



# MANUAL DA FEBRE CHIKUNGUNYA

Felipe Loçasso





# MANUAL DA FEBRE CHIKUNGUNYA

**Felipe Loçasso**

2019

Vassouras. Rio de Janeiro



**INTERAGIR**

[www.interagireditora.com.br](http://www.interagireditora.com.br) | [facebook.com/interagireditora](https://facebook.com/interagireditora)



Contato: [www.interagireditora.com.br](http://www.interagireditora.com.br)  
contato@interagireditora.com.br  
Tel.: [24] 9.8822.4986

Autor: Felipe Loçasso

Todos os direitos reservados ao autor, incluindo os direitos de reprodução integral ou parcial em qualquer forma.

**ISBN: 978-85-65441-60-5**

**Manual da febre Chikungunya**

1ª Edição - Vassouras - Rio de Janeiro - Interagir 2019

- 1 . Saúde
- 2 . Febre
- 3 . Chikungunya
- 4 . Sangue
- 5 . Vassouras
- 6 . Medicina

**Índice para catálogo sistemático:**

1. Medicina e Saúde

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do autor, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Editora.

Não é permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, sem a prévia autorização do autor.

Reproduções para fins comerciais são proibidas.



# MANUAL DA FEBRE CHIKUNGUNYA

## 1 – INTRODUÇÃO:

A Febre Chikungunya (FC) é considerada uma doença febril aguda causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), um alfavírus pertencente à família Togaviridae, transmitida através da picada do mosquito *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

Por acometer células endoteliais e epiteliais humanas, fibroblastos, células dendríticas, macrófagos, células B e células musculares, a Febre Chikungunya pode ter diferentes manifestações clínicas. As artrites causadas pelo vírus da Chikungunya têm sido relacionadas a doença de longa duração e até mesmo à cronicidade dos casos. Existem relatos informando que a prevalência de sintomas no primeiro ano após a infecção aguda, o número cumulativo de indivíduos infectados por chikungunya sofrendo de dor incapacitante e de longa duração varia em torno de 1,5 milhões.

De todas as arboviroses, a FC é a que tem maior incidência de manifestações articulares, podendo gerar incapacidade funcional e enorme impacto social.



As populações que residem nas regiões tropicais são as mais ameaçadas, tendo em vista não somente o clima, mas também as questões sociais onde os bolsões de pobreza favorecem a proliferação dos vetores.

O vírus da FC foi isolado inicialmente na Tanzânia em 1952. O significado de chikungunya tem origem da "língua makonde", 'aquele que é contorcido', caracterizando a postura dos pacientes decorrentes das intensas dores articulares.

Após pequenos surtos esporádicos na África e Ásia durante as décadas de 60 e 70, a doença se tornou notória após uma epidemia no Quênia, em 2004 e, principalmente, após a epidemia das Ilhas Reunião, no Oceano Índico, em 2005. No ocidente, os primeiros casos surgiram no Caribe em 2013, de onde o vírus se espalhou para os países da América do Sul.

No Brasil, os primeiros casos de FC foram registrados na região norte (Oiapoque) em 2014. Em 2015 foram registrados 23.431 casos suspeitos, subindo para 236.287 notificações em 2016, sendo a região nordeste a responsável por 88,2% dos casos em 2016 e a região sudeste, 8,0%.

O Rio de Janeiro contribui com 71,5% dos casos de Febre Chikungunya na região sudeste. O aumento do número de casos em 2016 (período de outubro-novembro) na cidade do Rio de Janeiro, em relação a 2015, cresceu absurdamente. Esse número corresponde a 0,2% da população da cidade, segundo o censo de 2010. Se levarmos em consideração que nas Ilhas Reunião 30% da população foi infectada pelo vírus, então é possível ter uma ideia da extensão do problema no Brasil.

Em 2018, o Brasil registrou 87.687 casos prováveis da doença, dos quais, 52.966 casos (60,4%) ocorreram apenas na região Sudeste. O estado do Rio de Janeiro experienciou uma grande epidemia causada pelo CHIKV em 2016, 18.516 casos prováveis. A prefeitura do Rio de Janeiro registrou um aumento de mais de 80% dos casos de Chikungunya entre 2018 e 2019, tendo como base os 4 primeiros meses do ano. Em todo o estado foram mais de 16 mil infectados.

