

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Febre de Chikungunya

manejo clínico



Brasília / DF • 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Febre de Chikungunya

manejo clínico



Brasília / DF • 2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 30.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue
Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 148
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: dengue@saude.gov.br

Jose Cerbino Neto
Kleber Giovanni Luz
Leandro Coelho de Almeida Freire
Livia Carla Vinhal Frutuoso
Priscila Leal e Leite
Rivaldo Venâncio da Cunha
Roberta Gomes Carvalho
Rodrigo Fabiano do Carmo Said
Vanessa Campos Andrade de Melo
Vitor Laerte Pinto Junior

Produção

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão técnica

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques
Giovannini Evelim Coelho

Organização

Giovannini Evelim Coelho – SVS/MS
Roberta Gomes Carvalho – SVS/MS
Rodrigo Fabiano do Carmo Said – SAS/MS

Capa e diagramação

Fred Lobo – Núcleo de Comunicação/SVS

Colaboração

Carlos Alexandre Antunes de Brito
Eduardo Martins Carneiro
Jaqueline Martins

Normalização

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão

Khamila Silva – Editora MS/CGDI
Silene Lopes Gil – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Febre de chikungunya: manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

28 p. : il.

ISBN 978-85-334-2226-1

1. Manejo Clínico. 2. Chikungunya. 3. Tratamento. 4. Classificação de risco. I. Título.

CDU 616-002.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0061

Títulos para indexação

Em inglês: Chikungunya fever: clinical management

Em espanhol: Fiebre de chikungunya: gestión clínica

Sumário

Introdução	5
Espectro clínico	6
Fase aguda ou febril	7
Fase subaguda	11
Fase crônica	12
Manifestações atípicas e graves	13
Gestantes	14
Alterações laboratoriais	14
Diagnóstico diferencial	14
Caso suspeito	16
Caso confirmado	16
Manejo clínico	16
Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda	17
Avaliação e tratamento do paciente na fase subaguda e na fase crônica	23
Ações de vigilância	25
Considerações finais	26
Referências	27

Página intencionalmente em branco

Introdução

A febre de chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. A transmissão ocorre pela picada de fêmeas dos mosquitos *Ae. Aegypti* e *Ae. albopictus* infectadas pelo CHIKV. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que, exclusivamente, durante o período de intraparto em gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara se os protocolos forem observados.

Os sinais e os sintomas são clinicamente parecidos com os da dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que as difere são as fortes dores nas articulações. Após a fase inicial, a doença pode evoluir em duas etapas subsequentes: fase subaguda e crônica. Embora o chikungunya não seja uma doença de alta letalidade, tem caráter epidêmico com elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida.

O nome Chikungunya deriva de uma palavra em Makonde, língua falada por um grupo que vive no sudeste da Tanzânia e norte de Moçambique. Significa “aqueles que se dobram”, descrevendo a aparência encurvada de pessoas que sofrem com a artralgia característica.

O CHIKV foi isolado inicialmente na Tanzânia por volta de 1952. Desde então, há relatos de surtos em vários países do mundo. Nas Américas, em outubro de 2013, teve início uma grande epidemia de chikungunya em diversas ilhas do Caribe. Em comunidades afetadas recentemente, a característica marcante são epidemias com elevadas taxas de ataque, que variam de 38% a 63%.

Existe a possibilidade de ocorrência de epidemias no Brasil devido à alta densidade do vetor, à presença de indivíduos suscetíveis e à intensa circulação de pessoas em áreas endêmicas. Diante desse cenário, foi elaborado este documento com o objetivo de orientar os profissionais de saúde sobre o diagnóstico precoce e o manejo adequado desta enfermidade.

Espectro clínico

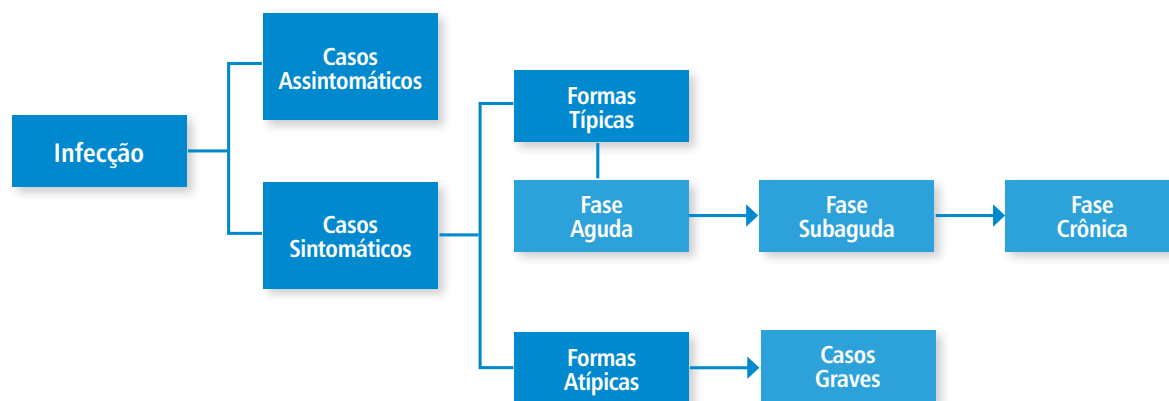
O período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, é em média de 3 a 7 dias (podendo variar de 1 a 12 dias). O extrínseco, que ocorre no vetor, dura em média dez dias. O período de viremia no ser humano pode perdurar por até dez dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas, podendo perdurar por mais oito dias.

A maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, alguns estudos mostram que até 70% apresentam infecção sintomática. Esses valores são altos e significativos quando comparados às demais arboviroses. Dessa forma, o número de pacientes que necessitarão de atendimento será elevado, gerando uma sobrecarga nos serviços de saúde

A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica. Após o período de incubação inicia-se a fase aguda ou febril, que dura até o décimo dia. Alguns pacientes evoluem com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando o início da fase subaguda, com duração até 3 meses. Quando a duração dos sintomas persistem até 3 meses atingem a fase crônica. Nestas fases, algumas manifestações clínicas podem variar de acordo com o sexo e a idade. Exantema, vômitos, sangramento e úlceras orais parecem estar mais associados ao sexo feminino. Dor articular, edema e maior duração da febre são prevalentes quanto maior a idade do paciente.

Na região das Américas, até o momento, a letalidade por chikungunya é menor do que a observada por dengue. Os casos graves e óbitos ocorrem com maior frequência em pacientes com comorbidades e em extremos de idade.

Figura 1 – Espectro clínico chikungunya



Fonte: SVS/MS.

Fase aguda ou febril

A fase aguda ou febril da doença é caracterizada principalmente por febre de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dores nas costas, cefaleia e fadiga, com duração média de sete dias.

A febre pode ser contínua, intermitente, ou bifásica; porém a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas como na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa.

A poliartralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes com chikungunya na fase aguda. A dor articular normalmente é poliarticular, simétrica, mas pode haver assimetria. Acomete grandes e pequenas articulações e abrange com maior frequência as regiões mais distais. Pode haver edema, e este, quando presente, normalmente está associado à tenossinovite. Na fase aguda também tem sido observado dor ligamentar. A mialgia quando presente é, em geral, de leve a moderada intensidade. A Figura 2 ilustra pacientes com acometimento articular em diversas regiões do corpo.

Figura 2 – Lesões articulares de pacientes com chikungunya



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Iracilda C.S. Pinto.



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Iracilda C.S. Pinto.

O exantema normalmente é macular ou maculopapular, acomete cerca de metade dos doentes e surge normalmente do segundo ao quinto dia após o início da febre. Atinge principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas e plantas), podendo atingir a face. O prurido está presente em 25% dos pacientes e pode ser generalizado ou apenas localizado na região palmo-plantar (Figura 3).

Outras manifestações cutâneas também têm sido relatadas nesta fase: dermatite esfoliativa, lesões vesicobolhosas, hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso e úlceras orais.

Figura 3 – Lesões de pele de pacientes com chikungunya



Foto: Kleber Giovanni Luz.



Foto: Kleber Giovanni Luz.



Foto: Kleber Giovanni Luz.

Figura 4 – Outras manifestações



Foto: Kleber Giovanni Luz.



Foto: Kleber Giovanni Luz.

Outros sinais e sintomas descritos na fase aguda de chikungunya são dor retro-ocular, calafrios, conjuntivite (Figura 4 – hiperemia da conjuntiva observado na fase aguda), faringite, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal e neurite. As manifestações do trato gastrointestinal são mais presentes nas crianças. Pode haver linfadenomegalias cervicais associadas.

Para os neonatos de mães infectadas há um risco de transmissão vertical de até 49% no período intraparto. O recém-nascido é assintomático nos primeiros dias, com surgimento de sintomas a partir do quarto dia (3 a 7 dias), que incluem a presença de febre, síndrome algica, recusa da mamada, exantemas, descamação, hiperpigmentação cutânea e edema de extremidades.

As formas graves são frequentes nesta faixa etária, como o surgimento de complicações neurológicas, hemorrágicas e acometimento miocárdico (amiocardiopatia hipertrófica, disfunção ventricular, pericardite). Os quadros neurológicos, também reconhecidos como sinal de gravidade nesta faixa etária, incluem meningoencefalites, edema cerebral, hemorragia intracranial, convulsões e encefalopatias.

Fase subaguda

Durante esta fase a febre normalmente desaparece, podendo haver persistência ou agravamento da artralgia, incluindo poliartrite distal, exacerbação da dor articular nas regiões previamente acometidas na primeira fase e tenossinovite hipertrófica subaguda em punhos e tornozelos. O comprometimento articular costuma ser acompanhado por edema de intensidade variável. Há relatos de recorrência da febre.

Podem estar presentes também nesta fase astenia, prurido generalizado e exantema maculopapular, além do surgimento de lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas. Alguns pacientes podem desenvolver doença vascular periférica, fadiga e sintomas depressivos. Se os sintomas persistirem por mais de três meses, após o início da doença, estará instalada a fase crônica.

Figura 5 – Pacientes na fase subaguda de chikungunya



Fotos: Carlos Brito.

Fase crônica

Após a fase subaguda, alguns pacientes poderão ter persistência dos sintomas, principalmente dor articular e musculoesquelética. As manifestações têm comportamento flutuante. A prevalência desta fase é muito variável entre os estudos, podendo atingir mais da metade dos pacientes. Os principais fatores de risco para a cronificação são: idade acima de 45 anos, desordem articular preexistente e maior intensidade das lesões articulares na fase aguda.

O sintoma mais comum nesta fase crônica é o acometimento articular persistente ou recidivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizado por dor com ou sem edema, limitação de movimento, deformidade e ausência de eritema. Normalmente, o acometimento é poliarticular e simétrico, mas pode ser assimétrico e monoarticular. Também há relatos de dores nas regiões sacroilíaca, lombossacra e cervical. Alguns pacientes poderão evoluir com artropatia destrutiva semelhante à artrite psoriática ou reumatoide.

Outras manifestações descritas durante a fase crônica são: fadiga, cefaleia, prurido, alopecia, exantema, bursite, tenossinovite, disestesias, parestesias, dor neuropática, fenômeno de Raynaud, alterações cerebelares, distúrbios do sono, alterações da memória, déficit de atenção, alterações do humor, turvação visual e depressão. Esta fase pode durar até três anos.

