

Febre de Chikungunya : Manejo Clínico

2014

Ministério da Saúde

Sumário

Sumário.....	2
1.Introdução.....	3
2.Espectro Clínico.....	4
Período de Incubação.....	4
2.1 Fase aguda ou febril	5
2.2 Fase Subaguda	6
2.3 Fase Crônica	6
3.Alterações Laboratoriais.....	7
4.Manifestações Atípicas e Graves.....	8
5. Gestantes	9
6. Diagnóstico Diferencial.....	9
7. Caso Suspeito	11
8. Caso Confirmado	11
9. Manejo clínico.....	11
9.1. Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda:.....	12
9.2. Avaliação e tratamento do paciente na fase subaguda e fase crônica	18
10. Ações de vigilância	19
11. Considerações finais.....	19
12.Referências Bibliográficas.....	21

1.Introdução

A Febre de Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya, da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. A viremia persiste por até 10 dias após o surgimento das manifestações clínicas. A transmissão se dá 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 (LENGLET *et. al.*, 2006; GERARDÍN *et al.*, 2008; FRITEL *et al.* 2010; OPAS, 2014: CDC, 2014) (gestante virêmica – bebê durante o parto), bem como por transfusão sanguínea, mas são raros (REPUBLICA DOMINICANA, 2014).

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

O nome Chikungunya deriva de uma palavra em Makonde, a 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.

Chikungunya foi isolado inicialmente na Tanzânia por volta de 1952. Desde então, há relatos de surtos em vários países do mundo, inclusive, nas Américas. Em comunidades afetadas recentemente, uma característica marcante é de uma epidemia com elevada taxa de ataque, que varia de 38 a 63%.

Diante deste cenário de alerta mundial, da presença do vetor, de indivíduos susceptíveis e do livre tráfego de pessoas pelos países, foi elaborado este documento com o objetivo de orientar os profissionais de saúde sobre o diagnóstico precoce e manejo adequado desta enfermidade.

2. Espectro Clínico

O espectro clínico da Febre de Chikungunya varia de acordo com a fonte de consulta. Neste manual, adotaremos a classificação que foi a mais utilizada nos últimos surtos da doença. Após o período de incubação a doença pode evoluir em três fases: fase aguda ou febril, fase subaguda e 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 na infecção pelo Chikungunya são mais prevalentes quanto maior a idade do paciente.

Nem todos os indivíduos infectados pelo vírus Chikungunya desenvolvem sintomas. Estudos mostram que 3% a 28% apresentam infecção assintomática. No entanto, em relação às outras arboviroses, a taxa de pacientes assintomáticos é baixa e o número de pacientes que necessitarão de atendimento é elevado. Porém, a letalidade é baixa na Febre de Chikungunya. Os casos graves ocorrem com maior frequência em extremos de idade e pacientes com comorbidades.

Período de Incubação

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 10 dias.

O período de viremia no ser humano pode perdurar por até dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas (OPAS, 2011).

2.1 Fase aguda ou febril

A fase aguda ou febril da febre de Chikungunya é caracterizada principalmente por febre de início súbito e surgimento de intensa artralgia. Esta fase dura, em média, até 07 dias. Os pacientes sintomáticos geralmente referem febre elevada de início abrupto, poliartralgia, dor 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 associada.

A poliartralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes com Febre de 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 além de mialgia, principalmente em braços e coxas.

O exantema normalmente é macular ou maculopapular, acomete cerca de metade dos doentes e surge de 2 a 5 dias 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 cerca de 25% dos pacientes e pode ser generalizado ou apenas localizado na região palmo - plantar. Outras manifestações cutâneas também têm sido relatadas nesta fase: dermatite esfoliativa, hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso e úlceras orais.

Outros sinais e sintomas descritos na fase aguda da Febre de Chikungunya são calafrios, conjuntivite, faringite, náusea, diarreia, neurite, dor abdominal e vômito. As manifestações do trato gastrointestinal são mais presentes nas crianças. Pode haver linfonodomegalias cervicais associadas.

