

Febre de chikungunya: manejo clínico

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

Febre de chikungunya: manejo clínico



2014 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 – 2014 – ~~xxxxx~~ 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

Produção

Núcleo de Comunicação/SVS

Organização

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

Colaboração

Carlos Alexandre Antunes de Brito
Eduardo Martins Carneiro
Jaqueline Martins

Jose Cerbino Neto
Kleber Giovani 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

Revisão técnica

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques
Giovanini Evelim Coelho

Capa e diagramação

Fred Lobo – Núcleo de Comunicação/SVS

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, 2014.
28 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/svs>.
ISBN

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

CDU 616-002.5

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0644

Títulos para indexação

Em inglês: Chikungunya fever: Clinical Management
Em espanhol: Fiebre de Chikungunya: Gestión Clínica

Sumário

Introdução	7
Espectro clínico	8
Fase aguda ou febril	9
Fase subaguda	13
Fase crônica	14
Manifestações atípicas e graves	15
Gestantes	16
Alterações laboratoriais	16
Diagnóstico diferencial	16
Caso suspeito	18
Caso confirmado	18
Manejo clínico	18
Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda	19
Avaliação e tratamento do paciente na fase subaguda e na fase crônica	25
Ações de vigilância	26
Considerações finais	26
Referências	27

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 dar-se-á através da picada de fêmeas dos mosquitos *Ae. Aegypti* e *Ae. albopictus* infectadas pelo CHIKV. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que, exclusivamente, no intraparto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara se atendidos os protocolos recomendados.

Os sinais e os sintomas são clinicamente parecidos aos da dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que a difere são as fortes dores nas articulações. Além dessa fase inicial, pode evoluir em duas etapas subsequentes: fase subaguda e crônica. Embora chikungunya não seja uma doença de alta letalidade, tem elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, que pode levar à incapacidade e, consequentemente, à 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 dezembro 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 susceptíveis 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.

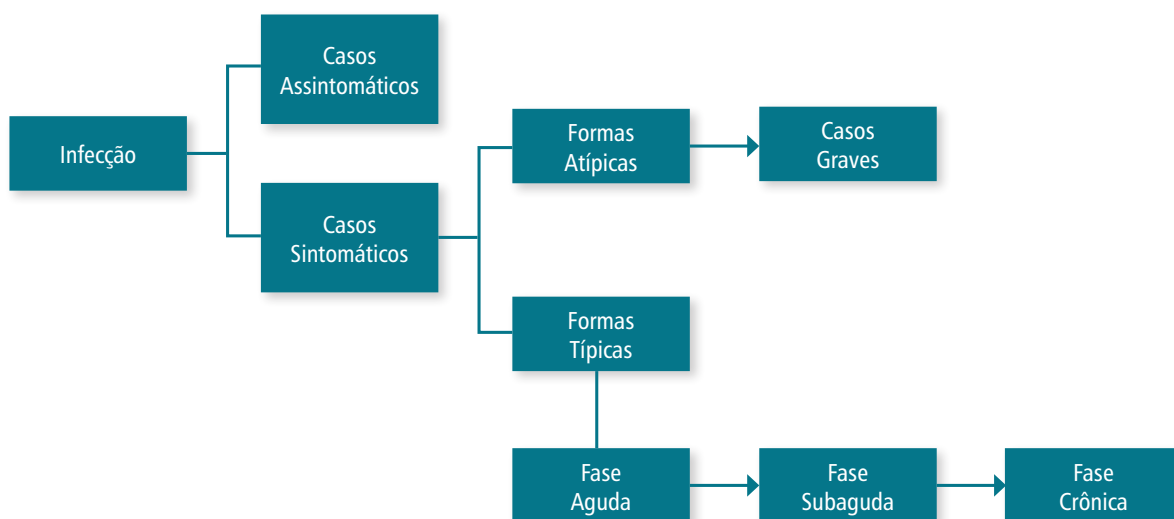
Espectro clínico

O período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, é em média de 3 dias a 7 dias (podendo variar de 1 dia 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.