Manifestações atípicas e graves

Caso o paciente com suspeita de chikungunya apresente alguma manifestação listada no Quadro 1, será classificado como forma atípica da doença. Em áreas com circulação de chikungunya, podem ocorrer casos com manifestações atípicas que não apresentam febre e dor articular. Essas manifestações podem ser ocasionadas por efeitos diretos do vírus, pela resposta imunológica ou pela toxicidade a medicamentos.

Quadro 1 – Formas atípicas de chikungunya

Sistema / órgão	Manifestações
Nervoso	Meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, Síndrome de Guillain-Barré, Síndrome cerebelar, paresias, paralisias e neuropatias.
Olho	Neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite e uveíte.
Cardiovascular	Miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia e instabilidade hemodinâmica.
Pele	Hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas e ulcerações aftosa-like.
Rins	Nefrite e insuficiência renal aguda.
Outros	Discrasia sanguínea, pneumonia, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e insuficiência adrenal.

Fonte: Adaptado de Rajapakse et al. (2010).

Todo paciente que apresentar sinais clínicos e/ou laboratoriais em que há necessidade de internação em terapia intensiva ou risco de morte deve ser considerado como forma grave da doença. As formas graves da infecção pelo CHIKV acometem, com maior frequência, pacientes com comorbidades (história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, alcoolismo, doenças reumatológicas, anemia falciforme, talassemia e hipertensão arterial sistêmica), crianças, pacientes com idade acima de 65 anos e aqueles que estão em uso de alguns fármacos (aspirina, anti-inflamatórios e paracetamol em altas doses).

Gestantes

A infecção pelo CHIKV, no período gestacional, não está relacionada a efeitos teratogênicos, e há raros relatos de abortamento espontâneo.

Mães que adquirem chikungunya no período intraparto podem transmitir o vírus a recém-nascidos por via transplacentária. A taxa de transmissão, neste período, pode chegar até 49%, desses, cerca de 90% podem evoluir para formas graves. Não há evidências de que a cesariana altere o risco de transmissão. O vírus não é transmitido pelo aleitamento materno.

É importante o acompanhamento diário das gestantes com suspeita de chikungunya, e caso sejam verificadas situações que indiquem risco de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período do parto, é necessário o acompanhamento em leito de internação.

Alterações laboratoriais

As alterações laboratoriais de chikungunya, durante a fase aguda, são inespecíficas. Leucopenia com linfopenia menor que 1.000 cels/mm^3 é a observação mais frequente. A trombocitopenia inferior a $100.000 \text{ cels/mm}^3$ é rara. A velocidade de hemossedimentação e a Proteína C-Reativa encontram-se geralmente elevadas, podendo permanecer elevadas por algumas semanas. Outras alterações podem ser detectadas como elevação discreta das enzimas hepáticas, da creatinina e da creatinofosfoquinase (CPK).

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial de chikungunya é feito com outras doenças febris agudas associadas à artralgia. O clínico deve estar atento para causas potencialmente fatais e que exijam uma conduta medicamentosa específica imediata, como artrite séptica. Na epidemiologia atual, o principal diagnóstico diferencial, durante a fase aguda, é a dengue (Tabela 1). Outras doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial são:

- **Malária:** periodicidade da febre, paroxismos, insuficiência renal, icterícia, alteração do nível de consciência, hepato ou esplenomegalia e história de exposição em áreas de transmissão.
- **Leptospirose:** mialgia intensa em panturrilhas, sufusão ocular, icterícia rubínica, oligúria, hemorragia subconjuntival, considerar história de exposição a águas contaminadas.

- **Febre reumática:** poliartrite migratória de grandes articulações, história de infecção de garganta. Considerar os critérios de Jones para a febre reumática e evidência de infecção prévia pelo *Streptococos* (cultura positiva de orofaringe, positividade em testes rápidos para detecção de antígenos estreptocócicos ou títulos elevados de anticorpos anti-estreptocócicos).
- **Artrite séptica:** leucocitose, derrame articular, acometimento de grandes articulações e história de trauma.

Tabela 1 – Diagnóstico diferencial: dengue x chikungunya

Manifestação clínica/ laboratorial	Chikungunya	Dengue
Intensidade da Febre	+++	++
Exantema	++ (D1-D4)	+ (D5-D7)
Mialgia	+	++
Artralgia	+++	+/-
Dor retrorbital	+	+++
Sangramentos	-/+	++
Choque	-	-/+
Plaquetopenia	+	+++
Leucopenia	++	+++
Linfopenia	+++	++
Neutropenia	+	+++
Evolução após fase aguda	Artralgia crônica	Fadiga

Fonte: Adaptado de Staples et al. (2009).

Comparação da frequência de sintomas entre pacientes com dengue e chikungunya; +++ = 70-100% dos pacientes; ++ = 40-69%; + = 10-39%; +/- = <10%; - = 0%.

Caso suspeito

Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou com 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. Outra possibilidade para confirmação é a detecção de anticorpos neutralizantes por meio do teste de neutralização por redução de placas (PRNT) em única amostra de soro.

Durante o surgimento dos primeiros casos, todos os esforços devem ser realizados com o intuito de alcançar o diagnóstico laboratorial. No entanto, uma vez estabelecida a transmissão sustentada, nem todos os pacientes necessitarão de confirmação laboratorial. Reservar a investigação laboratorial, neste contexto, para os casos graves ou com as manifestações atípicas. É importante seguir as recomendações do serviço de vigilância epidemiológica e considerar a confirmação clínico-epidemiológica nas áreas com transmissão.