Nos neonatos, a doença pode se apresentar com maior gravidade. Na fase aguda descreve-se: síndrome algica, febre, exantemas, hemorragias, miocardiopatia hipertrófica, disfunção ventricular, pericardite, dilatação de artéria coronária, enterocolite necrotizante, edema de extremidades, recusa da mamada, diarreia, descamação e hiperpigmentação cutânea. Deve-se destacar

o comprometimento do sistema nervoso central como manifestação de gravidade nesta faixa etária.

2.2 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, fraqueza, fadiga e sintomas depressivos. Se os sintomas persistirem por mais de 3 meses após o início da doença, estará instalada a fase crônica.

2.3 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 da Febre de Chikungunya. Os principais fatores de risco para a cronificação são idade acima de 45 anos, desordem articular pré-existente e maior intensidade das lesões articulares na fase aguda.

O sintoma mais comum nesta fase é o acometimento articular persistente 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. Há relatos de dor também, durante a fase crônica, nas regiões sacroilíaca, lombossacra e

cervical. Alguns pacientes poderão evoluir com artropatia destrutiva semelhante à artrite psoriásica 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.

3. Alterações Laboratoriais

Nenhuma constatação hematológica significativa ou típica é observada. Leucopenia com linfopenia é a observação de costume. A trombocitopenia grave é rara. A taxa de sedimentação de eritrócitos é geralmente elevada. Proteína C-Reativa encontra-se aumentada durante a fase aguda e pode permanecer elevada por algumas semanas. As alterações laboratoriais da Febre de Chikungunya durante a fase aguda são inespecíficas. Pode haver:

- Trombocitopenia moderada – geralmente acima de $100.000/\text{mm}^3$;
- Leucopenia – geralmente menor que 5.000 células;
- Linfopenia – menor que 1.000 células;
- Neutropenia;
- Alteração hepáticas;
- PCR / VSH aumentados;
- Elevação discreta das transaminases;
- Elevação da creatinina;
- Elevação da creatina quinase (CK).

4. Manifestações Atípicas e Graves

As manifestações atípicas durante a Febre de Chikungunya podem surgir por efeito direto do vírus, pela resposta imune frente ao vírus e por toxicidade das drogas. São pouco freqüentes; ocorrem em menos de 5% dos infectados (Tabela 1).

Uma das manifestações atípicas bem estabelecidas da infecção pelo Chikungunya é a convulsão que acomete com maior frequência pessoas com história prévia de epilepsia e/ou alcoolismo.

Tabela 1 – Formas atípicas da febre 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, úlceras aftosa- <i>like</i>
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). In OPAS (2011, p-14).

As formas graves da infecção pelo Chikungunya acometem com maior frequência pacientes com co-morbidades (história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, alcoolismo, doenças reumatológicas, anemia falciforme, talassemia, hipertensão), crianças e aqueles que estão em uso de alguns fármacos (aspirina, anti-inflamatórios e paracetamol em altas doses). A maior preocupação, neste caso, é a descompensação de doenças pré-existentes. A idade avançada também é um fator de risco para doença grave pelo vírus do Chikungunya. Estudos mostram que pacientes com idade

acima de 65 anos têm uma taxa de letalidade cerca de 50 vezes maior do que indivíduos abaixo de 45 anos.

As principais complicações da Febre de Chikungunya são: encefalopatia, convulsões, síndrome hiperálgica, insuficiência cardíaca, miocardite, eventos tromboembólicos, púrpura, dermatose bolhosa, insuficiência respiratória, insuficiência hepática, insuficiência renal, manifestações hemorrágicas, hepatite fulminante, vasculites, pneumonia, paralisia facial, descompensação de alguma doença pré-existentes e óbito.

No período neonatal, destacam-se as seguintes complicações: encefalopatia, alterações cardiovasculares, alterações hemodinâmicas e hemorragias.

5. Gestantes

A infecção pelo vírus Chikungunya no período gestacional não modifica o curso da gravidez, não há evidências de efeitos teratogênicos, mas há raros relatos de abortamento espontâneo.

