



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**NOTA TÉCNICA SOBRE FEBRE DE CHIKUNGUNYA
13 de setembro de 2016**

Dados epidemiológicos

Casos humanos com febre, exantema e artrite aparentando ser Febre de Chikungunya foram relatados no início de 1770. Porém, o vírus não foi isolado do soro humano ou de mosquitos até a epidemia na Tanzânia de 1952-53.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2004, há relatos de surtos em 19 países africanos e asiáticos. Nas Américas, em outubro de 2013, teve início uma grande epidemia de chikungunya em diversas ilhas do Caribe e, em março de 2014, na República Dominicana e Haiti.

O Brasil registrou seus primeiros casos autóctones de Febre de Chikungunya em setembro de 2014. Tratava-se de pai e filha, de 53 e 31 anos respectivamente, residentes no município de Oiapoque, no Amapá. Até então, os casos registrados no Brasil eram apenas de pessoas contaminadas no exterior

Em comunidades afetadas recentemente, a característica marcante são epidemias com elevadas taxas de ataque, que variam de 38% a 63%.

No primeiro semestre de 2016 foi confirmado laboratorialmente a circulação viral no Rio Grande do Sul.

Características gerais

Agente etiológico

A febre de chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*.

Modo de transmissão

A transmissão ocorre pela picada de fêmeas dos mosquitos do gênero *Aedes*, infectada pelo CHIKV sendo o *Aedes aegypti* (transmissor da dengue) o principal vetor.

Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que, exclusivamente, durante o período de intraparto em gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave (LENGET *et al.*, 2006; GERARDÍN *et al.*, 2008; FRITEL *et al.*, 2010; OPAS, 2014; CDC 2014). Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara, se os protocolos forem observados (OPAS, 2011; CDC 2014a; REPÚBLICA DOMINICANA, 2014).

Período de incubação e de transmissibilidade

O período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, é em média de 3 a 7 dias (podendo variar de 1 a 12 dias). O extrínseco, que ocorre no vetor, dura em média dez dias. O período de viremia no ser humano pode perdurar por até dez dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas, podendo perdurar por mais oito dias (OPAS, 2011). Os mosquitos adquirem o vírus a partir de um hospedeiro virêmico. Depois do período de incubação extrínseca, o mosquito é capaz de transmitir o vírus a um hospedeiro suscetível, como o ser humano. Em seguida o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (6 a 8 semanas).



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Manifestações clínicas

Geralmente os sintomas iniciam-se entre 4 a 8 dias após a picada do mosquito (podendo variar de 1 a 12 dias).

A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica. Após o período de incubação inicia-se a fase aguda ou febril, que dura até o décimo dia. Outros sintomas presentes são: cefaléia, mialgia e artralgia (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações). Também é freqüente a ocorrência de exantema maculopapular. Alguns pacientes evoluem com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando o início da fase subaguda, com duração até 3 meses. Quando a duração dos sintomas persistem após 3 meses atingem a fase crônica. Nestas fases, algumas manifestações clínicas podem variar de acordo com o sexo e a idade.

Exantema, vômitos, sangramento e úlceras orais parecem estar mais associados ao sexo feminino. Dor articular, edema e maior duração da febre são prevalentes quanto maior a idade do paciente.

Cerca de 30% dos casos não chegam a desenvolver sintomas.

As manifestações atípicas, que acometem sistema ou órgãos, durante a Febre de Chikungunya podem surgir por efeito direto do vírus, pela resposta imune ou por toxicidade das drogas utilizadas durante o tratamento, ocorrendo, entretanto, em menos de 5% dos casos.

As manifestações atípicas graves têm como grupo de risco pessoas com comorbidades (história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, alcoolismo, doenças reumatológicas, anemia falciforme, talassemia, hipertensão, obesidade, dentre outros), neonatos, gestantes, maiores de 65 anos e aqueles que estão em uso de alguns fármacos (ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios e paracetamol em altas doses).

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 (OPAS, 2011).

Em neonatos destacam-se as seguintes complicações: encefalopatia, alterações cardiovasculares e hemodinâmicas, bem como hemorragias.

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

Mães com Febre de Chikungunya no período perinatal podem transmitir o vírus aos recém-nascidos por via vertical, com taxa de transmissão de até 85%, ocasionando formas graves em cerca de 90% dos neonatos

Tratamento

Até o momento não existe um tratamento específico para Chikungunya. Os sintomas são tratados com medicação para a febre e as dores articulares. Recomenda-se repouso absoluto ao paciente, que deve beber líquidos em abundância. Não é Recomendável o uso de ácido acetilsalicílico e de drogas antiinflamatórias devido ao risco aumentado de síndrome hemorrágica.