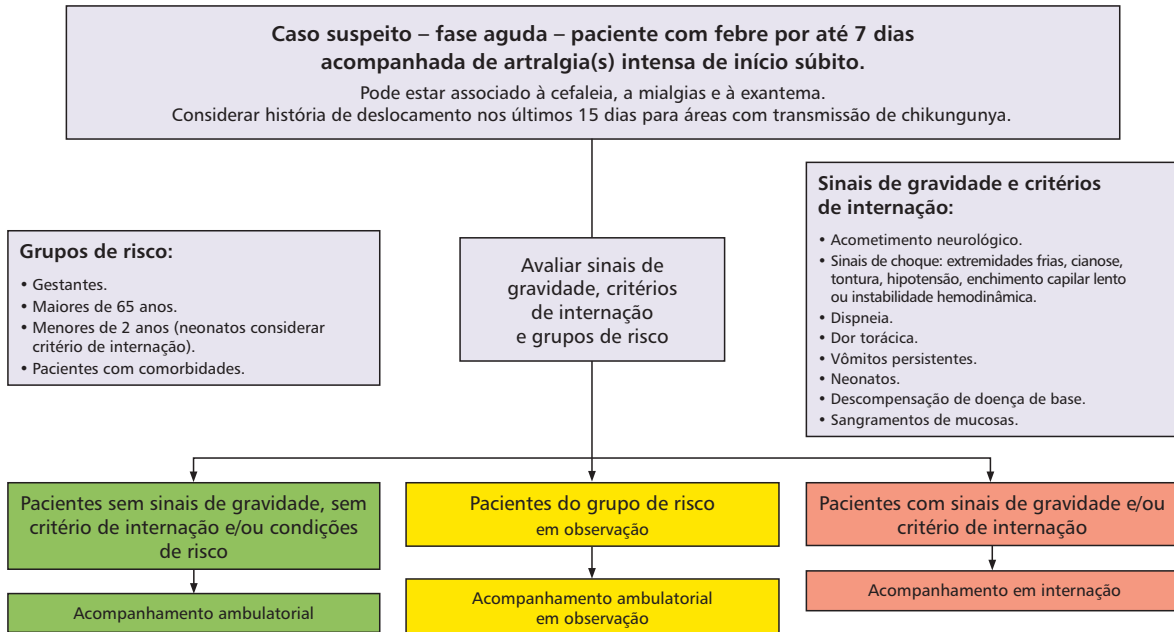
Manejo clínico

O manejo do paciente com suspeita de chikungunya é diferenciado de acordo com a fase da doença: aguda, subaguda ou crônica.

Sistemas de acolhimento com classificação de risco devem ser implantados nos diferentes níveis de atenção para facilitar o fluxo adequado dos pacientes durante um surto. A triagem deve estar atenta para a identificação da presença dos sinais de gravidade, dos critérios de internação e grupos de risco. Também deve estar atento ao diagnóstico diferencial de dengue e de malária e na presença de sinais de gravidade dessas doenças. Se presentes, seguir os protocolos específicos para dengue e malária, e se necessário encaminhar às unidades de referência.

Diante de um caso suspeito, é importante utilizar a proposta de estadiamento clínico do fluxograma do paciente com suspeita de chikungunya, conforme Figura 6.

Figura 6 – Classificação de risco do paciente com suspeita de chikungunya



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda

ANAMNESE

A anamnese deve ser a mais detalhada possível, conforme orientações a seguir:

- Ficar atento para tempo de doença com data do início dos sintomas.
- Estabelecer uma relação entre o início da febre e as manifestações articulares.
- Caracterizar a febre.
- Avaliar manifestações associadas à febre.
- Pesquisar fatores de risco para doença grave (comorbidades): história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, doenças reumatológicas, consumo abusivo de álcool, anemia falciforme, talassemia e hipertensão arterial sistêmica.
- Questionar uso de medicamentos: aspirina e anti-inflamatórios.
- Pesquisar alterações na pele: exantema (localização e relação temporal com a febre), prurido, dermatite esfoliativa, hiperpigmentação, lesões por fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso, úlceras orais, bolhas e vesículas.
- Pesquisar queixas articulares: caracterizar o envolvimento articular determinando a duração, intensidade, localização das articulações primariamente envolvidas, progressão para outras articulações, natureza aguda ou insidiosa, assim como a periodicidade das dores.

- Investigar dor lombar: procurar indícios para diferenciá-la de outras causas (por exemplo, comprometimento discal ou lombalgia mecânica comum).
- Investigar queixas do sistema nervoso central/periférico: convulsões, parestesia, paralisia, tontura, rebaixamento do nível de consciência e cefaleia.
- Investigar queixas oculares: dor ocular, diminuição da acuidade visual, turvação visual, moscas volantes e olho vermelho.
- Investigar queixas digestivas: dor abdominal, diarreia e vômitos.
- Investigar casos semelhantes no domicílio, peridomicílio e local de trabalho.
- Pesquisar procedência e história de viagens para área endêmica/epidêmica para chikungunya.

EXAME FÍSICO

No exame físico deve-se atentar para coleta de dados que possam apoiar no diagnóstico diferencial de dengue. Dessa forma, é importante avaliar a ocorrência de sinais de alarme e sinais de choque referenciados no manual *Dengue: manejo clínico – adulto e criança*. O exame físico do paciente com chikungunya deve conter, no mínimo:

- Sinais vitais: pressão arterial em duas posições, frequência cardíaca e respiratória e temperatura axilar.
- Examinar a pele em busca de lesões maculares, papulares, vesiculares ou bolhosas.
- Exame neurológico e oftalmológico, quando queixas na anamnese estiverem presentes.
- Exame articular: levando em consideração que frequentemente não se percebem sinais de calor e rubor nas articulações afetadas, devem-se examinar, criteriosamente, as articulações, em busca de sinais de comprometimento articular:
 - » Alteração da pele.
 - » Aumento do volume.
 - » Crepitação ou estalido.
 - » Deformidade.
 - » Limitação da mobilidade.
 - » Dor ou atrofia muscular.
 - » Nodulação.
- Exame físico dos membros superiores e inferiores: deve-se iniciar com a inspeção e palpação das mãos, observando formas e dimensões, edema, paralisia, atrofia e contraturas musculares. As outras articulações devem ser examinadas quanto ao aspecto da pele, à mobilidade ativa e passiva (abdução, adução, flexão, extensão, rotação, movimentos do ombro em suas três articulações), ao aumento do volume, à crepitação, à limitação dos movimentos, às atrofia musculares e aos nódulos.