Neste manual, adotaremos a classificação clínica que foi a mais utilizada nos últimos surtos da doença: fase aguda, subaguda e crônica. Após o período de incubação inicia-se a fase aguda ou febril. Alguns pacientes evoluem com persistência das dores articulares e atingem a fase subaguda e/ou 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.

A maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, alguns estudos mostram que 3% a 28% apresentam infecção assintomática. 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. Os casos graves e óbitos ocorrem com maior frequência em pacientes com comorbidades e em extremos de idade. Na região das Américas, até o momento, a letalidade por chikungunya é menor do que a observada por dengue.

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 artralgia. Esta fase dura, em média, até sete dias. Os pacientes sintomáticos geralmente referem febre elevada de início abrupto, poliartralgia, dores nas costas, cefaleia e fadiga.

A febre pode ser contínua ou intermitente, normalmente é alta (acima de 39°C) e há relatos de 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. O exantema abrange principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas e plantas), podendo atingir a face. Nas crianças as lesões podem ser vesicobolhosas. O prurido está presente em 25% dos pacientes e pode ser generalizado ou apenas localizado na região palmo-plantar. A Figura 3 ilustra algumas lesões de pele de pacientes com chikungunya. 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 Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.

Figura 4 – Outras manifestações



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.

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

Nos neonatos, a doença pode se apresentar com síndrome algica, febre, exantemas, descamação e hiperpigmentação cutânea. Nesta faixa etária as formas graves são frequentes, apresentando hemorragias, miocardiopatia hipertrófica, disfunção ventricular, pericardite, dilatação de artéria coronária, enterocolite necrotizante, edema de extremidades, recusa da mamada e diarreia. O comprometimento do sistema nervoso central, também reconhecido como sinal de gravidade nesta faixa etária, manifesta-se como meningoencefalites, convulsões, convulsão febril e encefalopatia.

Fase subaguda

Durante esta fase a febre 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.

Podem estar presentes também nesta fase astenia, prurido generalizado e exantema maculopapular em tronco, membros e região palmo-plantar. Podem surgir 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 que tiveram a fase aguda sintomática de chikungunya. 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, instabilidade hemodinâmica.
Pele	Hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas, ulcerações aftosa-like.
Rins	Nefrite, insuficiência renal aguda.
Outros	Discrasia sanguínea, pneumonia, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético, insuficiência adrenal.

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

Todo paciente que apresentar sinais clínicos e/ou laboratoriais em que há necessidade de internação 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 com chikungunya no período perinatal podem transmitir o vírus a recém-nascidos. A taxa de transmissão, neste período, pode chegar até 45%, resultando em formas graves em 90%. 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. No nosso contexto 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, congestão ocular, icterícia rubínica, oligúria, hemorragia subconjuntival, considerar exposição.

- Febre reumática: poliartrite migratória de grandes articulações, história de infecção de garganta.
- Artrite séptica: leucitose, derrame articular, acometimento de grandes articulações e história de trauma.

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.

Tabela 1 – Diagnóstico diferencial: dengue x chikungunya

Manifestação clínica/ laboratorial^A	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).

A Frequência de sintomas a partir de estudos em que duas doenças foram diretamente comparadas entre pacientes em busca de cuidados; +++ = 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 dias a 45 dias após o início dos sintomas, ou 10 dias 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 suspeitada, nem todos os pacientes necessitarão de confirmação laboratorial. Podemos reservar a investigação laboratorial, neste contexto, para os casos graves ou com as manifestações atípicas. Dessa forma, é importante seguir as recomendações do serviço de vigilância epidemiológica.

