



Arboviroses reemergentes: perfil clínico-epidemiológico de idosos hospitalizados

Reemerging arboviruses: clinical-epidemiological profile of hospitalized elderly patients

Arbovirose reemergentes: perfil clínico epidemiológico de personas mayores hospitalizadas

Lia Raquel de Carvalho Viana¹, Cláudia Jeane Lopes Pimenta², Edna Marília Nóbrega Fonseca de Araújo¹, Tiago José Silveira Teófilo¹, Tatiana Ferreira da Costa², Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa²

Como citar este artigo:

Viana LRC, Pimenta CJL, Araújo EMNF, Teófilo TJS, Costa TF, Costa KNFM. Reemerging arboviruses: clinical-epidemiological profile of hospitalized elderly patients. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017052103403>

¹ Universidade Federal da Paraíba,
Hospital Universitário Lauro
Wanderley, João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Federal da Paraíba,
João Pessoa, PB, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical-epidemiological profile of hospitalized elderly patients with arbovirus. **Method:** A documentary retrospective population-based descriptive study that used a quantitative approach with hospitalized elderly patients diagnosed with arbovirus was conducted in a teaching hospital. Data were collected from medical records and investigation forms. **Results:** Thirty-three elderly patients participated in this study. A prevalence of dengue was observed, with fever, myalgia, and arthralgia. Arterial hypertension and diabetes were the comorbidities. Statistically significant correlations were obtained between arbovirus and schooling, employment situation, marital status, test results, and use of analgesics; and between the site of arthralgia and Chikungunya. **Conclusion:** The results support nursing care to hospitalized elderly patients with arbovirus, allowing the development of a proper and humanized care plan.

DESCRIPTORS

Aged; Dengue; Chikungunya Fever; Geriatric Nursing; Health of the Elderly.

Autor correspondente:

Lia Raquel de Carvalho Viana
Rua dos Milagres, 1516, Cristo Redentor,
CEP 58070-530 – João Pessoa, PB, Brasil
lia_viana19@hotmail.com

Recebido: 16/01/2018
Aprovado: 25/06/2018

INTRODUÇÃO

A população mundial está em constante envelhecimento. De acordo com o relatório de 2015 da *United Nations Population Division*⁽¹⁾, o número de indivíduos com mais de 60 anos deverá atingir o total de 2,1 bilhões até 2050. Essa mudança no cenário social traz consigo necessidades específicas dessa população. Nesse contexto, a área da saúde deve estar preparada não apenas para o impacto das doenças crônicas, bastante comuns em idosos, mas também para as infecções reemergentes, que vêm ganhando destaque na última década⁽²⁾.

Recentemente se tem observado a reemergência de doenças transmitidas por mosquitos, denominadas arboviroses, com destaque para a Febre de Chikungunya e Febre de Zika em vários países das Américas. A entrada desses vírus no Brasil, país já endêmico para a Dengue, representa um grande desafio para a saúde pública, pois todos estão suscetíveis às infecções e ainda não existem antivirais específicos, tampouco vacinas para prevenção⁽³⁾.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, no ano de 2017, até o mês de setembro, foram confirmados no Brasil 88 óbitos por Dengue e 99 por Febre de Chikungunya – esta última tem maior incidência no Nordeste. Em relação à Febre de Zika, houve confirmação de 6.679 casos em 2017⁽⁴⁾. Tais doenças possuem características clínicas semelhantes, variando-se a intensidade dos sinais e sintomas, a saber: artralgia, febre alta, náusea, diarreia, vômito, dor retro-orbital, mialgia, plaquetopenia, exantema, entre outros⁽⁵⁻⁶⁾.

A Febre de Chikungunya é preocupante, pois a severa artralgia, presente em aproximadamente 100% dos casos, constitui a característica mais debilitante para o indivíduo, podendo tornar-se crônica⁽⁵⁾. Na população idosa, a doença causa perda de função, descondicionamento físico, diminuição de mobilidade, depressão, artrite, e consequente redução na qualidade de vida⁽⁷⁾. Por outro lado, a infecção pelo vírus da Zika pode levar ao desenvolvimento da Síndrome de Guillain-Barré, doença que cursa com astenia generalizada e paralisia⁽⁸⁾. A importância de enfatizar os idosos explica-se devido às formas mais graves das doenças acometerem principalmente esses indivíduos⁽⁹⁾.