Vigilância Epidemiológica

A Febre de Chikungunya (CHIKV) foi incluída na lista nacional de doenças de notificação compulsória publicada pela Portaria MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Definição de 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.

1. Roteiro de investigação epidemiológica

A. Áreas sem registro de casos ou com casos importados de Febre de Chikungunya

Municípios com presença do *Ae. aegypti* e/ou *Ae. albopictus*, sem registro de casos anteriores ou que tenham registro de casos confirmados laboratorialmente com histórico de deslocamento nos últimos 15 dias para áreas com transmissão (casos importados).

- Notificar os casos suspeitos em até 24 (vinte e quatro) horas do atendimento, ao Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal, a Regional de Saúde e esta ao Setor de Antropozoonoses /CEVS;
- Realizar busca ativa de novos casos suspeitos de Chikungunya durante o processo de investigação do caso e após a confirmação de casos importados,
- Colher e/ou solicitar amostras do caso em investigação e de todos os demais casos suspeitos identificados e encaminhar imediatamente ao LACEN-RS para definição diagnóstica;
- Investigar oportunamente 100% dos casos suspeitos, identificando o Local Provável de Infecção (LPI);
- Informar imediatamente a equipe de controle vetorial local para adoção das medidas necessárias ao controle do vetor;
- Incluir os casos suspeitos no SINAN Online em até sete (sete) dias, e encerrar os casos em até 60 (sessenta) dias;

B. Área com casos autóctones de Febre de Chikungunya esporádicos ou aglomerados

Municípios com presença do *Ae. aegypti* e/ou *Ae. albopictus* e que tenham registro de casos confirmados laboratorialmente sem histórico de deslocamento nos últimos 15 dias.

- Notificar os casos autóctones esporádicos ou aglomerados em até 24 (vinte e quatro) horas do atendimento, ao Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal a Regional de Saúde e esta ao Setor de Antropozoonoses /CEVS;
- Realizar busca ativa de novos casos suspeitos de Chikungunya após a confirmação de casos autóctones;
- Investigar oportunamente os casos suspeitos, identificando o Local Provável de Infecção (LPI), e possíveis manifestações atípicas e óbitos, visando o aprimoramento da atenção médica oferecida pelo município no que se refere ao acesso e manejo clínico;
- Colher e/ou solicitar amostras dos casos suspeitos e encaminhar imediatamente ao LACEN-RS para definição diagnóstica;
- Informar imediatamente a equipe de controle vetorial local para a adoção das medidas necessárias ao controle vetorial;
- Incluir os casos suspeitos no SINAN Online em até 7 (sete) dias, e encerrar os casos em até 60 (sessenta) dias;



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

C. Área com epidemia de Febre de Chikungunya

Municípios com presença de *Ae. aegypti* e/ou *Ae. albopictus* e que tenham registro de casos confirmados e com transmissão estabelecida.

- Notificar de acordo com o fluxo estabelecido para o município, regional e para o estado;
- Reduzir gradativamente a investigação dos casos de acordo com a situação epidemiológica da localidade e da capacidade da vigilância;
- Investigar as manifestações atípicas e óbitos, colher amostras laboratoriais destes casos e encaminhar imediatamente ao LACEN-RS para definição diagnóstica ; especialmente nas áreas com transmissão de dengue autóctone, pois pode se tratar de caso graves de dengue. Alertar a assistência nestas situações.
- Incluir os casos suspeitos no SINAN Online em até 7 (sete) dias, e encerrar os casos em até 60 (sessenta) dias;
- Analisar a distribuição espacial dos casos, a fim de orientar as medidas de controle, acompanhar os indicadores epidemiológicos (incidência, grupos de risco), para conhecer a magnitude da epidemia e a qualidade da assistência à saúde.

D. D. Área com epidemia simultânea de Febre de Chikungunya e dengue

Em cenários com transmissão simultânea das duas doenças, considerar as mesmas recomendações contidas nos protocolos de dengue e chikungunya.

2. Diagnóstico laboratorial

Atualmente, o laboratório de referência para realizar o diagnóstico da Febre de Chikungunya é o LACEN RS

São três os tipos de testes capazes de detectar o Chikungunya: PCR em tempo real (RT PCR), Pesquisa de IgM, Mac Elisa IgM a Pesquisa de IgG. Todas essas técnicas já são utilizadas no Brasil para o diagnóstico de outras doenças e estão disponíveis nos laboratórios de referência da rede pública.

