

Chikungunya: Manejo Clínico

2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 2ª edição – 2017 – Versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Coordenação-Geral dos Programas Nacionais de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*

SCS, Quadra 4, bloco "A", lote 67/69 – Edifício principal – 1º andar

70304-000 - Brasília - DF Site: < www.saude.gov.br/svs >

E-mail: <dengue@saude.gov.br>

Produção e diagramação

Núcleo de Comunicação/SVS

Organização

Ana Carolina Faria e Silva Santelli

Laura Nogueira da Cruz – SVS/MS

Livia Carla Vinhal Frutuoso – SVS/MS

Colaboração

Carlos Alexandre Antunes de Brito

Kleber Giovani Luz

Jose Cerbino Neto

Vanessa Melo
Vitor Laerte Pinto Junior
Rivaldo Venâncio da Cunha
Roberta Gomes Carvalho
Rodrigo Fabiano do Carmo Said
Jaqueline Martins
Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques
Ana Karla Arraes von Sohsten,
Caroline Araújo Magnata da Fonte
Clezio Cordeiro de Sá Leitão
Maria Helena Carneiro Leão
Rita de Cássia Coelho Moraes de Brito
Zelina Barbosa de Mesquita
Cecília Moraes de Brito
Lilian David de Azevedo Valadares
Melissa Falcão
Mariana Bertol Leal
Karen Soares Trinta

Editora responsável
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <<http://editora.saude.gov.br>>
E-mail: <editora.ms@saude.gov.br>

Equipe editorial
Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Paulo Henrique de Castro e Khamila Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Básica Chikungunya: Manejo Clínico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

78 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <endereço eletrônico de acesso ao documento>.

ISBN xxx-xx-xxx-xxxx-x

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

CDU 616-002.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0138

Títulos para indexação

Em inglês: Chikungunya : Clinical Management

Em espanhol: Chikungunya: Manejo Clínico

2017

Ministério da Saúde

Sumário

1	Introdução	5
2	Espectro Clínico	6
2.1	Fase aguda ou febril	7
2.2	Fase Subaguda.....	13
2.3	Fase Crônica	14
3	Manifestações Atípicas e Graves.....	15
4	Gestantes.....	18
5	Exames Laboratoriais	19
5.1	Diagnóstico laboratorial específico	20
6	Diagnóstico Diferencial	21
7	Manejo clínico	23
7.1	Aferição da dor.....	26
7.2	Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda:.....	27
7.2.1	Anamnese.....	27
7.2.2	Exame Físico	29
7.2.3	Exames Laboratoriais	30
7.2.4	Conduta	30
7.2.1	Tratamento escalonado da dor	33
7.3	Avaliação e tratamento do paciente na fase subaguda	36
7.4	Avaliação e tratamento do paciente na fase crônica	38
8	Tratamento não farmacológico.....	47
9	Orientações para pacientes pediátricos.....	48
9.1	Ferramentas de medição da dor em crianças	52
9.2	Manejo da dor da criança	57
10	Ações de vigilância	59
10.1	Caso Suspeito	60
10.2	Caso Confirmado	60
11	Considerações finais.....	61
12	Referências Bibliográficas	62
13	Bibliografia consultada.....	65
14	Apêndices	69
15	Anexo I.....	1

PRELIMINAR

1 Introdução

A 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 se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes Aegypti* e *Aedes 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 os protocolos forem observados.

Os sinais e 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, que muitas vezes podem estar acompanhadas de edema. Após a fase inicial a doença pode evoluir em duas etapas subsequentes: fase subaguda e crônica. A chikungunya tem caráter epidêmico com elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, tendo como consequência a 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 outubro 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%.

No Brasil a transmissão autóctone foi confirmada no segundo semestre de 2014, primeiramente nos estados do Amapá e da Bahia, atualmente o único estado do país sem registro de casos autóctones é o Rio Grande do Sul.

Poucos estados vivenciaram epidemias por chikungunya até o momento, no entanto, a alta densidade do vetor, a presença de indivíduos susceptíveis e a intensa circulação de pessoas em áreas endêmicas contribuem para a possibilidade de epidemias em todas as regiões do Brasil. 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.

2 Espectro Clínico

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 10 dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas podendo perdurar por mais oito dias.