Na assistência aos pacientes com arboviroses, o enfermeiro, como educador, atua na prevenção de agravos e promoção à saúde, visando ao incentivo da adoção de melhores hábitos pela população, nos diversos níveis de complexidade. No tocante ao paciente infectado, esse profissional atuará com base em um plano de cuidados humanizado, com diagnósticos de enfermagem, metas e intervenções, buscando o restabelecimento da saúde do indivíduo⁽¹⁰⁾.

Apesar da grande disseminação, ainda é escasso e limitado o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das particularidades e complicações dessas arboviroses. Torna-se fundamental a organização dos serviços de saúde para fornecer maior resolutividade frente ao acelerado aumento do número de novos casos⁽⁵⁾. Diante ao exposto, o objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil clínico-epidemiológico dos idosos hospitalizados com arboviroses.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo documental retrospectivo, de base populacional e descritivo, com abordagem quantitativa.

CENÁRIO

A pesquisa foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) de um Hospital Universitário localizado no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A população investigada constituiu-se de idosos que estiveram hospitalizados na Clínica de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP) com diagnóstico de arbovirose (Febre de Chikungunya, Dengue e/ou Febre de Zika) durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, perfazendo um total de 41 pacientes.

Foram incluídos no estudo prontuários disponíveis no SAME de indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que estiveram hospitalizados na DIP, no referido período, nos quais constaram o diagnóstico final de Dengue, Febre de Chikungunya e/ou Febre de Zika. Os prontuários foram localizados por meio da ficha de investigação e notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sob a competência do Setor de Vigilância Epidemiológica. Foram excluídos os pacientes cujos prontuários e fichas de investigação não foram encontrados ou caracterizavam-se como nada consta. Dessa forma, não foi possível resgatar informações de oito idosos, e a amostra final foi composta por 33 pacientes.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a agosto de 2017, mediante informações encontradas nos prontuários e fichas de investigação dos pacientes.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

As informações foram sistematizadas em instrumento semiestruturado, com dados referentes ao perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico. Foi realizada a análise descritiva e exploratória dos dados para verificar a frequência das variáveis pesquisadas. Os testes Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Mann-Whitney foram utilizados com a finalidade de associar os resultados obtidos por meio do perfil dos pacientes e diagnóstico da arbovirose.

ASPECTOS ÉTICOS

Foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos, direta ou indiretamente, dispostos na Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, sob o parecer n.º 2.118.718 de 2017.

RESULTADOS

Em relação aos dados sociodemográficos, dos 33 pacientes, 57,6% eram do sexo masculino, 57,6%

encontravam-se na faixa etária entre 60-69 anos, 42,4% eram da raça parda, 39,4% eram aposentados, 54,5% eram casados e 93,9% residiam na zona urbana. Sobre a escolaridade, em 30,3% dos pacientes não constava essa informação e 21,2% possuíam ensino fundamental incompleto. Em relação à procedência, em 42,4% dos pacientes era desconhecida e 33,3% vieram ao Hospital Universitário encaminhados por um serviço de urgência e emergência.

No tocante aos dados clínicos, 54,5% obtiveram diagnóstico final de Dengue, 45,5%, Febre de Chikungunya, 30,3% tiveram Dengue clássica e 15,2%, Dengue com sinais de alarme. Como doenças de base, 69,7% apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 48,5%, Diabetes (Tabela 1).

Tabela 1 – Doenças de base em idosos hospitalizados com arbovirose – João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Doenças de base	n	%
HAS	23	69,7
Diabetes	16	48,5
Cardiopatias	10	30,3
Hepatopatia	3	9,1
Doença renal crônica	3	9,1
Doenças respiratórias	3	9,1
Doenças oftalmológicas	3	9,1
Doenças neurológicas	2	6,1
Doença autoimune	1	3,0
Doenças hematológicas	1	3,0
Nenhuma	2	6,1
Não consta	2	6,1

Os principais sinais e sintomas dos pacientes foram febre (97%), mialgia (78,8%) e artralgia intensa (75,8%), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Sinais e sintomas em idosos hospitalizados com arboviroses – João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Sinais e sintomas		
Febre	32	97,0
Mialgia	26	78,8
Artrose intensa	25	75,8
Cefaleia	21	63,6
Náuseas	14	42,4
Vômitos	14	42,4
Exantema	13	39,4
Astenia	9	27,3
Perda de peso	9	27,3
Diarreia	8	24,2
Dor nas costas	6	18,2
Prurido	5	15,2
Dor retro-orbital	3	9,1
Conjuntivite	2	6,1
Edema	2	6,1
Calafrios	1	3,0

