve entre as dez cidades baianas com maior incidência de febre Chikungunya. O presente estudo tem por objetivo compreender as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família e comunidade de Teixeira de Freitas-Ba no manejo terapêutico dos pacientes com Chikungunya. Pelo método de amostragem, através de entrevistas com os médicos que atuam nas oito Unidades Básicas de Saúde, que atendem os bairros com maior incidência de pacientes acometidos pela Chikungunya em Teixeira de Freitas nos anos de 2018 e 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217
Bairro: UNIVERSITARIO **CEP:** 29.933-415
UF: ES **Município:** SAO MATEUS
Telefone: (27)3313-0000 **E-mail:** cep@lvc.br



Continuação do Parecer: 4.450.214

Compreender as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família e comunidade, de Telxela de Freitas, no manejo terapêutico dos pacientes com Chikungunya.

Objetivo Secundário:

Coletar dados sobre a incidência da CHIKV em Telxela de Freitas e em seus bairros nos anos de 2018 e 2019, para identificar os bairros com maior incidência da doença.

Entrevistar Médicos da atenção primária a saúde de Telxela De Freitas e coletar informações sobre estrutura e modo procedimental no tratamento de pacientes acometidos por CHIKV.

Analisar as entrevistas reunindo informações convergentes que visem elucidar dificuldades comuns no tratamento de CHIKV na atenção básica.

Produzir um material instrucional baseado nas carências assistenciais observadas no tratamento de CHIKV nas fases subaguda e crônica da doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os depoimentos por parte dos entrevistados são de foro profissional e, portanto, pode incorrer em danos morais e sociais dos entrevistados. Dado a possibilidade de eventuais prejuízos à imagem, constrangimentos e exposições dos entrevistados, os conteúdos das entrevistas será analisado à luz da bioética e seguida da anuência à

pesquisa através desse termo de consentimento livre e esclarecido.

Com intuito de garantir a integridade moral, social e emocional dos entrevistados, a presente pesquisa atenuará esses riscos empregando as iniciais dos entrevistados e suprimindo quaisquer outras referências pessoais que possam trazer prejuízo à imagem do depoente.

Também, as entrevistas incorporadas e analisadas no corpo do trabalho acadêmico serão postas a apreciação dos entrevistados para que tome o consentimento e a interpretação do dito isento de vícios de pesquisa.

Benefícios:

A pesquisa tem como propósito a melhoria da qualidade de atendimento na atenção primária à saúde através da criação de um material instrucional para orientação médica no diagnóstico e tratamento da febre chikungunya, o que impacta na qualidade de vida dos pacientes, que dependem do sistema público de saúde e na educação continuada e qualificação desse profissional de saúde. Também, tem o potencial de reduzir a taxa de agravos da doença e, por consequência, acarreta a atenuação dos gastos públicos com exames complementares desnecessários, encargos com profissionais especializados e redução na fila de espera para atendimento.

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217
 Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 29.933-415
 UF: ES Município: SAO MATEUS
 Telefone: (27)3313-0000 E-mail: cep@fvc.br



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Parecer: 4.450.214

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A base do desenvolvimento dessa pesquisa são as entrevistas feitas com 8 médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) notadas como as que atendem os bairros com maior incidência de pacientes acometidos pela febre Chikungunya nos anos de 2018 e 2019. Identificados os bairros no município de Telxreira de Freitas, através de dados epidemiológicos levantados e fornecidos pela secretaria de saúde-SESAB e nos demais Informativos afins, ofertados pelo município e pelo Estado da Bahia nesse período.

Os dados quantitativos indicarão as UBS a serem pesquisadas e os profissionais de saúde, médicos, que devem ser entrevistados. O processo de pesquisa por amostragem se confirma na impossibilidade da pesquisa ser desenvolvida com todas as unidades de saúde e as entrevistas feitas com seus respectivos médicos. Nesse sentido, o método qualitativo é pertinente, pois permite que sejam investigados os procedimentos de triagem, os critérios clínicos utilizados na identificação da patologia e como que esses profissionais tratam os

pacientes acometidos pela referida arbovirose. Os contatos com os médicos das UBS serão feitos presencialmente e nos respectivos locais de atuação dos pesquisados. Os primeiros contatos assim como as entrevistas serão presenciais e principalarão com a exposição dos motivos e sentidos da pesquisa. No momento, antes do início das entrevistas, será apresentado, e submetido aos entrevistados, o termo de consentimento livre e esclarecido. Seguido do aceite do termo se iniciarão as entrevistas. Para a entrevista será utilizado o gravador eletrônico posto sobre local visível que permita a captação do áudio com qualidade. As entrevistas indicarão, nesse caso, os elementos que não podem ser notados por dados quantitativos, tomando os depoimentos fontes documentais preciosas para compreender a qualidade do atendimento e tratamento de pacientes nas unidades básicas de saúde. O roteiro de entrevista semiestruturado tocará temas que abordam o tratamento de Chikungunya, emitindo a compreensão do método de tratamento, conhecimento sobre a patologia, protocolos de triagem e histórias de ocorrências. A cartilha orientadora como produto dessa pesquisa tem o potencial de instruir e facilitar o diagnóstico de Chikungunya, orientar o tratamento e triagem de pacientes, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento da atenção básica, redução dos casos de cronicização e melhorando a qualidade de vida dos acometidos por essa patologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados em conformidade com as obrigatoriedades exigidas.

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 29.933-415

UF: ES

Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3313-0000

E-mail: cep@fvc.br



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Parecer: 4.450.214

Recomendações:

Sugiro melhorar a redação dos objetivos específicos, dando foco aos verbos, Identificar, Compreender, Elucidar e Produzir.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero o Projeto Proposto, sem pendências, portanto, apto para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, Item XI 2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1664620.pdf	24/11/2020 10:45:38		Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_asslnada.pdf	24/11/2020 10:43:16	MELLINA DA SILVA GONÇALVES	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE.docx	18/11/2020 23:58:10	MELLINA DA SILVA GONÇALVES	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_FEBRE_CHIKUNGUNYA_.pdf	18/11/2020 23:38:10	MELLINA DA SILVA GONÇALVES	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/11/2020 23:35:03	MELLINA DA SILVA GONÇALVES	Acelto
Outros	Autorizacao_coleta_dados.pdf	17/11/2020 10:00:43	MELLINA DA SILVA GONÇALVES	Acelto
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_e_compromisso_do_pesquisador_responsavel.pdf	16/11/2020 20:57:21	MELLINA DA SILVA GONÇALVES	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217

Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 29.933-415

UF: ES Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3313-0000

E-mail: cep@fvc.br



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Processo: 4.450.214

SAO MATEUS, 09 de Dezembro de 2020

Assinado por:

José Roberto Gonçalves de Abreu
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217

Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 29.933-415

UF: ES Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3313-0000

E-mail: cep@ivc.br