EXAMES LABORATORIAIS

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.

CONDUTA

Até o momento, não há tratamento antiviral específico para chikungunya. A terapia utilizada é de suporte sintomático, hidratação e repouso.

A droga de escolha é o paracetamol, podendo ser utilizada a dipirona para alívio da dor e febre. O paracetamol deve ser usado com cautela em pessoas com doenças hepáticas.

Nos casos da dor refratária à dipirona e ao paracetamol, podem ser utilizados os analgésicos opióides como cloridrato de tramadol e codeína. A codeína pode ser associada à dipirona e ao paracetamol nos casos de dor não responsiva à monoterapia. As doses de dipirona e paracetamol são as doses padrões recomendadas, estando atento às doses máximas.

O tramadol está indicado para as dores moderadas a intensa que não tenham respondido ao uso da dipirona, paracetamol ou associação com codeína. Deve ser usado com cautela em idosos, pacientes com história prévia de convulsões, doença hepática e renal. Para se obter melhor efeito, a posologia deve ser individualizada, ajustando-a à intensidade da dor e à sensibilidade individual do paciente. A princípio deve ser selecionado a menor dose analgésica eficaz. Entre os efeitos adversos estão as náuseas, vômitos, secura da boca, dor de cabeça, tontura e sonolência.

Tabela 2 – Orientações para o tratamento de pacientes na fase aguda de chikungunya

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Paracetamol comprimidos	Comp. de 500 e 750 mg	500 mg a intervalos de 4 a 6 horas (não exceder 8 comprimidos/dia) ou 750 mg a intervalos de 6 a 8 horas (não exceder 5 comprimidos/dia)	Não se utiliza comprimido em menores de 12 anos Dose máxima de paracetamol: 4 gramas/dia
Paracetamol gotas	200 mg/ml (1 ml=15 gotas=200 mg; 1 gota=13 mg)	Menores de 12 anos: 1gt/kg de peso a intervalo de 4 a 6 horas (não exceder 35 gotas, nem exceder 5 administração/24h) Maiores de 12 anos: 35 a 55 gotas, 3 a 5 vezes ao dia (não exceder 4 gramas/dia que corresponde a 275 gotas/dia. Dose máxima 55 gotas até o máximo de 5 tomadas/dia)	< 12 anos: não exceder 35 gotas, nem exceder 5 administração/24h > 12 anos: não exceder 4 gramas/dia que corresponde a 275 gotas/dia Dose máxima 55 gotas até o máximo de 5 tomadas/dia)
Dipirona comprimidos	Comp. 500 mg ou 1g	Adultos e > 15 anos: 1 a 2 comp. de 500 mg até 4 x/dia ou 1/2 a 1 comp de 1 g até 4x/dia	
Dipirona gotas	500 mg/ml (1 ml=20 gotas=500 mg; 1gota=25 mg)	Adultos e >15 anos: 20 a 40 gotas 4 vezes ao dia <15 anos: As crianças devem receber dipirona monitorada conforme seu peso e recomendações do fabricante	Crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5 kg não devem ser tratadas com dipirona

continua

conclusão

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Codeína	Comp. 30 mg	Adulto: 30 mg (de 15 a 60 mg), a cada 4 ou 6 horas (dose máxima 360 mg)	Indicado para casos de dor refratária a paracetamol e dipirona
	Solução oral 3 mg/ml	Criança > 1 ano: 0,5 mg/kg/peso corporal ou 15 mg/m ² de superfície corporal a cada 4 a 6 horas. (dose máxima 60mg/dia)	Não recomendado para criança prematura ou recém-nascido
Tramadol	Comp. 50 mg Solução oral: 1 ml= 40 gotas= 100 mg	Adultos e > 14 anos: 01 comp. de 50mg ou 20 gotas que pode ser repetidas, a cada 4-6 horas. Não se devem exceder doses de 400 mg/dia (correspondente a 8 cápsulas de 50 mg ou 160 gotas)	Contraindicado até os 14 anos de idade

Fonte: SVS/MS

Os anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, nimesulida, ácido acetilsalicílico, associações, entre outros) não devem ser utilizados na fase aguda da doença, devido à possibilidade de dengue. A aspirina também é contraindicada na fase aguda pelo risco de síndrome de Reye e de sangramentos. Os corticosteroides são contraindicados na fase aguda.

Recomenda-se a utilização de compressas frias como medida analgésica nas articulações acometidas de 4 em 4 horas por 20 minutos.