Em 15,2% dos idosos, a poliartralgia caracterizou-se como assimétrica, 15,2% em punhos e joelhos e 12,1% em mãos. O diagnóstico da arbovirose foi realizado de forma clínica. Dos que tiveram Febre de Chikungunya, apenas 18,2% realizaram Sorologia IgM para Chikungunya, e dos diagnosticados com Dengue, 15,2% realizaram Sorologia IgM para Dengue. As principais alterações que constaram no Hemograma dos pacientes foram: plaquetopenia (66,7%), PCR – Proteína C-Reativa alta (48,5%) e leucopenia (39,4%). Quanto ao tempo de internação, houve prevalência de até 7 dias (60,6%), e foi registrada a ocorrência de um óbito na amostra.

Ao correlacionar os dados sociodemográficos com o diagnóstico da arbovirose, houve significância estatística ($p \leq 0,05$) nas variáveis escolaridade, situação profissional e estado civil, como consta na Tabela 3.

Tabela 3 – Dados sociodemográficos e diagnóstico de arbovirose em idosos hospitalizados – João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Variáveis	Diagnóstico / arbovirose				Valor p
	Dengue		Chikungunya		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	12	66,7	7	46,7	0,247*
Feminino	6	33,3	8	53,3	
Faixa etária					
60 – 69 anos	12	66,7	7	46,7	0,240**
70 – 79 anos	3	16,7	3	20,0	
80 – 89 anos	2	11,1	4	26,7	
≥ 90 anos	1	5,6	1	6,7	
Raça					
Branca	6	33,3	6	40,0	0,432*
Parda/mulata/cabocla	7	38,9	7	46,7	
Preta/negra	3	16,7	-	-	
Não consta	2	11,1	2	13,3	
Escolaridade					
Analfabeto	5	27,8	-	-	0,002**
Ensino fundamental incompleto	5	27,8	2	13,3	
Ensino fundamental completo	1	5,6	1	6,7	
Ensino médio completo	3	16,7	2	13,3	
Ensino superior incompleto	1	5,6	-	-	
Ensino superior completo	1	5,6	2	13,3	
Não consta	2	11,1	8	53,3	
Situação profissional					
Aposentado	11	61,1	2	13,3	0,008*
Pensionista	-	-	1	6,7	
Empregado/ocupação	5	27,8	2	13,3	
Do lar	1	5,6	3	20,0	
Não consta	1	5,6	7	46,7	
Estado civil					
Solteiro	-	-	-	-	0,022*
Casado	13	72,2	5	33,3	
Viúvo	-	-	2	13,3	
Divorciado	2	11,1	-	-	
Não consta	3	16,7	8	53,3	
Zona de residência					
Urbana	16	88,9	15	100,0	0,412*
Rural	1	5,6	-	-	
Não consta	1	5,6	-	-	
Procedência					
Serviço de urgência e emergência	7	38,9	4	26,7	0,370*
Atenção hospitalar	5	27,8	2	13,3	
Residência	-	-	1	6,7	
Não consta	6	33,3	8	53,3	
Total	18	100,0	15	100,0	

*Qui-quadrado de Pearson; **Teste de Mann-Whitney.

Quando as características da poliartralgia foram correlacionadas com o diagnóstico da arbovirose, houve significância estatística apenas entre o local do sintoma (joelhos) e a Febre de Chikungunya. Também houve significância na correlação entre resultados do Hemograma (PCR alta e plaquetopenia), uso de medicamentos (analgésicos) e diagnóstico da arbovirose, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Resultado do hemograma, do uso de medicamentos e diagnóstico de arbovirose em idosos hospitalizados – João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Variáveis	Diagnóstico / arbovirose				Valor p
	Dengue		Chikungunya		
	n	%	n	%	
Hemograma					
Leucopenia	9	50,0	4	26,7	0,172*
Trombocitopenia	2	11,1	1	6,7	0,658*
Proteína C-Reativa alta	12	66,7	4	26,7	0,037**
Plaquetopenia	15	83,3	7	46,7	0,026*
Diminuição de hemácias	-	-	2	13,3	0,199**
Diminuição de hemoglobina	1	5,6	4	26,7	0,152**
Não consta	1	5,6	6	40,0	0,300**
Medicamentos / tratamento					
Analgésicos	17	94,4	9	60,0	0,030**
Antitérmicos	15	83,3	9	60,0	0,239*
Corticosteroides	-	-	1	6,7	0,455**
Anti-inflamatórios não esteroidais	-	-	1	6,7	0,455**
Hidratação oral/endovenosa	13	72,2	7	46,7	0,135*
Anti-hipertensivo	9	50,0	6	40,0	0,566*
Hipoglicemiante/insulina	7	38,9	3	20,0	0,283**
Não consta	1	5,6	6	40,0	0,300**

* Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

A maioria dos idosos internados na clínica DIP apresentou prontuário e/ou ficha de notificação compulsória. No hospital, os agravos são notificados por meio de fichas elaboradas pelo SINAN e encaminhadas para o Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica, e os dados são repassados à Secretaria Municipal de Saúde. Todavia, além da quantidade, a qualidade desses dados deve ser enfatizada, visto que, quanto mais completa a ficha, mais efetivas e incisivas serão as ações para a resolução dos problemas encontrados⁽¹¹⁾.

No tocante aos dados sociodemográficos, a amostra apresentou discreta predominância do sexo masculino, concordando com estudo⁽¹¹⁾. A maioria dos idosos era pertencente à faixa etária de 60-69 anos, coincidindo com o perfil brasileiro dessa população⁽¹²⁾. Em relação à zona de residência, a quase totalidade da amostra residia em área urbana, concordando com pesquisa⁽¹³⁾. A urbanização acentuada, a falta de saneamento básico e a precária infraestrutura expõem a população a um maior risco de infecção, pois possibilitam a ampliação do *habitat* dos vetores

em locais densamente povoados⁽¹⁴⁾. Sobre a escolaridade, verificou-se predominância do ensino fundamental incompleto. A importância do nível de escolaridade relaciona-se com a prevenção, efetivada mediante estratégias de caráter higienista de combate ao vetor, as quais exigem da população medidas de extinção dos criadouros domésticos de mosquitos⁽¹⁵⁾.

Grande parte dos idosos foi encaminhada ao hospital por um serviço de urgência e emergência. Em estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento em João Pessoa, a Dengue representou 92,5% das notificações⁽¹⁶⁾. A dor aguda é o principal motivo de busca por esse serviço, destacando-se a lombalgia, mialgia, cefaleia e dor no joelho⁽¹⁷⁾, todas pertencentes ao quadro clínico da Dengue e Febre de Chikungunya. Assim, os pacientes tendem a procurar atendimento no referido serviço, visto que se trata de uma porta de entrada de fácil acesso⁽¹⁶⁾.

No que concerne ao aspecto clínico, quanto ao diagnóstico final, observou-se discreta prevalência da Dengue do tipo clássica, concordando com estudos brasileiros^(13,18). A Dengue é a doença viral transmitida por artrópodes mais predominantes no mundo e constitui um grave problema de saúde pública, principalmente no Brasil. Em pesquisa realizada no mesmo hospital deste estudo, essa infecção ocupou o segundo lugar das notificações analisadas⁽¹¹⁾. Trata-se de uma doença que está afetando cada vez mais os idosos, os quais apresentam maior risco de complicações e mortalidade. Segundo o Ministério da Saúde, a ocorrência de óbitos relaciona-se ao desconhecimento e desvalorização dos sinais de alarme, busca por mais de um serviço sem conduta adequada e reposição volêmica insuficiente⁽⁶⁾. No entanto, apesar da maior mortalidade entre os pacientes com Dengue, no presente estudo houve apenas um óbito, o de um idoso com diagnóstico de Febre de Chikungunya.

A Febre de Chikungunya foi diagnosticada em 45,5% da amostra. A literatura afirma que, embora seja semelhante à Dengue em termos de sintomatologia, trata-se de uma doença com maior potencial de desencadear epidemias mais devastadoras, devido ao maior número de casos sintomáticos, maior período de viremia e menor tempo de incubação do agente etiológico⁽¹⁹⁾. Um estudo prospectivo realizado em Porto Rico, ao identificar a etiologia de doenças febris em 8.996 pacientes, verificou prevalência do vírus da Chikungunya⁽²⁰⁾.