É importante ressaltar que os ovos embrionados do mosquito transmissor podem permanecer viáveis até 1 ano, em ambiente seco e serem transportados por longas distâncias, aderidos às bordas de recipientes a espera de um ambiente úmido mais propício ao seu desenvolvimento, o que torna ainda mais difícil a erradicação dos vetores.

Dos indivíduos infectados, cerca de 30% permanecem assintomáticos, enquanto os outros 70% apresentam sintomas que podem ir da forma clássica aos quadros mais agressivos, considerados como atípicos. O período de viremia pode durar até 10 dias, com os sintomas começando cerca de 2 dias antes do aparecimento do quadro clássico inicial, perdurando por 8 dias ou mais.

## 1.1 – FASES EVOLUTIVAS

### - Fase Aguda:

Tem uma duração de 7 a 14 dias. Os sintomas mais comuns são febre elevada de início súbito, poliartralgia simétrica com predominância nos punhos, mãos, tornozelos e pés. Outras manifestações que podem estar presentes são mialgia, cefaleia, astenia, náusea/vômito, dor axial, exantema, prurido cutâneo, edema de face e extremidades e linfonodomegalias generalizadas, sobretudo cervical.

### - Fase Subaguda:

Tem duração de 15 dias a 3 meses. Os sintomas articulares, de evolução contínua ou intermitente, são predominantes, apresentando-se através de artrite, tendinite, bursite, tenossinovite associados à astenia e rigidez matinal, podendo ocorrer em até 50% dos casos.



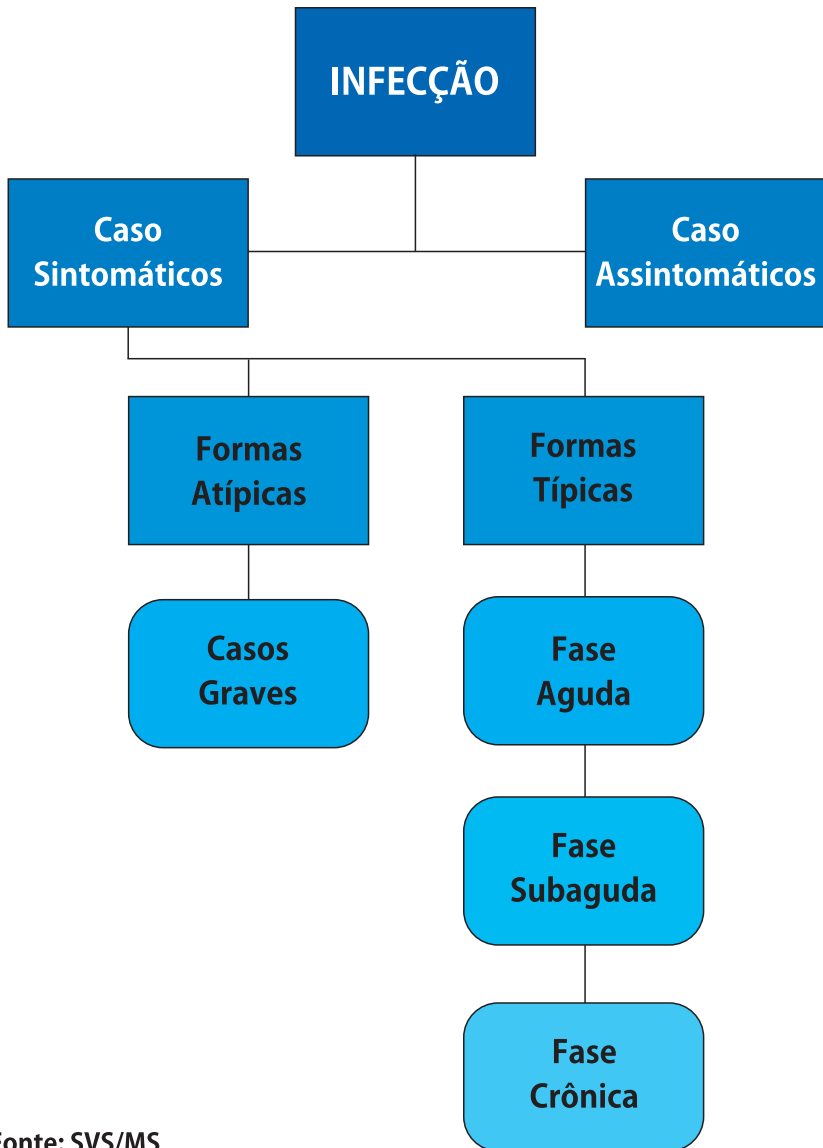
- Fase Crônica:

Tempo de evolução maior que 3 meses. O quadro articular na fase crônica pode ocorrer de forma persistente ou recidivante. Pode ainda ser oligo ou poliarticular e quase sempre simétrico, acometendo principalmente os punhos, mãos, tornozelos e joelhos. Ademais, os pacientes que apresentam melhora clínica podem apresentar recidivas em intervalos de semanas, meses e anos.

Tem sido possível demonstrar que a evolução para a forma crônica pode estar relacionada à exuberância da fase aguda, à preexistência de doença articular, ao sexo feminino e à idade acima de 40 anos. Além disso, os níveis elevados de proteína C-reativa (PCR), assim como dos anticorpos (IgG) anti-CHKV ou ainda a persistência da IgM anti-CHKV positiva além da fase aguda podem ser preditivos de gravidade, com a cronificação dos sintomas e o desenvolvimento de artrite erosiva.



# Espectro Clínico Chikungunya



Fonte: SVS/MS



## 2 – OBJETIVO

Este protocolo tem por objetivo padronizar o manejo do paciente com casos suspeitos e/ou confirmados de FC de forma a instituir o mais rápido possível o tratamento da dor, a fim evitar a cronicidade da doença, melhorar a qualidade de vida e minimizar os impactos social e previdenciários.

## 3 – APLICAÇÃO

Este protocolo destina-se às Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios médicos e principalmente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Urgências e Emergências hospitalares.

## 4 – DEFINIÇÃO

### - CRITÉRIOS CLÍNICOS:

Início abrupto febre > 38,5° C e artralguas intensas de início agudo, não explicada por outras condições clínicas;

### - CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Indivíduo reside ou visitou áreas endêmicas ou epidêmicas no prazo de 15 dias antes do início de sintomas ou tem vínculo epidemiológico com caso confirmado;

### - CRITÉRIOS LABORATORIAIS:

Isolamento do CHIKV por cultura, presença de RNA do CHIKV avaliada PCR em tempo real, presença de anticorpos IgM específicos para CHIKV, aumento de quatro vezes nos valores de anticorpos IgG específicos para CHIKV em amostras recolhidas, pelo menos com 10-14 dias de intervalo, detecção de anticorpos neutralizantes contra CHIKV por PRNT no soro.

## 4.1 – CRONOLOGIA DOS EXAMES

TEMPO	DIAGNÓSTICO
Do 1º ao 5º dias	Deteccção do RNA viral ou antígenos
Entre 5º e 7º dias	Deteccção do RNA viral e IgM
Do 7º dia até o final da 2ª semana	Dosagem da IgM
Após a 2ª semana	Dosagem da IgG

## 4.2 - CLASSIFICAÇÃO:

### CASO SUSPEITO:

O paciente apresenta os critérios clínicos e epidemiológicos.

### CASO CONFIRMADO:

Quando um caso suspeito apresenta qualquer um dos critérios laboratoriais.

### CASO ATÍPICO:

Quando há confirmação laboratorial e o paciente apresenta outras manifestações (nerológicas, cardíacas, dermatológicas, oftalmológicas, renais, respiratórias etc.)