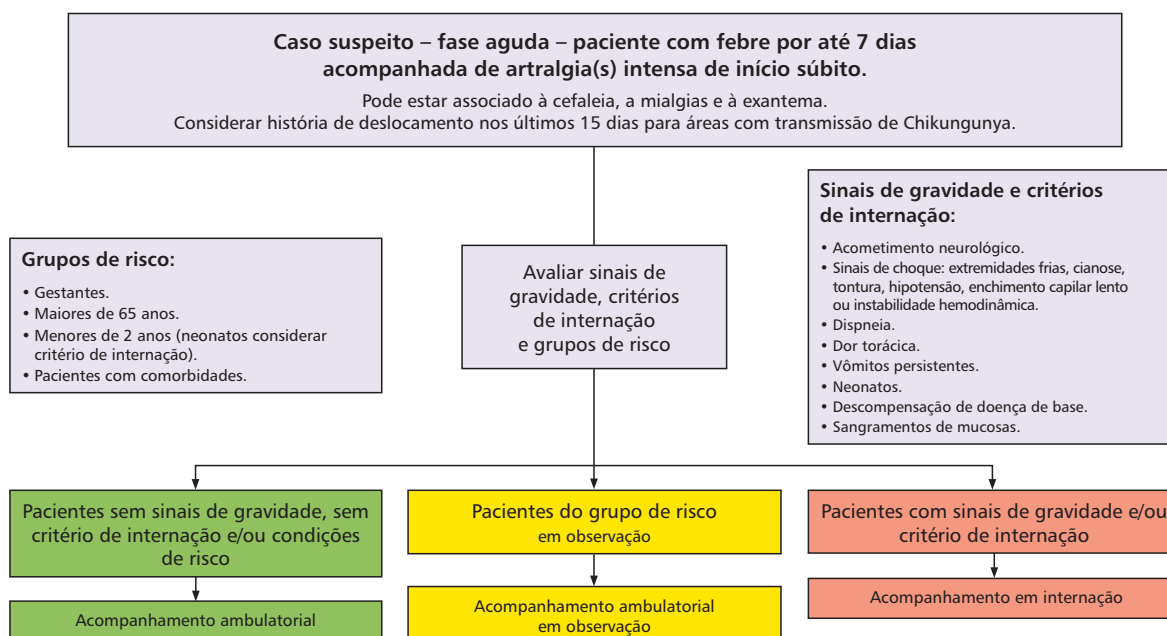
Manejo clínico

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 se deve atentar 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:

- Atentar 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.
- 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 do início da doença, 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, paresia, parestesia, 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 do sistema nervoso 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.
 - » Mobilidade.
 - » Musculatura.
 - » 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 para os pacientes com sinais de gravidade e pacientes com critérios de internação. Na ausência dessas condições, a solicitação fica a critério médico.

CONDUTA

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 no 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.

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. A OMS recomenda

a dosagem de até 4 g/dia, devendo ser usado com precaução em pessoas com doenças hepáticas. Em adultos e crianças acima de 12 anos, as doses de paracetamol podem ser administradas com intervalos de 4 horas a 6 horas, não excedendo o total de 4 g em 24 horas. Não se utilizam comprimidos para crianças abaixo de 12 anos. Para o paracetamol em gotas, deve-se considerar que cada ml do produto contém 15 gotas e cada gota, aproximadamente 13 mg de paracetamol. Adultos e crianças acima de 12 anos, recomenda-se 35 a 55 gotas, de 3 a 5 vezes ao dia. Em crianças menores de 12 anos, considerar 1 gota por kg de peso, até o limite de 35 gotas por dose; essa administração pode ser repetida 4 a 5 vezes por dia, com intervalos de 4 a 6 horas.

A Dipirona também pode ser utilizada para alívio da dor e da febre. Em adultos e adolescentes acima de 15 anos – 20 a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia. As crianças devem receber dipirona monitorada conforme seu peso e recomendações do fabricante. Para adultos e adolescentes acima de 15 anos, também pode ser utilizado de 1 a 2 comprimidos até 4 vezes ao dia.