Observou-se neste estudo que HAS e Diabetes foram as principais doenças de base dos idosos hospitalizados, assim como em outras pesquisas^(18,21). Tais doenças crônicas são as mais frequentes na população idosa e, portanto, devem ser consideradas na abordagem terapêutica, visando à eficácia do tratamento da arbovirose⁽²²⁾. Vale ressaltar que a presença de comorbidades em pacientes com arboviroses foi mencionada como fator que determina a gravidade da doença⁽²¹⁻²²⁾, pois pode favorecer o surgimento de complicações, especialmente em indivíduos com mais de 75 anos⁽²⁰⁾. Em idosos diabéticos, por exemplo, a descompensação glicêmica está associada à desidratação, agravando a situação clínica do paciente diante da infecção aguda pela arbovirose. Sabe-se que a hidratação oral deve ser iniciada ainda na sala de espera pelo

atendimento⁽⁶⁾. Nos casos de Dengue, pode haver hemorragias oriundas de plaquetopenia, coagulopatia e alterações vasculares⁽⁶⁾, as quais podem ser causadas pela HAS. Assim, recomenda-se que a abordagem ao tratamento de arboviroses em idosos seja realizada mediante rigorosa supervisão clínica em relação à comorbidades e polifarmácia⁽²²⁾.

Febre, mialgia e artralgia foram as manifestações clínicas mais registradas durante a hospitalização. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa sobre Dengue na Índia⁽²¹⁾ e em estudo sobre a Chikungunya⁽²³⁾, ambos realizados com idosos. A febre está presente nas arboviroses supracitadas. Na Dengue, o sintoma consiste na primeira manifestação, seguido de cefaleia, astenia, mialgia e dor retro-orbitária⁽⁶⁾. A Febre de Chikungunya caracteriza-se, além desses sintomas, sobretudo, pela artralgia severa e debilitante⁽²⁰⁾. Acerca da poliartralgia, esta se caracterizou como assimétrica, prevalecendo em punhos, joelhos e mãos. De acordo com o Ministério da Saúde⁽⁵⁾, a poliartralgia tem sido identificada em cerca de 90% dos casos de Chikungunya na fase aguda. De modo geral, apresenta-se como bilateral e simétrica, porém pode ser assimétrica, afetando grandes e pequenas articulações, com frequência as mais distais.

Todos os pacientes da amostra receberam diagnóstico clínico, e, para a confirmação do caso, apenas 18,2% realizaram sorologia IgM para Chikungunya e 15,2% sorologia IgM para Dengue. Esse quantitativo reduzido de sorologias também foi observado em outros estudos^(18,24). No tocante à Chikungunya, recomenda-se que, nos casos típicos, o diagnóstico se dê por critérios clínicos epidemiológicos, e a sorologia apenas diante da necessidade de diagnóstico diferencial⁽²²⁾. Ressalta-se que casos atípicos são aqueles nos quais há constância ou aumento da intensidade dos sintomas, para os quais o diagnóstico sorológico é obrigatório⁽⁵⁾. O mesmo se aplica à Dengue, que só deve ser confirmada laboratorialmente em casos graves⁽⁶⁾.

Verificou-se que as alterações laboratoriais mais frequentes foram plaquetopenia, PCR alta e leucopenia, concordando com estudo⁽²⁴⁾. Na Febre de Chikungunya, é frequente que o hemograma dos pacientes apresente leucopenia com linfopenia (<1.000 cels/mm³), além de velocidade de hemossedimentação e PCR elevadas⁽⁵⁾. Na Dengue, a plaquetopenia é a principal característica laboratorial, podendo haver também o aumento do hematócrito⁽⁶⁾. A redução do número de plaquetas é responsável por hemorragias e óbito em casos mais graves da doença⁽²⁵⁾.

Ao associar os dados sociodemográficos com o diagnóstico da arbovirose, houve significância estatística ($p \leq 0,05$) nas variáveis escolaridade, situação profissional e estado civil. Em outra pesquisa, verificou-se a associação entre grau de instrução menor que 3 anos e incidência da Dengue⁽²⁶⁾. A literatura aponta que níveis mais baixos de escolaridade podem gerar dificuldades na compreensão e entendimento por parte da população sobre as medidas preventivas contra essas arboviroses, favorecendo o aumento do número de casos⁽²⁷⁾. Em relação à situação profissional e o estado civil, estudo revelou que indivíduos casados obtiveram níveis mais altos de conhecimento, evitando a ocorrência da Dengue com ações preventivas⁽²⁸⁾. Esse resultado difere do encontrado nesta pesquisa, uma vez que a maioria dos

indivíduos acometidos era casado. Os mesmos autores também mostraram associação entre indivíduos empregados e maiores níveis de conhecimento.