Mães que sofrem com febre de Chikungunya no período perinatal podem transmitir o vírus a recém-nascidos por transmissão vertical. A taxa de transmissão, neste período, pode chegar até 85%, resultando em formas graves dos neonatos em 90%. Ao que tudo indica a realização e cesariana não altera o risco da transmissão e o vírus não é transmitido pelo aleitamento materno.

6. Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial da febre 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 dengue (Tabela 2). Outras

doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial da Febre de Chikungunya 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 contato com água contaminada;

- Febre reumática – poliartrite migratória de grandes articulações, história de infecção de garganta;

- Artrite séptica - leucocitose, derrame articular, acometimento de grandes articulações e história de trauma;

Tabela 2 – Diagnóstico diferencial Dengue x Chikungunya.

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

Fonte: Adaptado de Staples ET AL (2009). In OPAS (2011, p18)

^A Frequencia 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%.

7. Caso Suspeito

Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

8. Caso Confirmado

É todo caso suspeito com 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 (intervalo mínimo de duas a três semanas).demonstração de soroconversão entre amostras nas fases aguda e convalescente, preferencialmente de 15 a 45 dias após o início dos sintomas, ou 10-14 dias após a coleta da amostra na fase aguda ou PRNT positivo para CHIKV 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 epidemia, 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.

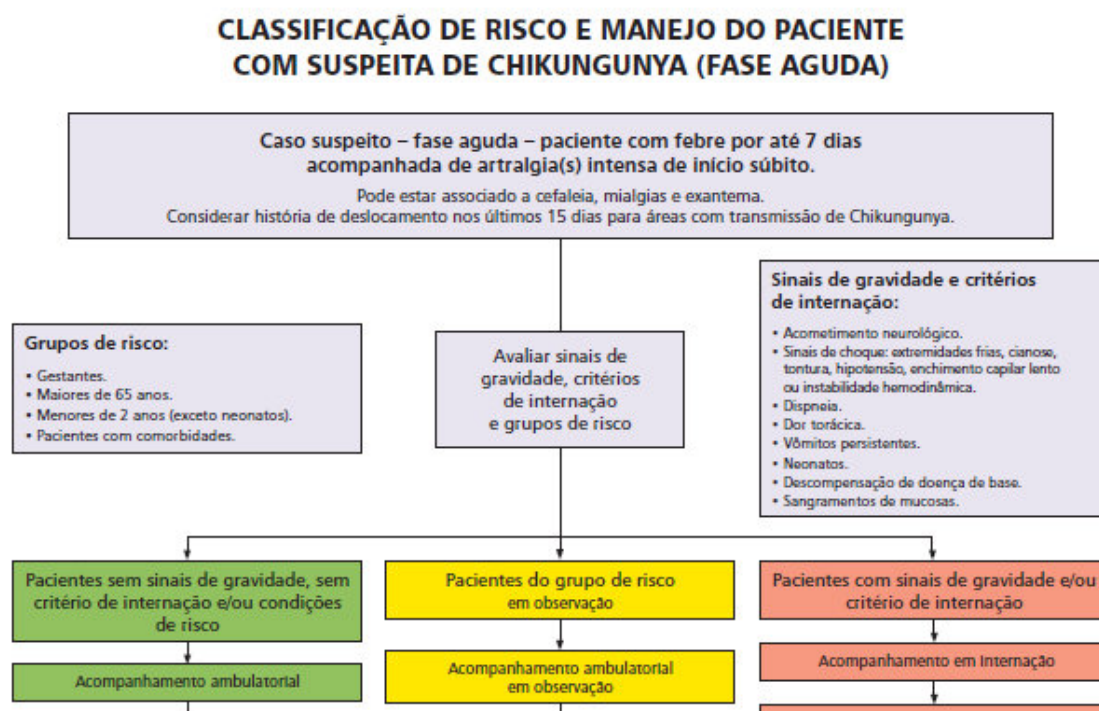
9. Manejo clínico

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

Sistemas de acolhimento com classificação de risco devem ser implantados nos vários níveis de atenção para facilitar o fluxo adequado de pacientes durante um surto. A triagem deve estar atenta para a presença dos sinais de gravidade e critérios de internação de Chikungunya. Também deve estar atento ao diagnóstico diferencial de dengue e de malária e na presença de sinais de gravidade dessas doenças. Se presentes, estes devem ser referenciados imediatamente 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 1.