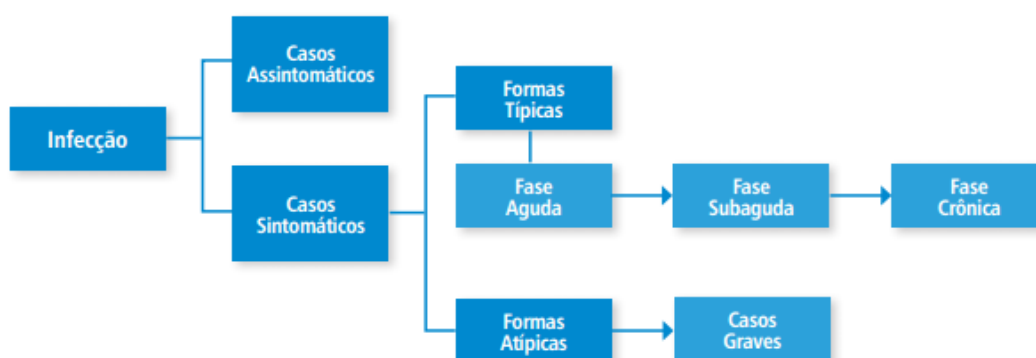
A maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, alguns estudos mostram que até 70% apresentam infecção sintomática. Esses valores são altos e significativos quando comparados às demais arboviroses. Dessa forma, o número de pacientes que necessitarão de atendimento será elevado, gerando uma sobrecarga nos serviços de saúde.

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 quarto dia. Alguns pacientes evoluem com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando o início da fase subaguda, com duração de até 3 meses (Figura 1).

Quando a duração dos sintomas persiste além dos 3 meses atinge 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 mais prevalentes quanto maior a idade do paciente.

Na região das Américas, até o momento, a letalidade por chikungunya é menor do que a observada por dengue; entretanto, no Brasil, o número de óbitos por chikungunya é alto, e a letalidade tem se mostrado maior que a observada nas Américas, acredita-se que isso ocorra em razão do número de casos da doença, que pode estar subestimado. Os casos graves e óbitos ocorrem com maior frequência em pacientes com comorbidades e em extremos de idade.

Figura 1 – Espectro clínico chikungunya



Fonte: SVS/MS.

2.1 Fase aguda ou febril

A fase aguda ou febril da doença é caracterizada principalmente por febre de início súbito, e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dores nas costas, *rash* cutâneo (presente em mais de 50% dos casos) cefaleia e fadiga, com duração média de sete dias.

A febre pode ser contínua, intermitente, ou bifásica, possui curta duração, porém a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas como na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa.

A poliartralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes com chikungunya na fase aguda. Essa dor normalmente é poliarticular, bilateral e 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. Fotos a e b: evolução da mesma paciente no 1º e 5º dias; fotos d, e e f, evolução da mesma paciente no 1º e 5º dias.



Foto: Kleber Giovani Luz



Foto: Kleber Giovanni 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, podem ser bastante dolorosas. Atinge principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas e plantas), podendo atingir a face. O prurido está presente em 25% dos pacientes e pode ser generalizado ou apenas localizado na região palmo-plantar (Figura 3).

Outras manifestações cutâneas também têm sido relatadas nesta fase: dermatite esfoliativa, lesões vesiculobolhosas, hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso e úlceras orais.

Figura 3 – Lesões de pele de pacientes com chikungunya.



Fonte: Kleber Giovani Luz



Fonte: Kleber Giovanni Luz



Fonte: Kleber Giovanni Luz

Figura 4 – Outras manifestações.



Foto: Kleber Giovanni Luz.



Fonte: Kleber Giovanni Luz

Outros sinais e sintomas descritos na fase aguda de chikungunya são dor retro-ocular, calafrios, conjuntivite sem secreção (Figura 4 – hiperemia da conjuntiva observado na fase aguda), faringite, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal e neurite. As manifestações do trato gastrointestinal são mais presentes nas crianças. Pode haver linfadenomegalias cervical, retroauricular, inguinal associadas.

Para os neonatos de mães infectadas há um risco de transmissão vertical de aproximadamente 50% no período intraparto. O recém-nascido é assintomático nos primeiros dias, com surgimento de sintomas a partir do quarto dia (3 a 7 dias), que incluem a presença de febre, síndrome algica, recusa da mamada, exantemas, descamação, hiperpigmentação cutânea e edema de extremidades.