Houve significância estatística entre o local da artralgia (joelhos) e a Febre de Chikungunya. A literatura aponta a artralgia como a causa da alta taxa de morbidade em pacientes com Chikungunya, uma vez que reduz a produtividade e a qualidade de vida do indivíduo⁽⁵⁾, pois a dor articular, além de limitar os movimentos, pode originar deformidades⁽²⁵⁾.

Também houve significância estatística ($p \leq 0,05$) na associação entre resultados do Hemograma (PCR alta e plaquetopenia), uso de analgésicos e diagnóstico da arbovirose. A significância entre resultados do Hemograma e diagnóstico pode ser justificada devido à prevalência da elevada taxa de PCR e plaquetopenia na amostra estudada. Evidencia-se que a presença significativa de plaquetopenia no perfil laboratorial desses idosos aumenta a probabilidade de um evento catastrófico: o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico⁽²¹⁾.

No tocante à associação entre analgésicos e arbovirose, pacientes com Dengue frequentemente fazem uso de analgésicos por causa da sintomatologia. Na Chikungunya, a artrite e a dor intensa também exigem o uso dessa classe de medicamento, no entanto, esse é um aspecto que requer atenção, sobretudo na população idosa, a qual se torna mais suscetível à polifarmácia e a complicações devido às interações medicamentosas⁽²²⁾. Na Dengue, existe a possibilidade de ocorrência de hemorragias, que podem ser provocadas pela ingestão de medicamentos, como ácido acetilsalicílico, anticoagulantes e anti-inflamatórios não esteroidais, entre outros fatores precipitantes⁽⁶⁾.

No cenário atual dessas epidemias, o enfermeiro presta cuidados em todos os níveis de atenção à saúde. Na atenção básica, destaca-se pelo seu papel de educador, enfatizando a prevenção e a promoção à saúde. Na atenção especializada, no serviço de urgência, por exemplo, atua na classificação de risco, identificando o grau de comprometimento. Na atenção hospitalar, a assistência baseia-se na elaboração e execução do plano de cuidados humanizado⁽¹⁰⁾.

Diante da reemergência dessas arboviroses, verificam-se casos mais graves em grupos vulneráveis, como os idosos. Prioritariamente, é necessário que os gestores e a população se sensibilizem e se mobilizem em prol de uma organização do sistema de saúde, buscando oferecer maior resolutividade. Nesse contexto, o papel da vigilância epidemiológica é reconhecer as tendências dessas doenças, no intuito de direcionar ações de controle imediatas e específicas⁽²⁹⁻³⁰⁾.

CONCLUSÃO

A Dengue e a Febre de Chikungunya foram as arboviroses prevalentes na amostra estudada. Os pacientes apresentaram como comorbidades, HAS e Diabetes. Os sintomas mais registrados foram febre, mialgia e artralgia. Plaquetopenia, PCR alta e leucopenia foram as alterações mais frequentes nos exames. Houve associações estatisticamente significativas entre escolaridade, situação profissional, estado civil, resultados de exames, uso de analgésicos e diagnóstico da arbovirose; e entre o local da artralgia e a Chikungunya.

O curso futuro dessas epidemias na população idosa e seu impacto ainda são um enigma a ser decifrado pelos estudiosos no decorrer do tempo. No entanto, sabe-se que é preciso preparar o campo da saúde, no intuito de fornecer uma assistência adequada a esses pacientes. Os resultados desta pesquisa contribuem para fornecer subsídios, sobretudo para a assistência do enfermeiro a idosos acometidos por arboviroses, uma vez que o conhecimento do perfil clínico dessa população

permite a elaboração de um plano de cuidados direcionado às suas necessidades. Espera-se que este estudo incentive novas produções a respeito da temática em questão envolvendo a população idosa brasileira, dada a sua importância.