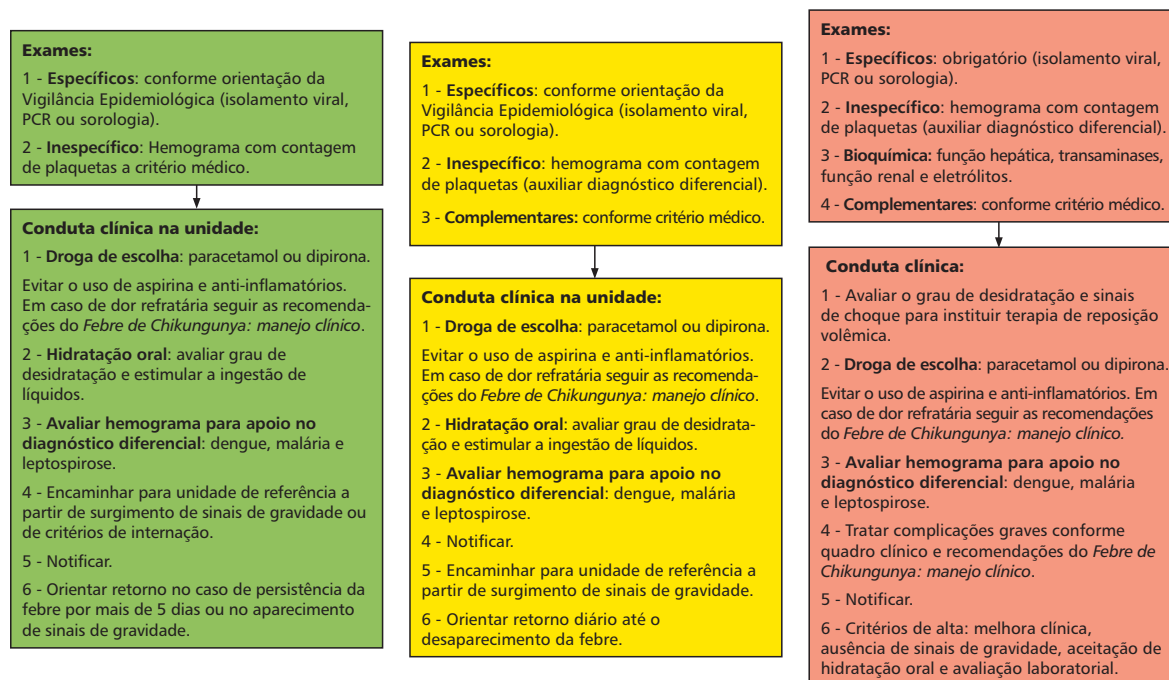
É necessário estimular a hidratação oral dos pacientes (2 litros no período de 24 horas). A hidratação oral inicia-se na unidade de saúde.

Existem evidências que o repouso é fator protetor para evitar evolução para fase subaguda, sendo de extrema importância. Deve-se evitar atividades que sobrecarreguem as articulações e orientar sobre o posicionamento adequado dos membros favorecendo a proteção articular e o retorno venoso.

Observação: Além das intervenções anteriores é importante orientar o paciente sobre a doença, suas fases, da possibilidade da persistência dos danos articulares, dos riscos da automedicação, dos sinais associados à gravidade e dos cuidados no domicílio.

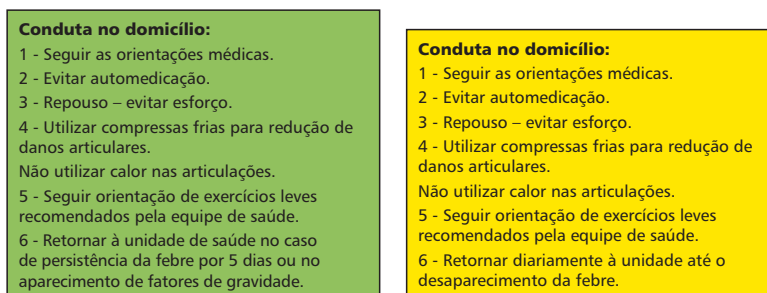
A Figura 7 ilustra as principais recomendações na conduta dos pacientes com suspeita de chikungunya, conforme estadiamento clínico. A Figura 8 resume as principais recomendações aos pacientes em acompanhamento ambulatorial para continuidade do tratamento no domicílio.

Figura 7 – Conduta clínica dos pacientes com suspeita de chikungunya



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

Figura 8 – Orientações para o domicílio



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

Para os pacientes do grupo de risco e/ou com sinais de gravidade, é necessário estar atento à avaliação hemodinâmica para instituir, se necessária e de imediato, a terapia de reposição de volume e tratar as complicações conforme o quadro clínico. Para pacientes com instabilidade hemodinâmica é necessário avaliar as funções renal, hepática e cardíaca, os sinais e sintomas neurológicos, a hemoconcentração e a trombocitopenia.

Na fase aguda de chikungunya, a maioria dos casos pode ser acompanhada ambulatorialmente. As unidades de Atenção Básica possuem papel primordial para avaliação e monitoramento desses casos. Não há necessidade de acompanhamento diário da maioria dos pacientes, devendo estes serem orientados a retornar à unidade de saúde em caso de persistência da febre por mais de cinco dias, aparecimento de sinais de gravidade ou persistência dos danos articulares.

Os pacientes de grupo de risco (gestantes, pacientes com comorbidades, idosos e menores de 2 anos de idade) também devem ser acompanhados ambulatorialmente; no entanto, esses pacientes necessitam de uma observação diferenciada nas unidades pelo risco de desenvolvimento das formas graves da doença, razão pela qual devem ser acompanhados diariamente até o desaparecimento da febre e ausência de sinais de gravidade.

Os pacientes que apresentam sinais de gravidade (acometimento neurológico, sinais de choque, instabilidade hemodinâmica, dispneia, dor torácica, vômitos persistentes, sangramento de mucosas e descompensação de doença de base) ou que apresentem critérios de internação (neonatos) devem ser acompanhados em unidades com leitos de internação. Para alta desses pacientes, é necessário melhora do estado geral, aceitação de hidratação oral, ausência de sinais de gravidade e melhora dos parâmetros laboratoriais.

Avaliação e tratamento do paciente na fase subaguda e na fase crônica

Nestas fases, é importante avaliar na história clínica o tempo decorrido desde o episódio agudo e as características das lesões articulares. O exame físico deve ser direcionado para o envolvimento articular e periarticular; o comprometimento de tendões deve ser minuciosamente pesquisado. O paciente ainda pode apresentar outras manifestações associadas às lesões articulares como: inapetência, sono não reparador, comprometimento laboral e de atividades diárias, urgência e incontinência urinária, alterações do humor e depressão.