As formas graves são frequentes nesta faixa etária, como o surgimento de complicações neurológicas, hemorrágicas e acometimento miocárdico (miocardiopatia hipertrófica, disfunção ventricular, pericardite). Os quadros neurológicos, também reconhecidos como sinal de gravidade nesta faixa etária, incluem meningoencefalites, edema cerebral, hemorragia intracraniana, convulsões e encefalopatias.

2.2 Fase Subaguda

Durante esta fase a febre normalmente 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 mãos, mais frequentemente nas falanges, punhos e tornozelos (Figura 5). Síndrome do túnel do carpo pode ocorrer como consequência da tenossinovite hipertrófica (sendo muito frequente nas fases subaguda e crônica). O comprometimento articular costuma ser acompanhado por edema de intensidade variável. Há relatos de recorrência da febre.

Podem estar presentes também nesta fase astenia, recorrência do prurido generalizado e exantema maculopapular, além do surgimento de 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.

2.3 Fase Crônica

Após a fase subaguda, alguns pacientes poderão ter persistência dos sintomas, principalmente dor articular e musculoesquelética e neuropática, sendo esta última muito frequente nesta fase. As manifestações têm comportamento flutuante.

A prevalência da fase crônica é muito variável entre os estudos, podendo atingir mais da metade dos pacientes. Os principais fatores de risco para a cronificação são: idade acima de 45 anos, significativamente maior no sexo feminino, 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. Ocasionalmente, articulações incomuns como temporomandibulares (dor a movimentação mandibular) e esternoclaviculares estão acometidas. Em frequência razoável são vistas manifestações decorrentes da síndrome do túnel do carpo, tais como dormência e formigamento das áreas inervadas pelo nervo mediano. 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. Alguns trabalhos descrevem que esta fase pode durar até três anos, outros fazem menção a 6 anos de duração.

3 Manifestações Atípicas e Graves

Além da dor articular incapacitante, casos graves e óbitos relacionados a chikungunya tem sido relatado (Quadro 1). No Brasil, em 2016, já foram confirmados 156 óbitos por chikungunya. Pernambuco é o estado com maior número de óbitos, com 78 casos com confirmação laboratorial e outros 35 casos demonstrando co-infecção de chikungunya e dengue, o que representa o maior número de óbitos por arbovirose em um único ano naquele estado.

Na epidemia de 2005-2006 na Ilha Reunion, com uma população de cerca de 800 mil habitantes, 244.000 casos de chikungunya foram estimados e 203 mortes foram relatadas, com uma proporção de 1 óbito para cada 1000 casos notificados e uma mortalidade global de 25/100 mil habitantes (Renault F, 2007). A faixa etária mais acometida entre os óbitos foram os idosos, com

um média de 79 anos. A maioria dos óbitos, 121 casos (60%), foram consideradas mortes causadas por efeito direto da infecção e as demais como indiretas, decorrentes de descompensação de comorbidades pré-existentes. Outros 123 casos, classificados como grave foram relatados, tendo como principais motivos da internação: insuficiência respiratória (19 casos); descompensação cardiovascular (18), meningoencefalite (16), hepatite grave (11), lesões cutâneas graves (10), insuficiência renal (7), entre outros.

Em outro estudo, de Economopoulo A et al., foram descritos casos atípicos que necessitaram de internação sob risco de desfecho desfavorável. Dos 610 adultos com complicação, 37% apresentaram alterações cardiovasculares (insuficiência cardíaca, arritmia, miocardite, doença coronariana aguda), 24% apresentaram desordens neurológicas (encefalites, meningoencefalites, convulsões, síndrome de Guillain Barré), 20% insuficiência renal pré-renal, 17% desenvolveram pneumonite, 8% insuficiência respiratória, entre as causas mais frequentes (Economopoulo A, 2009).