Figura 1 – Classificação de risco do paciente com suspeita da febre de Chikungunya.



9.1. Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda:

a. Anamnese

A anamnese deve ser o mais detalhada possível e incluir, sempre:

- Procedência e história de viagens para área endêmica / epidêmica para Febre de Chikungunya;
- Tempo de doença com data do início dos sintomas;
- Estabelecer uma relação entre o início da febre e as manifestações articulares;
- Característica / tempo de febre;
- Manifestações associadas;
- Pesquisa de fatores de risco para doença grave - comorbidades, história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, alcoolismo, doenças reumatológicas, consumo abusivo de álcool, anemia falciforme, talassemia, hipertensão;
- Uso de medicamentos – aspirina, paracetamol, anti-inflamatórios;
- Alterações na pele – exantema (localização e relação temporal com a febre), prurido, dermatite esfoliativa, hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso, úlceras orais, bolhas e vesículas;
- Queixas articulares – deve-se ter preocupação em caracterizar do melhor modo possível o envolvimento articular, determinando a duração dos sinais e sintomas, a localização das articulações primariamente envolvidas, o padrão topográfico da progressão para outras articulações, a natureza aguda ou insidiosa do início da doença e também a frequência e periodicidade das dores nas articulações.
- Dor lombar - procurar indícios para diferenciar da lombalgia por outras causas crônicas (por exemplo, comprometimento discal ou lombalgia mecânica comum);
- Queixas do sistema nervoso central / periférico – convulsões, parestesia, parestesia, tontura, rebaixamento do nível de consciência, cefaleia;
- Queixas oculares – dor ocular, redução da acuidade visual, turvação visual, moscas volantes, olho vermelho;
- Queixas digestivas – dor abdominal, diarreia;

- Casos semelhantes no domicílio, peridomicílio e local de trabalho;

b. 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 Febre de Chikungunya deve conter, no mínimo:

- Sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, 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: deve-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: O exame físico dos membros superiores deve-se iniciar com a inspeção e palpação das mãos, observando formas e dimensões, edema, paralisia, atrofia e contratura musculares. Em seguida, examinar o punho, carpo e dedos. O punho, o cotovelo e o ombro devem ser examinados da seguinte maneira:
 - Observar o aspecto da pele;

- Mobilidade ativa e passiva – abdução, adução, flexão, extensão, rotação, movimentos do ombro em suas três articulações;

- Aumento do volume;
- Crepitação;
- Limitação dos movimentos;
- Atrofias musculares;
- Nódulos.

- Exame físico dos membros inferiores: o exame físico dos membros inferiores deve começar com uma inspeção global dos membros inferiores, bacia e coluna vertebral. Os pés devem ser examinados com inspeção estática e dinâmica; os tornozelos devem ser examinados da seguinte maneira:

- Inspeção de tornozelos e maléolo;
- Mobilidade ativa e passiva do tornozelo;
- Mobilidade durante a marcha;
- Atrofias musculares;
- Dor à compressão.

Nos joelhos, o médico assistente deve fazer o exame da seguinte forma:

- Inspeção;
- Examinar a pele;
- Mobilidade;
- Crepitação

c. Exames Laboratoriais:

Conforme a classificação de risco, diante de um caso suspeito de febre de Chikungunya, o hemograma deve ser solicitado à critério médico para as formas brandas da doença e obrigatoriamente com bioquímica para os pacientes do grupo de risco, com sinais de gravidade e pacientes com critérios de internação.

d. Conduta:

Na fase aguda da Febre de Chikungunya, a maioria dos casos pode ser acompanhada ambulatorialmente. As unidades de atenção básica tem papel primordial para avaliação e acompanhamento desses casos. Não há necessidade de acompanhamento diário e os pacientes devem ser orientados a retornar a unidade de saúde no caso de persistência da febre por mais de cinco dias ou aparecimento de sinais de gravidade ou complicações.