O diagnóstico laboratorial, quando necessário, na fase crônica pela infecção pelo CHIKV será por meio da sorologia. Não é necessário repetir o exame caso já exista o diagnóstico laboratorial confirmatório na primeira fase da doença. É importante o diagnóstico diferencial com outras doenças que causam acometimento articular.

Para o tratamento pode ser mantida a dipirona como droga de escolha e se, necessário a associação com o cloridrato de tramadol. É importante ter em mente que, em tese, as dores articulares são decorrentes da resposta inflamatória induzida pelo vírus ou seus produtos presentes no próprio tecido articular. Por essa razão, deve-se atentar para o fato de que o alívio da dor não significa, necessariamente, diminuição da resposta inflamatória. Assim em pacientes refratários, deve ser utilizado AINE oral por um período máximo de 7 dias. Esta droga deve ser contraindicada em pacientes com história de úlcera gástrica ou duodenal e utilizada com cautela em idosos. Pacientes diabéticos e com doença renal prévia apresentam risco de surgimento ou agravamento de função renal.

Os corticoides por via oral, se necessário, podem ser utilizados.

USO DE CORTICOIDES

Está indicado apenas para os casos com dor articular subaguda e crônica não responsiva a AINE e analgésicos, em pacientes com dor moderada a intensa, poliarticular, debilitante.

Para os casos onde haja evidência de processo inflamatório articular, com dor associada a edema (não é habitual a presença de sinais flogísticos como calor e rubor), pode ser iniciado corticosteroide, na forma oral.

A medicação padrão para uso oral é a prednisona. Esta medicação, dependendo da dose, terá efeito predominante anti-inflamatório (dose menor ou igual a 0,5 mg/Kg de peso/dia), dose intermediária entre ação anti-inflamatória e início de ação imunossupressora (maior que 0,5 mg até dose menor que 1 mg/kg de peso por dia) e dose predominantemente imunossupressora independente de sua ação anti-inflamatória (dose maior ou igual a 1 mg/kg de peso/dia).

A dose recomendada é inicialmente voltada para processo inflamatório:

- Iniciar com 20 mg/dia em dose única pela manhã. Interpretar como resposta adequada ao tratamento, a melhora da capacidade para deambular sem ajuda e controle satisfatório das dores. Neste caso manter a dose até resolução do quadro de dor articular por completo.
- Em caso de remissão completa da dor, manter a dose por mais três dias. Caso não haja recidiva do quadro, diminuir a dose para 10mg/dia e aguardar mais três dias. Caso a dor não retorne, suspender ao final destes três dias.
- A dose inicial poderá ser mantida por até 21 dias, tempo médio em que, habitualmente, não há riscos de insuficiência adrenal induzida. Acima deste período, na ausência de resposta, considerar associação de opióides com suspensão ou não do corticoide, a depender da resposta parcial, na ausência de efeitos colaterais dele. Durante as fases de desmame em função da melhora, como explicitado acima, em caso de retorno da dor, retornar à dose anterior e tentar novo desmame somente após cinco dias da resolução dos sintomas e assim por diante até retirada completa da medicação.

Crítérios de exclusão para uso de corticosteroides:

Pacientes portadores de diabetes, hipertensão de difícil controle, passado de fratura por osteoporose documentada, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, Cushing, Obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.

Nessas etapas em que a dor e o edema começam a regredir, podemos recomendar exercícios ativos, até o limite da tolerância do paciente. Adicionam-se exercícios isométricos mais vigorosos e os princípios de proteção articular e conservação de energia. Os objetivos são restabelecer a mobilidade articular e força muscular e evitar a progressão ou instalação de deformidades

É importante orientar o paciente sobre o posicionamento adequado favorecendo a proteção articular e o retorno venoso. Realizar movimentação ativa das articulações acometidas ao acordar, cinco vezes ao longo do dia e antes de dormir. É necessário evitar atividades que sobrecarregem as articulações, atividades repetidas, carregar peso e deambular longas distâncias. O retorno das atividades diárias deve ser gradativo respeitando o limite das dores e sobrecarga articular. Orientar exercícios e atividades com movimentação ativa e de aumento gradual para deslizamento tendinoso, alinhamento das articulações e diminuição da sobrecarga articular. Também é importante a realização de alongamentos diários.

Manter a utilização das compressas frias com a mesma frequência da fase aguda. Em situações especiais pode-se utilizar calor.

O acompanhamento dos pacientes na fase subaguda e crônica deve ser realizado, preferencialmente nas unidades de Atenção Básica, com a avaliação dos pacientes com equipes multidisciplinares e desenvolvimento de atividades individuais ou em grupo. Para casos extremos, também se recomenda a avaliação pelo reumatologista.

Ações de vigilância

Todo caso suspeito de chikungunya deve ser notificado imediatamente ao serviço de vigilância epidemiológica, conforme fluxo estabelecido em cada município.

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado por meio de técnicas moleculares (PCR) e testes sorológicos (titulação IgM), sendo necessário considerar o tempo de evolução da doença. Amostras coletadas do primeiro ao oitavo dia de início de sintomas podem ser encaminhadas para as provas moleculares e sorológicas. A partir do oitavo dia de início de sintomas, devem-se encaminhar as amostras somente para testes sorológicos.

Por se tratar de um evento potencialmente epidêmico, uma vez identificada a circulação do vírus em uma determinada localidade, não há necessidade de coletar amostras de todos os casos suspeitos. Deve ser priorizado o diagnóstico laboratorial das formas graves e atípicas da doença, seguindo as recomendações do serviço de vigilância.