Apesar de 89% terem condições médicas associadas, para algumas complicações não haviam comorbidades prévias, reforçando a gravidade da doença independente de doenças associadas. De 120 pacientes hospitalizados por insuficiência renal pré-renal, 66% não relatavam doença renal prévia. De 44 casos de arritmia, 63% não tinham antecedentes de doença cardiovascular e de 131 casos com alterações de níveis de glicemia, 20% foi diagnosticado diabetes mellitus pela primeira vez. (Economopoulo A et al, 2009). Miocardite pode ser causa de óbito em pacientes jovens e sem história prévia de doença cardiovascular. Pode apresentar-se inicialmente com manifestação de arritmias, incluindo bradiarritmia e taquiarritmias (Carta KA, 2016)

Sessenta e cinco pacientes foram a óbitos decorrentes das seguintes complicações: insuficiência cardíaca (15 casos), falência de múltiplos órgãos (11 casos), hepatite aguda (7 casos), encefalites ou meningoencefalites (6 casos), epidermólise bolhosa (6), Miocardite ou pericardite (5), falência respiratória (3), falência renal (3), pneumonia (2), infarto agudo do miocárdico

(2), doença cerebrovascular (1), hipotireoidismo (1), septicemia (1) (Economopoulo A, 2009).

Muitas das causas de óbitos relacionadas a infecção são por descompensação de comorbidades, que incluem pacientes com prévia disfunção cardíaca, doenças renais ou pulmonares que podem estar sendo registradas nas declarações oficial de óbito, sem referência a CHIKV, principalmente em primeiros surtos de epidemias em região sem experiência prévia com a doença. Além disso, o diagnóstico de infecção por CHIKV pode não ser pensado nos óbitos causados por quadros neurológicos e pneumonite, em pacientes jovens ou aqueles sem antecedentes de comorbidades.

Caso o paciente com suspeita de chikungunya apresente alguma manifestação listada no Quadro 1, será classificado como forma atípica da doença (Rajapakse S, et al., 2010). 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- <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 S, et al.,2010.

Todo paciente que apresentar sinais clínicos e/ou laboratoriais em que há necessidade de internação em terapia intensiva 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 e 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). As manifestações atípicas e os co-fatores listados acima estão associados a um maior risco de evolução para óbito.

4 Gestantes

A infecção pelo CHIKV, no período gestacional, não está relacionada a efeitos teratogênicos, e há raros relatos de abortamento espontâneo.

Mães que adquirem chikungunya no período intraparto podem transmitir o vírus a recém-nascidos por via transplacentária, transmissão perinatal. A taxa de transmissão, neste período, pode chegar a aproximadamente 50% desses, cerca de 90% podem evoluir para formas graves. 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.

5 Exames Laboratoriais

As alterações laboratoriais de chikungunya, durante a fase aguda, são inespecíficas. Leucopenia com linfopenia menor que 1.000 cels/mm³ é a observação mais frequente. A trombocitopenia inferior a 100.000 cels/mm³ é rara. A velocidade de hemossedimentação e a Proteína C-Reativa encontram-se geralmente elevadas, podendo permanecer assim por algumas semanas. Outras alterações podem ser detectadas como elevação discreta das enzimas hepáticas, da creatinina e da creatinofosfoquinase (CPK).

Considerando a necessidade de prescrição de corticoides anti-inflamatórios não-esteroides (AINE) na fase subaguda, os seguintes exames devem ser solicitados: ureia, creatinina, aspartato aminotransferase (AST)¹, alanina aminotransferase (ALT)², glicemia de jejum e hemograma.

Na fase crônica é importante avaliar o paciente antes da introdução do metotrexato e da hidroxicoloroquina, nesta fase os seguintes exames são necessários: HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, anti-CMV, toxoplasmose e Rx de tórax, dentre outros.

¹ também conhecida como transaminase glutâmico oxalacética (TGO)

² também conhecida como transaminase glutâmico pirúvica (TGP)

5.1 Diagnóstico laboratorial específico

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo CHIKV pode ser realizado de forma direta, através do isolamento viral e da pesquisa do RNA viral em diferentes amostras clínicas, ou de forma indireta através da pesquisa de anticorpos específicos.

Para a pesquisa do RNA viral as principais técnicas moleculares utilizadas são o RT-PCR (*Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction*) e o qRT-PCR (*Real Time RT-PCR*). As técnicas acima proporcionam um diagnóstico rápido e sensível, permitem detectar o ácido nucleico viral até, aproximadamente, o oitavo dia após o aparecimento dos sintomas, sendo que o período de maior viremia vai do 1º ao 5º dia. Esta é uma ferramenta importante no diagnóstico precoce da infecção, sem utilidade a partir do 8º dia de infecção.

Para a pesquisa de anticorpos específicos, as principais técnicas disponíveis são: o ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) e o teste imunocromatográfico do tipo POC (*Point-of-Care*). Os testes sorológicos permitem a detecção de anticorpos específicos do tipo IgM, que podem ser detectados a partir do segundo dia após o aparecimento dos sintomas (sendo que o período mais indicado para essa investigação sorológica é a partir do 5º dia) e do tipo IgG, a partir do sexto dia.