A Dipirona também pode ser utilizada para alívio da dor e da febre. Em adultos e adolescentes acima de 15 anos – 20 gotas a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia. As crianças devem receber dipirona monitorada conforme seu peso e recomendações do fabricante. Para adultos e adolescentes acima de 15 anos, também pode ser utilizado de 1 comprimido a 2 comprimidos até 4 vezes ao dia.

Nos casos da dor refratária aos medicamentos anteriores, recomenda-se a associação deles ao cloridrato de tramadol e à codeína. O cloridrato de tramadol pode ser administrado por via oral ou injetável. Não é recomendada a utilização na gravidez. Para se obter o melhor efeito, a posologia deve ser individualizada, ajustando-a a intensidade da dor e sensibilidade individual do paciente. A princípio deve ser selecionado a menor dose analgésica eficaz. A dosagem da codeína para adultos é usualmente de 30 mg, a cada 4 horas ou 6 horas, para obtenção do efeito analgésico. O limite de administração é de até 240 mg/dia. Em gestantes deve-se considerar o risco-benefício, uma vez que o analgésico opioide atravessa a placenta. Além disso, o risco de exposição do lactente à codeína e à morfina pelo leite materno deve ser ponderado em relação aos benefícios da amamentação para a mãe e o bebê. O uso de codeína para obtenção analgésica em criança prematura ou recém-nascida não é recomendado. Para crianças maiores de 1 ano, a dose deve ser de 0,5 mg/kg/peso corporal ou 15 mg/m² de superfície corporal a cada 4 a 6 horas. Essa administração deve ser utilizada somente em regime de internação com monitoramento dos efeitos adversos. Para associações do paracetamol com fosfato de codeína, a dose deve ser ajustada de acordo com a intensidade da dor e a resposta do paciente. De modo geral, de acordo com o processo doloroso, recomenda-se 1 comprimido a cada 4 horas. Em adultos, nas dores de grau mais intenso, recomenda-se não ultrapassar a dose diária de 240 mg de fosfato de codeína e 4 g de paracetamol a cada 24 horas.

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.

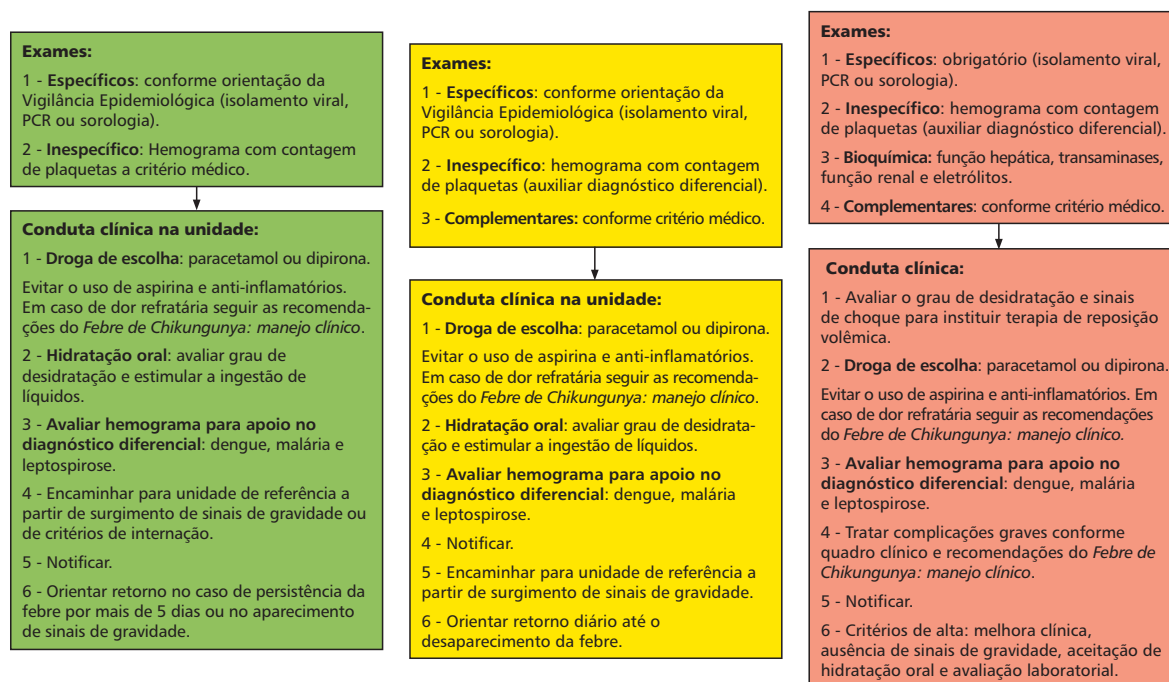
É necessário estimular a hidratação oral dos pacientes (2 litros no período de 24 horas). A hidratação oral inicia-se na unidade de saúde.