## 5 – EXAMES DE IMAGEM NA FEBRE CHIKUNGUNYA:

- Ultrassonografia Musculoesquelética: Fase Aguda, Subaguda e Crônica
- Radiografia simples: Apenas na Fase Crônica
- Ressonância Nuclear Magnética: Apenas na Fase Crônica



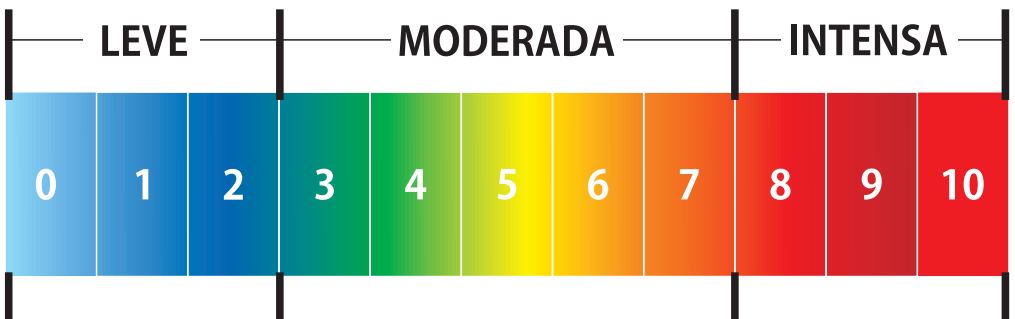
## 6 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR:

- A Escala Visual Analógica – EVA

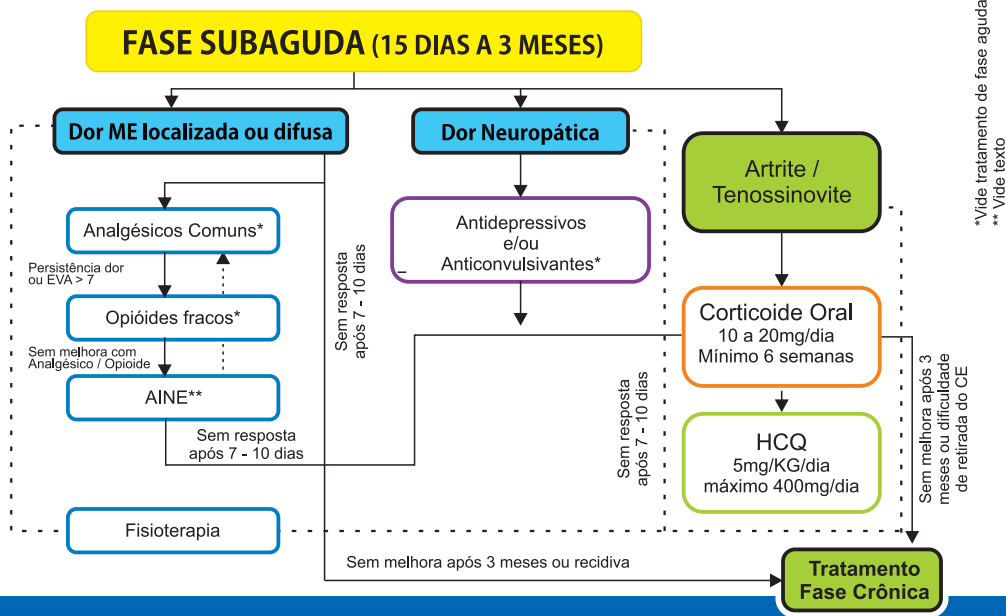
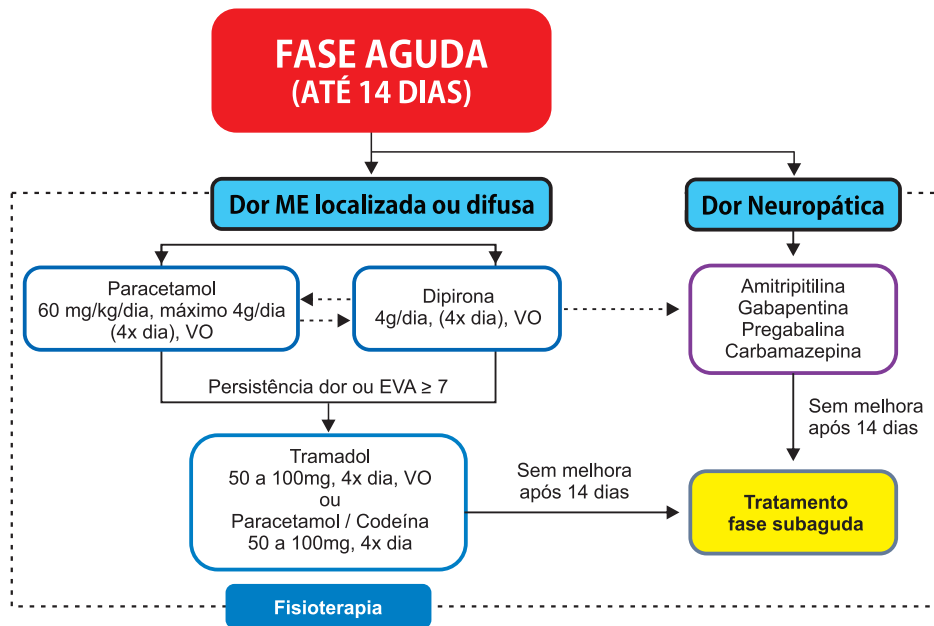
Auxilia na avaliação da intensidade da dor no paciente, tendo fundamental importância para verificação da evolução do mesmo durante o tratamento.