A subnotificação de doenças infecciosas refere-se a uma realidade recorrente no Brasil. Destarte, a exiguidade de informações em prontuários e fichas de investigação constituiu a principal limitação do estudo.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de idosos hospitalizados com arboviroses. **Método:** Estudo documental, retrospectivo, de base populacional e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com idosos hospitalizados com diagnóstico de arbovirose em um hospital universitário. Os dados foram coletados por meio de consulta aos prontuários e fichas de notificação. **Resultados:** Participaram 33 idosos. Houve prevalência da Dengue, destacando-se a febre, a mialgia e a artralgia. Verificaram-se a Hipertensão Arterial e a Diabetes como comorbidades. Foram evidenciadas associações estatisticamente significativas da arbovirose com a escolaridade, a situação profissional, o estado civil, os resultados de exames e o uso de analgésicos; e entre o local da artralgia e a Chikungunya. **Conclusão:** Os resultados fornecem subsídios para a assistência do enfermeiro aos idosos hospitalizados com arboviroses, permitindo a elaboração de um plano de cuidados adequado e humanizado.

DESCRIPTORES

Idoso; Dengue; Febre de Chikungunya; Enfermagem Geriátrica; Saúde do Idoso.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico epidemiológico de personas mayores hospitalizadas con arbovirosis. **Método:** Estudio documental, retrospectivo, de base poblacional y descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado con personas mayores hospitalizadas con diagnóstico de arbovirosis en un hospital universitario. Los datos fueron recogidos mediante consulta a las fichas médicas y de notificación. **Resultados:** Participaron 33 personas mayores. Hubo prevalencia del Dengue, destacándose la fiebre, la mialgia y la artralgia. Se verificaron la Hipertensión Arterial y la Diabetes como comorbilidades. Fueron evidenciadas asociaciones estadísticamente significativas de la arbovirosis con la escolaridad, la situación profesional, el estado civil, los resultados de exámenes y el empleo de analgésicos; y entre el sitio de la artralgia y la Chikungunya. **Conclusión:** Los resultados brindan subsidios para la asistencia del enfermero a las personas mayores hospitalizadas con arbovirosis, permitiendo la elaboración de un plan de cuidados adecuado y humanizado.

DESCRIPTORES

Anciano; Dengue; Fiebre Chikungunya; Enfermería Geriátrica; Salud del Anciano.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Organization. World Population Ageing 2015 [Internet]. New York: Department of Economics and Social Affairs, Population Division; 2015 [cited 2017 Oct 03]. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
2. Viana ALD, Silva HP, Ferreira MP. Demografia das Regiões de Saúde Brasileiras: novos caminhos [Internet]. São Paulo: Região e Redes; 2015 [citado 2017 Out 17]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/Novos-Caminhos-6.pdf>
3. Lima-Camara TN. Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 28];50(36):1-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100602
4. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. 2017 [citado 2017 out. 23];48(5). Disponível em: http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/2017-Dengue_Zika_Chikungunya-SE4.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2017 out. 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2017 out. 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_adulto_crianca_3ed.pdf
7. Masri H. Chikungunya virus in the geriatric patient: an imported case [abstract]. J Post Acute Long Term Care Med [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 26];16(3):B6. Available from: [http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00012-2/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00012-2/abstract)
8. Oehler E, Watrin L, Larre P, Leparc-Goffart I, Lastere S, Valour F, et al. Zika virus infection complicated by Guillain-Barré syndrome: case report, French Polynesia, December 2013. Euro Surveill [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 17];19(9).pii:20720. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20720>
9. Fernandes SCA, Figueiredo DLA, Lopes GVB, Fonseca HME. Dengue, Zika e Chikungunya na perspectiva da terceira idade: um enfoque em diabéticos e hipertensos: vivência e experiência com um grupo de idosos de uma Unidade Básica de Saúde de Mossoró/RN. Rev Extendere [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 03];4(1):19-26. Disponível em: <http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/viewFile/2034/1109>
10. Santos GAC, Rosa JS, Matos ECO, Santana ME. Dengue: prevenção, controle e cuidados de enfermagem: revisão integrativa da literatura 2008-2013. Rev Bras Ci Saúde [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 20];20(1):71-78. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/21374/15225>