Os pacientes de grupo de risco (gestantes, pacientes com comorbidades, idosos e menores de 2 anos de idade exceto neonatos) também devem ser acompanhados ambulatorialmente, mas necessitam de uma observação diferenciada nas unidades pelo risco de desenvolvimento das formas graves da doença, dessa forma devem ser acompanhados diariamente até a queda 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 Febre de Chikungunya. A terapia utilizada é de suporte às descompensações clínicas da doença, repouso e analgesia. É necessário estimular a hidratação oral dos pacientes (2 litros no período de 24 horas). A droga de escolha é o paracetamol. A OMS recomenda a dosagem de até 4g / dia. O paracetamol deve ser usado com precaução em pessoas com comorbidades. Em crianças pode ser administrado a dosagem de 50 a 60 mg por kg por dia dividido em doses.

Podem também ser utilizados outros analgésicos para alívio de dor, como a dipirona. Nos casos refratários recomenda-se a utilização da

codeína. Os anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno, naproxeno, ácido acetilsalicílico) não devem ser utilizados na fase aguda da doença, devido a possibilidade de dengue. A aspirina também é contraindicada na fase aguda pelo risco de Síndrome de Reye e de sangramento. Os esteroides estão contraindicados na fase aguda pelo risco do efeito rebote. A figura 2 ilustra as principais recomendações na conduta dos pacientes com suspeita de febre de Chikungunya, conforme estadiamento clínico. A figura 3 resume as principais recomendações aos pacientes em acompanhamento ambulatorial para continuidade do tratamento no domicílio.

Figura 2 – Conduta clínica dos pacientes com suspeita da febre de Chikungunya.

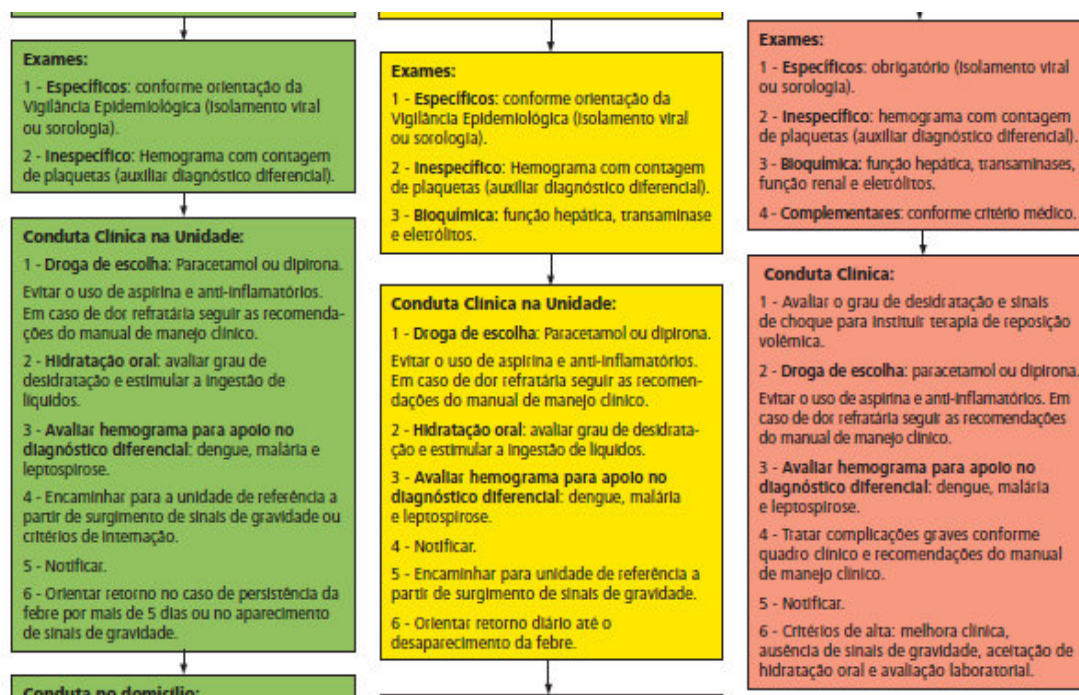


Figura 3 – Orientações para o domicílio.