Também é útil para ser avaliado a efetividade do tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor. Pode ser utilizada tanto no início quanto no final de cada atendimento, sempre lembrando de registrar o resultado.

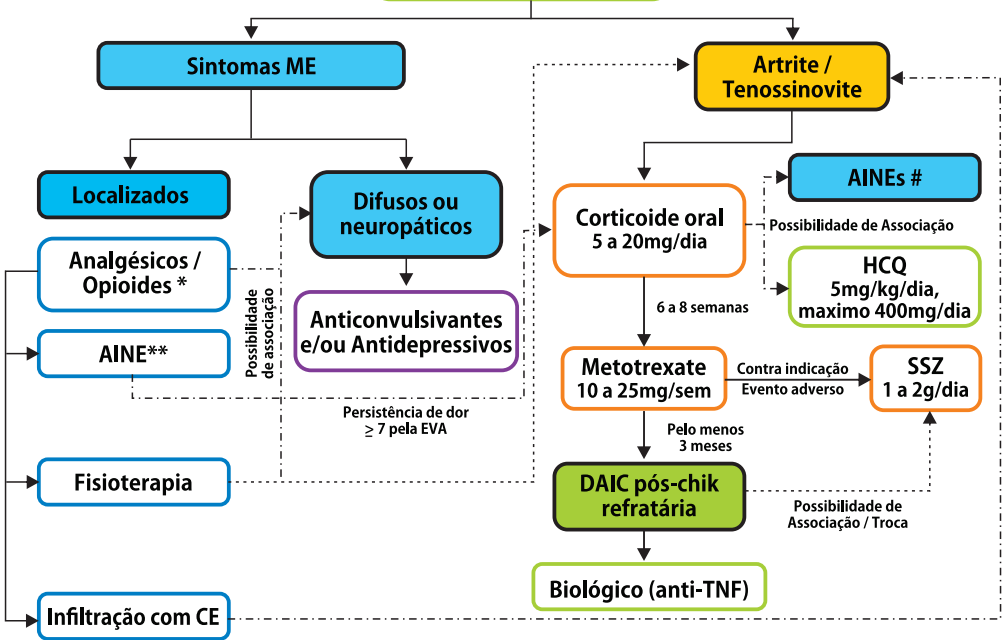
Para utilizar a EVA, o entrevistador deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor na qual “0” significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente.



## 7. FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO



**FASE CRÔNICA (> 3 MESES)**



\* Vide tratamento de fase aguda  
 \*\* Vide texto  
 # Durante a retirada do CE

## 8 – MODALIDADE DE TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICOS:





### 8.1 – FASE AGUDA:

- Crioterapia
- TENS
- Terapia manual
- Bandas compressivas

### 8.2 – FASE SUBAGUDA E CRÔNICA:

- Ultrassom
- Terapia manual
- Fisioterapia aquática
- Cinesioterapia ativa e passiva
- Alongamento

## 9 – METODOLOGIA

-  CÓDIGO AZUL: encaminhamento ideal de até 20 dias.
-  CÓDIGO VERDE: encaminhamento ideal de até 15 dias.
-  CÓDIGO AMARELO: encaminhamento ideal de até 10 dias.
-  CÓDIGO VERMELHO: encaminhamento ideal de até 7 dias.

Pacientes do Grupo de risco:

Gestante.

Maiores de 65 anos.

Menores de 2 anos ( neonatos considerar critério de internação).

Paciente com comorbidades.