11. Andrade TN, Macedo Neto RB, Guerreiro JV, Leite FSCB, Batista DA. Perfil epidemiológico das notificações compulsórias em um hospital universitário. *Rev Bras Ci Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 25];18(2):107-114. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/21003/11942>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 2017 nov. 24]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
13. Aguilar AMM, Assunção ML. Perfil clínico-epidemiológico da dengue no Município de Juscimeira - MT. *Rev Epidemiol Control Infect* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 25];4(4):249-53. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5605>
14. Lima Neto AS, Nascimento OJ, Sousa GS, Lima JWO. Dengue, Zika and Chikungunya: challenges for vector control given the occurrence of three arboviruses - Part I [editorial]. *Rev Bras Promoção Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 26];29(3):305-8. Available from: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5782/pdf_1
15. Gomes ACA, Tavares DRAL, Beyruth GP, Palermo TAC, Santos CM. Educação em saúde para prevenção e controle do *aedes aegypti*. *Persp Biol Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2017 nov. 27];7(24):32-9. Disponível em: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/1163
16. Dantas DI, Freitas RF, Batista DA, Almeida RB, Guerreiro JV. Contribuição do Núcleo de Vigilância Epidemiológica em uma Unidade de Pronto Atendimento para a notificação compulsória de agravos. *Rev Bras Ci Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 27];18 Sup.1:21-6. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/21002>
17. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 28];67(2):261-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-026.pdf>
18. Nascimento LB, Oliveira PS, Magalhães DP, França DDS, Magalhães ALA, Silva JB, et al. Caracterização dos casos suspeitos de dengue internados na capital do estado de Goiás em 2013: período de grande epidemia. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 28];24(3):475-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00475.pdf>
19. Donalizio MR, Freitas ARR. Chikungunya in Brazil: an emerging challenge. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 29];18(1):283-5. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/en_1415-790X-rbepid-18-01-00283.pdf
20. Tomashek KM, Lorenzi OD, Andújar-Pérez DA, Torres-Velásquez BC, Hunsperger EA, Munoz-Jordan JL, et al. Clinical and epidemiologic characteristics of dengue and other etiologic agents among patients with acute febrile illness, Puerto Rico, 2012-2015. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 29];11(9):e0005859. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5597097/>
21. Unnikrishnan R, Faizal BP, Vijayakumar P, Paul G, Sharma RN. Clinical and laboratory profile of dengue in the elderly. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 30];4(3):369-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535097/>
22. Marques CDL, Duarte ALPB, Ranzolin A, Dantas AT, Cavalcanti NG, Gonçalves RSG, et al. Recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and treatment of Chikungunya fever. Part 1 - diagnosis and special situations. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 01];57(S2):S421-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/0482-5004-rbr-57-s2-s421.pdf>
23. Méndez N, Baeza-Herrera L, Ojeda-Baranda R, Huchim-Lara O, Gómez-Carro S. Perfil clinicoepidemiológico de la infección por Chikungunya en casos hospitalarios atendidos en 2015 em Mérida, México. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2017 [citado 2017 Dez 01];41(91). Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e91/es/>
24. Langsjoen RM, Rubinstein RJ, Kautz TF, Auguste AJ, Erasmus JH, Kiaty-Figueroa L, et al. Molecular virologic and clinical characteristics of a Chikungunya fever outbreak in La Romana, Dominican Republic, 2014. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 02];10(12):e0005189. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5193339/>
25. Barbosa IR, Tavares AM, Torres UPS, Nascimento CA, Moura MCBM, Vieira VB, et al. Identification of surveillance and control priority areas for dengue and other arboviruses transmitted by *aedes aegypti* in Natal-RN, Brazil: experience report. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 02];1(17):240-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/en_2237-9622-ress-26-03-00629.pdf
26. Barbosa IR, Silva LP. Influência dos determinantes sociais e ambientais na distribuição espacial da Dengue no Município de Natal-RN. *Rev Ciênc Plur* [Internet]. 2015 [citado 2017 dez. 02];1(3):62-75. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/8583>
27. Silva GM, Santos GAM, Oliveira CCC, Vargas MA. Percepções e atitudes sobre a Dengue dos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev APS* [Internet]. 2015 [citado 2017 dez. 03];18(3):341-53. Disponível em: <https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2153/897>
28. Ramzan M, Ansar A, Nadeem S. Dengue epidemics: knowledge perhaps is the only key to success. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2015;27(2):402-6.
29. Zucchi P. Os desafios da Dengue. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba* [Internet]. 2016 [citado 2017 dez. 03];18(2):121-2. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/27551/pdf>
30. Cançado MSM, Barbosa MA, Teixeira RAG, Oliveira ESF. Perceptions of representatives of a committee against dengue in the health education actions, Goiás, Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 02];48(n.spe2):94-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48-n.spe2-00094.pdf>



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.