

Febre do Chikungunya

O que é importante saber

1. História e epidemiologia da doença

Chikungunya (CHIKV) é um vírus RNA pertencente ao gênero alfavírus da família *Togaviridae*. O nome chikungunya significa “aquele que se dobra”, em referência à aparência encurvada dos pacientes que sofrem com a artralgia intensa provocada pela doença. O vírus foi isolado primeiramente na Tanzânia, nos anos de 1952-53. Posteriormente, outros surtos ocorreram na África e na Ásia. Na Ásia, cepas de CHIKV foram isoladas durante grandes surtos urbanos, em Bangkok e Tailândia, em 1960 e, em Calcutá e Vellore, na Índia, durante as décadas de 60 e 70. Desde então, surtos têm ocorrido na África, na Ásia e na Europa. Em 2013, foi identificada transmissão em países e ilhas do Caribe. No Brasil, em setembro de 2014, surtos com transmissão autóctone da doença foram confirmados no município de Oiapoque (Amapá) e no município de Feira de Santana (Bahia). Em outubro de 2014, foi identificado o primeiro caso em Minas Gerais, no município de Matozinhos. Foram registrados também 37 casos importados.

A transmissão ocorre por meio da picada dos mosquitos do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti* e o *Aedes albopictus* os principais vetores. Os surtos e epidemias ocorrem de forma explosiva com grande número de pacientes sintomáticos. Devido à presença do mosquito do *Aedes* em todo território nacional e a identificação de transmissão autóctone do vírus, é grande o risco de disseminação da doença no Brasil.

2. Quadro clínico e evolução

A doença pode manifestar-se clinicamente de três formas: aguda, subaguda e crônica. O período de incubação varia de quatro a oito dias, podendo chegar a 12 dias. Na fase aguda, os sintomas aparecem de forma brusca com febre alta, cefaleia, mialgia e artralgia, predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações, geralmente simétrica e intensa, podendo apresentar edema associado à rigidez e à limitação de movimento. É frequente a ocorrência de exantema maculopapular precoce. Os sintomas persistem por sete a dez dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, evoluir para dor crônica incapacitante.

Outros sinais e sintomas incluem náuseas, vômitos e fadiga. Após os primeiros dez dias, a maioria dos pacientes evolui com melhora dos sintomas. Entretanto, cerca de 30% a 40% pode apresentar exacerbação dos sintomas e manutenção das dores articulares crônicas.

**Infecção aguda
(Primeiros 10 dias)**

**Fase subaguda
(até 3 meses)**

**Fase crônica
(mais de 3 meses)**

**Febre, artralgia, mialgia,
exantema, astenia,
vômitos**

**Dores e edemas articula-
res, fenômeno de
Raynaud**

**Dores articulares e fenô-
menos reumatológicos
crônicos**

Podem ocorrer complicações oftalmológicas (neurite, uveíte), neurológicas (encefalite, paresia, síndrome de Guillain-Barré), cardíacas (miocardite e arritmias) e gastrointestinais (pancreatite, hepatite).

Complicações graves são incomuns, mas pacientes idosos, imunossuprimidos, com comorbidades e neonatos apresentam maior risco de formas graves. Gestantes devem ser acompanhadas devido ao risco de aborto e transmissão materno-fetal.

Quando suspeitar de febre do chikungunya

Paciente com doença febril aguda acompanhada de mono ou poliartralgia intensa de início súbito. Pode estar associada a cefaleia, mialgias e exantema. Considerar o diagnóstico em pacientes com história de deslocamento nos últimos 15 dias para áreas com transmissão de chikungunya, lembrando que áreas de transmissão podem apresentar rápida expansão.

Para verificar países com transmissão, consultar: <http://www.cdc.gov/chikungunya/geo/index.html>

O que fazer diante de um caso suspeito de chikungunya

A. Doença aguda

1. Avaliação clínica do paciente
2. Se, em Belo Horizonte, notificar imediatamente ao CIEVS-BH pelo telefone 8835-3120. Em Betim, em dias úteis e horário comercial, notificar ao serviço de epidemiologia municipal pelo telefone 3512-3301 e, fora desse período, ao CIEVS Minas pelo telefone 9744-6983. Em Contagem, notificar ao serviço municipal de epidemiologia pelo telefone 3363-8081 em dias úteis e no horário comercial, fora desse período pelo telefone 8802- 8143.
3. Preencher ficha de notificação disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/Ficha_conclusao.pdf
4. Solicitar orientação ao serviço de epidemiologia em Betim ou Contagem ou CIEVS-BH se, em Belo Horizonte, sobre a coleta de exame para confirmação diagnóstica. O material coletado deverá ser encaminhado à Funed. Encaminhar amostra com a ficha de notificação preenchida.
5. Há indicação de punção lombar para coleta de líquido nos pacientes que evoluírem com quadro clínico sugestivo de encefalite, paresias ou síndrome de Guillain-Barré. O líquido deverá ser encaminhado à Funed.
6. Casos suspeitos de dengue devem seguir orientação específica. Realizar o teste rápido NS1 (quando disponível) nos primeiros quatro dias e/ou sorologia a partir do sexto dia. Para maiores detalhes, consultar Sessões Clínicas em Rede sobre Dengue: www.acoesunimedbh.com.br/sessoesclinicas/sessoes-anteriores
7. Tratamento sintomático - Repouso e hidratação:
 - a. Uso de paracetamol ou dipirona para tratamento da febre e do quadro algico.
 - b. Preferencialmente, quando necessários, usar ibuprofeno, naproxeno ou outro anti-inflamatório não hormonal apenas a partir da segunda semana. Para tratamento da artralgia/artrite, não utilizar esses medicamentos na primeira semana devido à possibilidade de dengue e de esses serem contraindicados para essa doença.
 - c. Uso de aspirina não é recomendado (risco de hemorragia e, em crianças menores de 12 anos, também risco de síndrome de Rede).
 - d. Evitar anti-inflamatórios em crianças devido ao risco de complicações dermatológicas (dermatite blusa).
 - e. Em pacientes com dor articular grave sem melhora com anti-inflamatórios não hormonais, podem ser utilizados opioides.

B. Doença subaguda e crônica

O manejo clínico na fase subaguda e crônica é voltado para o controle das dores articulares e para a reabilitação dos pacientes. Em alguns casos, a fase de convalescença pode ser prolongada com permanência das dores articulares por meses ou anos. O tratamento nessa fase baseia-se na utilização de anti-inflamatórios, corticosteroides e, em alguns casos, na infiltração intra-articular de anti-inflamatórios.

Como terapia adjuvante, casos de artralgia prolongada e rigidez articular podem se beneficiar com tratamento fisioterápico. Mobilização e exercícios leves tendem a melhorar a rigidez articular matinal e os quadros álgicos, entretanto atividade física intensa pode exacerbar os sintomas.

Fontes consultadas: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Center for Disease Control and Prevention—CDC