## 9.1 – ACIONAMENTO DO PROTOCOLO:

Os casos suspeitos e/ou confirmados com menos de 15 dias de evolução serão classificados como CÓDIGO AZUL, sendo encaminhados ao médico reumatologista em um prazo de até 20 dias.

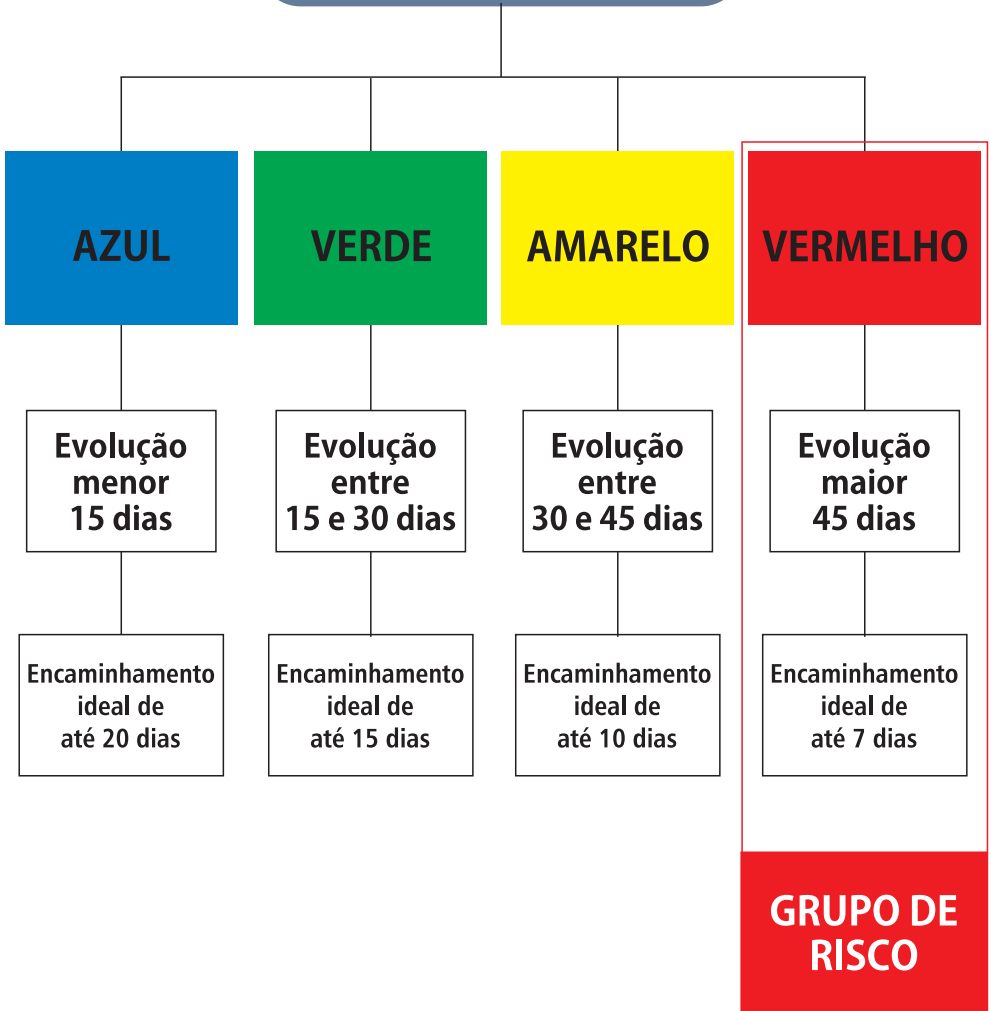
Os casos suspeitos e/ou confirmados entre 15 dias e 30 dias de evolução serão classificados como CÓDIGO VERDE e serão encaminhados ao médico reumatologista em prazo de até 15 dias.

Os casos suspeitos e/ou confirmados entre 30 dias e 45 dias de evolução serão classificados como CÓDIGO AMARELO e serão encaminhados ao médico reumatologista em um prazo de até 10 dias.

Os casos suspeitos e/ou confirmados com mais de 45 dias de evolução e os pacientes do Grupo de risco irão ser classificados como CÓDIGO VERMELHO, sendo encaminhados ao médico reumatologista em um prazo de até 7 dias.