O diagnóstico laboratorial de 1ª escolha é a detecção de RT- PCR em tempo real, coletada durante a fase aguda do 1º ao 8º dia do início dos sintomas.

De acordo com o algoritmo abaixo outros testes laboratoriais poderão ser realizado conforme o período de coleta da amostra e o início dos sintomas.

Ao cadastrar no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para Febre de Chikungunya é importante que sejam colocadas todas as informações solicitadas, principalmente sobre data de início de sintomas, data da coleta, informações adicionais (quadro clínico e histórico de viagem) e antecedentes epidemiológicos.

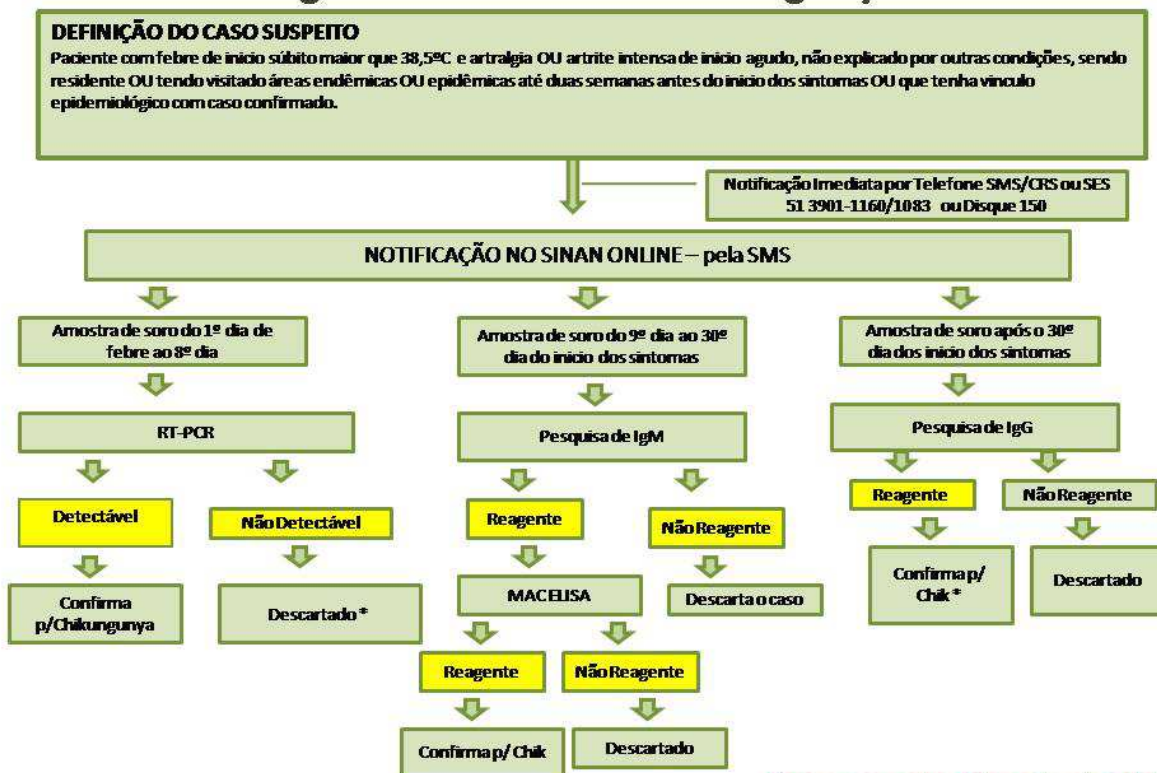
Informações sobre material coletado, armazenamento, transporte das amostras e registro no sistema estão descritas na **Nota Técnica IPB-LACEN/RS nº 01/2016 - Revisão 03 (Orientações Básicas para Diagnóstico Laboratorial Dengue/Chikungunya/Zika)** e **Planilha de Instruções de Coleta e Transporte de Amostras Laboratoriais - Revisão 12.**

Em situação de epidemia de CHIKV em uma determinada área, o diagnóstico deve ocorrer somente por critério clínico-epidemiológico exceto para as formas atípicas e óbitos.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Algoritmo Febre de Chikungunya



* No encerramento e confirmação deve ser observado: resultado laboratorial, sinais, sintomas e vínculo epidemiológico/ambiental.

Medidas de controle

As medidas de prevenção e controle são as mesmas adotadas para a dengue e devem ser realizadas oportunamente.