†

Conduta no domicílio:

- 1 - Seguir as orientações médicas.
- 2 - Evitar automedicação.
- 3 - Repouso – evitar esforço.
- 4 - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares.

Não utilizar calor nas articulações.

- 5 - Seguir orientação de exercícios leves recomendados pela equipe de saúde.
- 6 - Retornar a unidade de saúde no caso de persistência da febre após 5 dias ou no aparecimento de fatores de gravidade.

↓

Conduta no domicílio:

- 1 - Seguir as orientações médicas.
- 2 - Evitar automedicação.
- 3 - Repouso – evitar esforço.
- 4 - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares.

Não utilizar calor nas articulações.

- 5 - Seguir orientação de exercícios leves recomendados pela equipe de saúde.
- 6 - Retornar diariamente na unidade até o desaparecimento da febre.

Para os pacientes do grupo de risco e/ou com sinais de gravidade é necessário estar atento à avaliação hemodinâmica para instituir, se necessário e de imediato a terapia de reposição de volumes e tratar as complicações conforme quadro clínico. A droga de escolha é o paracetamol (até 4g / dia nos primeiros 2 dias, seguidos de até 3 g / dia nos dias subsequentes). Também podem ser utilizados outros analgésicos para alívio de dor, como a dipirona. Nos casos refratários recomenda-se a utilização da codeína. Também é necessário avaliar insuficiência renal, sinais e sintomas neurológicos, insuficiência hepática, acometimento cardíaco, hemoconcentração e a trombocitopenia.

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

Nestas fases, os pontos mais importantes a serem abordados na história clínica são o tempo desde o episódio agudo e as características das lesões articulares. O exame físico deve ser direcionado para o envolvimento articular e periarticular.

O diagnóstico laboratorial na fase crônica pela infecção pelo vírus de Chikungunya é feito 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, deve-se investigar marcadores de atividade inflamatória e imunológica.

Para o tratamento pode ser utilizados Injeções intra-articulares de corticoide, AINH tópico ou oral, e metotrexate em pacientes com sintomas articulares refratários. Considerar uso de morfina e derivados para analgesia de difícil controle.

É importante encaminhar/orientar aos pacientes da necessidade da fisioterapia com exercícios de intensidade leve/moderada. Também se recomenda a avaliação pelo reumatologista.

10. Ações de vigilância

Todo caso suspeito de febre 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-se 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 deve-se encaminhar as amostras somente para testes sorológicos.

Por se tratar de um evento potencialmente epidêmico, uma vez identificado 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.

11. Considerações finais

A febre de Chikungunya é uma doença febril cuja característica clínica mais importante e debilitante é a artralgia. Devido à grande semelhança clínica com dengue, deve-se evitar, na fase aguda, o uso de AINH. Para evitar a ocorrência de casos graves, a equipe de saúde precisa estar atenta para as descompensações das doenças de base preexistentes. Alguns casos podem evoluir para a fase crônica da doença e necessitarão de acompanhamento em longo prazo.

O serviço também precisa estar preparado para alta demanda de pacientes para atendimento 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 dos 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 organização dos serviços de saúde é fundamental para uma resposta adequada diante do aumento do número de casos. Para alcançar esses resultados é necessário promover a assistência adequada ao paciente, organizar as ações de prevenção e controle e fortalecer a integração das diferentes áreas e serviços.

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.

12.Referências Bibliográficas

1. Lenglet Y, Barau G, Robillard PY, 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. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006 Oct;35(6):578-83.
2. Gérardin P, Barau G, Michault A, et al. Multidisciplinary prospective study of mother-to-child chikungunya virus infections on the island of La Réunion. *PLoS Med.* 2008 Mar 18;5(3):e60. doi: 10.1371/journal.pmed.0050060.
3. Fritel X1, Rollot O, Gerardin P, et al. Chikungunya virus infection during pregnancy, Reunion, France, 2006. *Emerg Infect Dis.* 2010 Mar;16(3):418-25. doi: 10.3201/eid1603.091403.