## Caso suspeito ou confirmado de Febre Chikungunya



## 10 – ATUAÇÕES DOS COMITÊS CIENTÍFICOS E EXECUTIVOS DO PROTOCOLO DE MANEJO DA FEBRE CHIKUNGUNYA

O comitê científico se reúne anualmente a fim de atualizar o documento do protocolo e, sempre que necessário, presta consultoria ao COMITÊ EXECUTIVO

O comitê executivo se reúne semestralmente e discute eventuais problemas de processo, que deverão ser analisados por seus constituintes, com vista à prevenção de erros e à melhoria da qualidade de assistência. Além disso, autoriza a incorporação de novas tecnologias.

## 11 – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

### 11.1 - ENFERMAGEM: PREENCHIMENTO DOS ITENS INICIAIS DA FICHA DE ENCAMINHAMENTO

- Avaliação dos sinais vitais.
- Determinar se o paciente faz parte do grupo de risco.
- Determinar co-morbidades.
- Determinar medicamentos em uso.

### 11.2 - MÉDICOS: PREENCHIMENTO DOS ITENS FINAIS DA FICHA DE ENCAMINHAMENTO

- Determinar se o caso é suspeito ou confirmado
- Data do início dos sintomas.
- Coletar a História Da Doença Atual (HDA).
- Determinar a escala visual analógica de dor
- Medicamento prescrito.
- Determinar em qual Código o paciente se enquadra.



## 12 – PREVENÇÃO:

- Caso tenha colocado areia e haja acúmulo de água no pratinho de planta, lavá-lo com escova, água e sabão, uma vez por semana.

- Lavar, principalmente por dentro, com escova e sabão os utensílios usados para guardar água em casa, tais como jarras, garrafas, potes, baldes e etc.

- Embalar para recolhimento todas as garrafas pet e de vidro vazias que não for usar. As garrafas de vidro não descartadas devem ser guardadas de boca para baixo ou em local coberto.

- Caso tenha vasos de plantas aquáticas, trocar a água e lavar, principalmente por dentro, com escova, água e sabão pelo menos uma vez por semana.

- Jogar no lixo todo objeto que possa acumular água, tais como embalagens usadas, potes, latas, copos, garrafas vazias etc.

- Remover folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas.

- Manter a caixa d'água sempre fechada com tampas adequadas.

- Colocar o lixo em sacos plásticos e manter a lixeira bem fechada.

Não jogar em terreno baldio.

- Não deixar a água da chuva acumulada.

- Manter bem tampados tonéis e barris de água.

- Encher de areia até a borda os pratinhos de vasos de plantas.

- Entregar os pneus mais velhos aos serviços de limpeza urbana.

Caso realmente precise mantê-los, guarde-os em local coberto.

- Manter os sacos de lixo bem fechados e fora do alcance de animais até o recolhimento pelo serviço de limpeza urbana.

- Lavar semanalmente por dentro com escova e sabão os tanques utilizados para armazenar água.

- Usar repelentes.

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO:****ENFERMAGEM:**Pressão Arterial: Frequência Cardíaca: Frequência Respiratória: Temperatura Axilar: **GRUPO DE RISCO:**

Gestante ( ) Acima de 65 Anos ( ) Menor de 2 Anos ( )

Comorbidades: Não ( ) Sim ( )

Quais: Medicamentos em Uso: **MÉDICO:**

Caso Suspeito ( ) Caso Confirmado ( )

Data de início dos sintomas: **SINAIS E SINTOMAS:**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febre                  | <input type="checkbox"/> Artralgia |
| <input type="checkbox"/> Artrite                | <input type="checkbox"/> Mialgia   |
| <input type="checkbox"/> Rash Cutâneo           | <input type="checkbox"/> Prurido   |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivite           | <input type="checkbox"/> Cansaço   |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia Ganglionar | <input type="checkbox"/> Outros:   |

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR (EVA): **PRESCRIÇÃO MÉDICA:**


- CÓDIGO:  **AZUL** (Tempo de evolução menor que 15 dias)  
 **VERDE** (Tempo de evolução entre 15 e 30 dias)  
 **AMARELO** (Tempo de evolução entre 30 e 45 dias)  
 **VERMELHO** (Grupo de risco e tempo de evolução maior que 45 dias)