O repouso é de extrema importância na fase aguda. Existem evidências que o repouso é fator protetor para evitar evolução para fase subaguda. É fundamental orientar o paciente sobre a necessidade do repouso articular. Evitar atividades que sobrecarregem as articulações. Também esclarecer sobre o posicionamento adequado 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 a gravidade e dos cuidados no domicílio. Assim é importante prescrever a continuidade da hidratação no domicílio, a utilização das compressas frias e repouso.

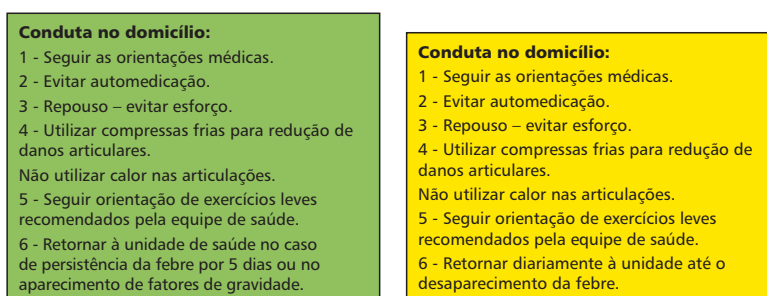
A Figura 7 ilustra as principais recomendações na conduta dos pacientes com suspeita de chikungunya, conforme estadiamento clínico. A Figura 8 resume as principais recomendações aos pacientes em acompanhamento ambulatorial para continuidade do tratamento no domicílio.

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. Também é necessário avaliar as funções renal, hepática e cardíaca, os sinais e sintomas neurológicos, a hemoconcentração e a trombocitopenia.

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

Nestas fases, os pontos mais importantes a serem abordados na história clínica são 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. É importante destacar que a acentuação da artralgia nessas fases pode estar relacionada às articulações com maior sobrecarga operacional. O paciente ainda pode apresentar outras manifestações associadas às lesões articulares como, inapetência, sono não reparador, comprometimento laboral e de atividades diárias, urge incontinência, aumento da sede e choro fácil.

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.

O diagnóstico laboratorial 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; por isso, devem-se investigar marcadores de atividade inflamatória e imunológica.

Para o tratamento pode ser mantido a dipirona como droga de escolha e se, necessário a associação com o cloridrato de tramadol. Em pacientes refratários, nessas fases pode ser utilizado AINH tópico ou oral por um período máximo de 7 dias. Os corticoides por via oral, se necessário, podem ser utilizados por um período máximo de 20 dias, considerando a descontinuação gradativa. Considerar injeções intra articulares de corticoide e o uso de morfina e derivados para analgesia de difícil controle.

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. Realizar 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. O diagnóstico precoce e o acompanhamento dos casos exigem tecnologias de cuidado que envolve a investigação clínica e/ou laboratorial passíveis de utilização em qualquer ponto de atenção, desde que haja a organização dos serviços para este fim. Assim, 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.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **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: **dia mês abreviado ano**.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **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: **dia mês abreviado ano**.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **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: **dia mês abreviado ano**.

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.

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: **dia mês abreviado ano**.