Considerações finais

Chikungunya é uma doença febril cuja característica clínica mais importante e debilitante é a artralgia. Por apresentar manifestações clínicas muito parecidas com as de dengue, possibilitando confusão diagnóstica, deve-se evitar o uso de AINHS na fase aguda da doença. Para evitar a ocorrência de casos graves, a equipe de saúde precisa estar atenta para as descompensações das doenças de base preexistentes e monitoramento constante dos grupos de risco. Também alguns casos podem evoluir para a fase crônica da doença e necessitarão de acompanhamento em longo prazo.

A organização dos serviços de saúde é fundamental para uma resposta adequada diante do aumento do número de casos. É necessário promover a assistência adequada ao paciente, organizar as ações de prevenção e controle e fortalecer a integração das diferentes áreas e serviços.

O serviço também precisa estar preparado para alta demanda de pacientes durante a ocorrência de surtos/epidemias. Atividades preparatórias devem ser realizadas para capacitar a equipe de saúde para o manejo dos casos e avaliar a necessidade de insumos, materiais, equipamentos e medicamentos para prestar o correto atendimento aos pacientes. Também é necessário disponibilizar o fluxograma com a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de chikungunya em todas as unidades de saúde.

A atenção aos pacientes suspeitos de chikungunya, na grande maioria dos casos, tem como característica a utilização de tecnologias de cuidado que dispensam instalações e equipamentos de maior complexidade e custo. Nas unidades de saúde, o acolhimento começa com a disponibilidade de cadeiras de rodas para facilitar o deslocamento daqueles que apresentem comprometimento articular mais intenso, especial atenção também deve ser dada à altura das macas para exame físico ou hidratação dos pacientes. O acolhimento com a classificação de risco deve estar implantado em todas as unidades de saúde e as equipes de Atenção Básica devem ser a porta de entrada preferencial dos pacientes.

Referências

APANDI, Y. et al. The first isolation of chikungunya virus from non-human primates in Malaysia. **Journal of General and Molecular Virology**, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 35-39, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes Nacionais para a prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília, 2009.

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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Clinical Evaluation & Disease**, 2014a. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/chikungunya/hc/clinicalevaluation.html>>. Acesso em: 8 set. 2014.

_____. **Geographic Distribution**, 2014b. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/chikungunya/geo/americas.html>>. Acesso em: 8 set. 2014.

FRITEL, X. et al. Chikungunya virus infection during pregnancy, Réunion, France, 2006. **Emerg. Infect. Dis.**, Atlanta, v. 16, n. 3, p. 418-425, 2010. Disponível em: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/3/09-1403_article>. Acesso em: 9 set. 2014.

GÉRARDIN, P. et al. Multidisciplinary Prospective Study of Mother-to-Child Chikungunya Virus Infections on the Island of La Réunion. **PLoS Med.**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. e60, 2008. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050060>>. Acesso em: 9 set. 2014.

GUILHERME, J. M. et al. Seroprevalence of five arboviruses in Zebu cattle in the Central African Republic. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, [S.l.], v. 90, n. 1, p. 31-33, 1996.

JUPP, P. G.; MCINTOSH, B. M. Aedes furcifer and other mosquitoes as vectors of chikungunya virus at Mica, northeastern Transvaal, South Africa. **Journal of the American Mosquito Control Association**, Fresno, Calif., US., v. 6, n. 3, p. 415-20, 1990.

LAM, S. K. et al. Chikungunya infection--an emerging disease in Malaysia. **Southeast Asian J. Trop Med Public Health**, Bangkok, v. 32, n. 3, p. 447-451, 2001.

LENGLET, Y. et al. Chikungunya infection in pregnancy: evidence for intrauterine infection in pregnant women and vertical transmission in the parturient. Survey of the Reunion Island outbreak. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction**, Paris, v. 35, n. 6, p. 578-583, 2006. Disponível em: <<http://www.em-consulte.com/article/117958/alertePM>>. Acesso em: 9 set. 2014.

LUMSDEN, W. H. R. An Epidemic of Virus Disease in Southern Province, Tanganyika Territory, in 1952-53 II. General description and epidemiology. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 33-57, 1955.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas**. Washington, D.C, 2011.

_____. **Perguntas y respuestas sobre el chikungunya**, 2014a. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9260&Itemid=40695&lang=es>. Acesso em: 9 jan. 2015.

_____. **Chikungunya: a new virus in the region of the Americas**, 2014b. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9724:chikungunya-un-nuevo-virus-en-la-region-de-las-americas&Itemid=2&lang=en>. Acesso em: 9 jan. 2015.

_____. **Alerta Epidemiológica**. Fiebre por chikungunya y dengue en las Américas, 2014c. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27048&Itemid&lang=es>. Acesso em: 9 jan. 2015.

PADBIDRI, V. S.; GNANESWAR, T. T. Epidemiological investigations of chikungunya epidemic at Barsi, Maharashtra state, India. **J. Hyg. Epidemiol. Microbiol. Immunol.**, Prague, v. 23, n. 4, p. 445-451, 1979.

REPÚBLICA DOMINICANA. Ministerio de Salud Pública. **Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV)**. Santo Domingo, 2014.

ROBILLARD, P.Y, BOUMAHNI, B., GERARDIN, P. et al. Vertical maternal fetal transmission of the chikungunya virus. Ten cases among 84 pregnant women. **Presse Med.**, v. 35, n. 5, p. 785-788, 2006. Parte 1.

ROBINSON, M. C. An epidemic of virus disease in Southern Province, Tanganyika Territory, in 1952-53. I. Clinical Features. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 28-32, 1955.

ROSS, R. W. The Newala epidemic: III. The virus: isolation, pathogenic properties and relationship to the epidemic. **Journal of Hygiene**, [S.l.], v. 54, p. 177-191, 1956.

YAKOB, L.; CLEMENTS, A. C. A. A mathematical model of chikungunya dynamics and control: the major epidemic on Réunion Island. **PLoS ONE**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. e57448, 2013. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0057448>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

ISBN 978-85-334-2226-1



9 788533 422261



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