## Referências Biográficas:

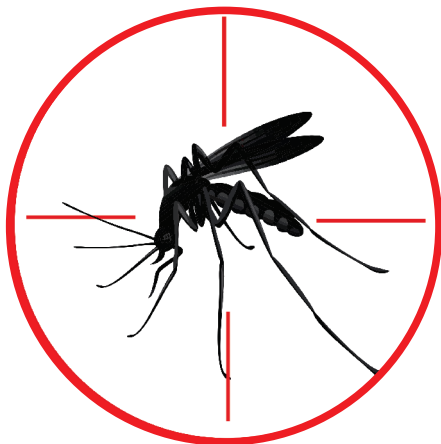
- Yactayo S., Staples J.E., Millot V., Cibrelus L., Ramon-Pardo P. Epidemiology of chikungunya in the Americas. *J. Infect. Dis.* 2016;214:S441–S445;
- Lum F.M., Ng L.F.P. Cellular and molecular mechanisms of chikungunya pathogenesis. *Antivir. Res.* 2015;120:165–174;
- Rougeron V., Sam I.C., Caron M., Nkoghe D., Leroy E., Roques P. Chikungunya, a paradigm of neglected tropical disease that emerged to be a new health global risk. *J. Clin. Virol.* 2015;64:144–152;
- Rodriguez-Morales A.J., Alvarez M.F., Bolívar-Mejía A., Ramirez-Vallejo E. Cardiovascular involvement and manifestations of systemic Chikungunya virus infection: A systematic review. *F1000Research.* 2017;6:390;
- Sam IC, Kümmerer BM, Chan YF, Roques P, Drosten C, AbuBakar S. Updates on chikungunya epidemiology, clinical disease, and diagnostics. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2015; 15(4): 223-30.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Chikungunya: Manejo Clínico. Ministério da Saúde. 2017. 77p.
- Castro APCR, Lima RA, Nascimento JS. Chikungunya: visão do clínico da dor. *Rev Dor.* 2016; 17 (4): 299-302.
- Marques CDL, Duarte ALBP, Ranzolin A, Dantas AT et al. Recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and treatment of Chikungunya fever. Part 1 – Diagnosis and special situations, *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 10.1016/j.rbre.2017.05.006, 57, (421-437), (2017).
- Viana LRC, Pimenta CJL, Araújo EMNF, Teófilo TJS, Costa TF, Costa KNFM. Reemerging arboviruses: clinical-epidemiological profile of hospitalized elderly patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017052103403>.
- Silva NMD, Teixeira RAG, Cardoso CG, Siqueira Junior JB, Coelho GE, Oliveira ESF. Vigilância de chikungunya no Brasil: desafios no contexto da Saúde Pública. *Epidemiol Serv Saúde* 2018; 27: e2017127, doi: 10.5123 / s1679-4974201800 0300003.
- Marques CDL, Duarte ALBP, Ranzolin A, Dantas AT et al. Recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and treatment of Chikungunya fever. Part 2 – Treatment, *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 10.1016/j.rbre.2017.05.006, 57, (438-451), (2017).





Se um  
mosquito  
pode matar,

**VAMOS  
ELIMINÁ-LO!**



***Todo esforço é necessário!***

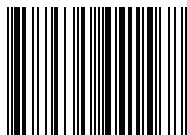
✓ Use o checklist e confira seus ambientes

- Caixas D'água vedadas
- Calhas totalmente limpas
- Galões, tonéis, poços e tambores bem vedados
- Pneus sem água e em lugares cobertos
- Garrafas vazias e baldes com a boca para baixo
- Ralos limpos e com tela
- Bandejas de geladeira sem água
- Pratos de vaso de planta com areia até a borda
- Bromélias e outras plantas sem acúmulo de água
- Vasos sanitários sem uso fechados
- Lonas de coberturas esticadas para não formar poças
- Piscina e fontes sempre tratadas



**INTERAGIR EDITORA**

[www.interagireditora.com.br](http://www.interagireditora.com.br)  
[facebook.com/interagireditora](https://facebook.com/interagireditora)



9 788565 441568 >