Outra estratégia para confirmação sorológica é a sorologia pareada. Neste caso, duas amostras devem ser coletadas, a primeira na fase aguda da doença e a segunda, aproximadamente, 15 dias após a primeira. O aumento de 4 vezes no título dos anticorpos demonstra a reatividade específica.

Técnicas que necessitam o isolamento viral, como o teste de neutralização por redução de placas (PRNT, sigla do inglês *Plaque Reduction Neutralization Test*), são usualmente utilizadas como padrão ouro para a confirmação do diagnóstico de diversas arboviroses. Entretanto, é um procedimento demorado e que, na maioria das vezes, exige laboratórios com nível de segurança biológica 3 (BSL3).

Observa-se nos testes sorológicos reação cruzada com outros membros do complexo antigênico *Semliki Forest*, entre eles o vírus Mayaro (Hassing RJ. et al., 2010). Deste modo, em regiões onde esses vírus circulam poderão ser necessários testes adicionais para confirmar a infecção.

As amostras clínicas utilizadas para o diagnóstico podem ser: sangue, plasma, soro, líquido cefalorraquidiano (LCR), saliva e urina. As amostras destinadas ao isolamento viral e a pesquisa de RNA, devem ser mantidas em freezer -70°C até o uso. Amostras para sorologia podem ser mantidas a -20°C . O descongelamento repetido dessas amostras deve ser evitado.

O transporte para os laboratórios deve ser feito sob refrigeração, gelo seco no caso das amostras para isolamento viral e pesquisa de RNA, e gelo reciclável para amostras destinadas a sorologia. Evitar o congelamento de sangue total, o soro e/ou plasma devem ser separados antes do congelamento.

6 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. Na epidemiologia atual, o principal diagnóstico diferencial, durante a fase aguda, é a dengue (Quadro 2) (Brito C et al., 2016). Outras doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial são:

- Malária: história de exposição em áreas de transmissão, periodicidade da febre, paroxismos, insuficiência renal, icterícia, alteração do nível de consciência, hepato ou esplenomegalia.

- Leptospirose: mialgia intensa em panturrilhas, sufusão ocular, icterícia rubínica, oligúria, hemorragia subconjuntival, considerar história de exposição a águas contaminadas.

- Febre reumática: poliartrite migratória de grandes articulações, história de infecção de garganta. Considerar os critérios de Jones para a febre reumática e evidência de infecção prévia pelo Streptococos (cultura positiva de orofaringe, positividade em testes rápidos para detecção de antígenos estreptocócicos ou títulos elevados de anticorpos anti-estreptocócicos).

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

- Zika: febre baixa, rash cutâneo frequentemente pruriginoso, cefaléia, artralgia em extremidades distais, mialgia e conjuntivite não purulenta. Entretanto, na chikungunya são observadas temperaturas mais elevadas e artralgia mais intensa com acometimento também da coluna axial.

- Mayaro: o vírus Mayaro também pertence ao gênero Alphavirus da família Togaviridae, assim como o chikungunya. As manifestações clínicas das duas enfermidades são muito parecidas, mas aquelas produzidas pelo CHIKV costumam ser bem mais intensas. Quadros clínicos arrastados, com meses de duração também podem ser causados pelo Mayaro.

Quadro 2 – Diagnóstico diferencial Dengue x Zika x Chikungunya

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	> 38°C	Sem febre ou subfebril ($\leq 38^\circ\text{C}$)	Febre alta > 38°C
Duração	4 a 7 dias	1-2 dias subfebril	2-3 dias
Rash	Surge a partir do quarto dia	Surge no primeiro ou segundo dia	Surge 2-5 dia
Frequência	30% a 50% dos casos	90% a 100% dos casos	50% dos casos
Milagia (Frequencia)	+++	++	+
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Hipertrofia ganglionar	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	ausente	+
Risco de morte	+++	+*	++
Acometimento Neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	+++	+++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	Ausente (raro)	++

Fonte: Brito C, Rev Soc Bras Med Trop 49(5):537-543, 2016

* Pode haver risco de morte nos casos neurológicos como a SGB decorrente de Zika ou para crianças com malformações congênitas graves.

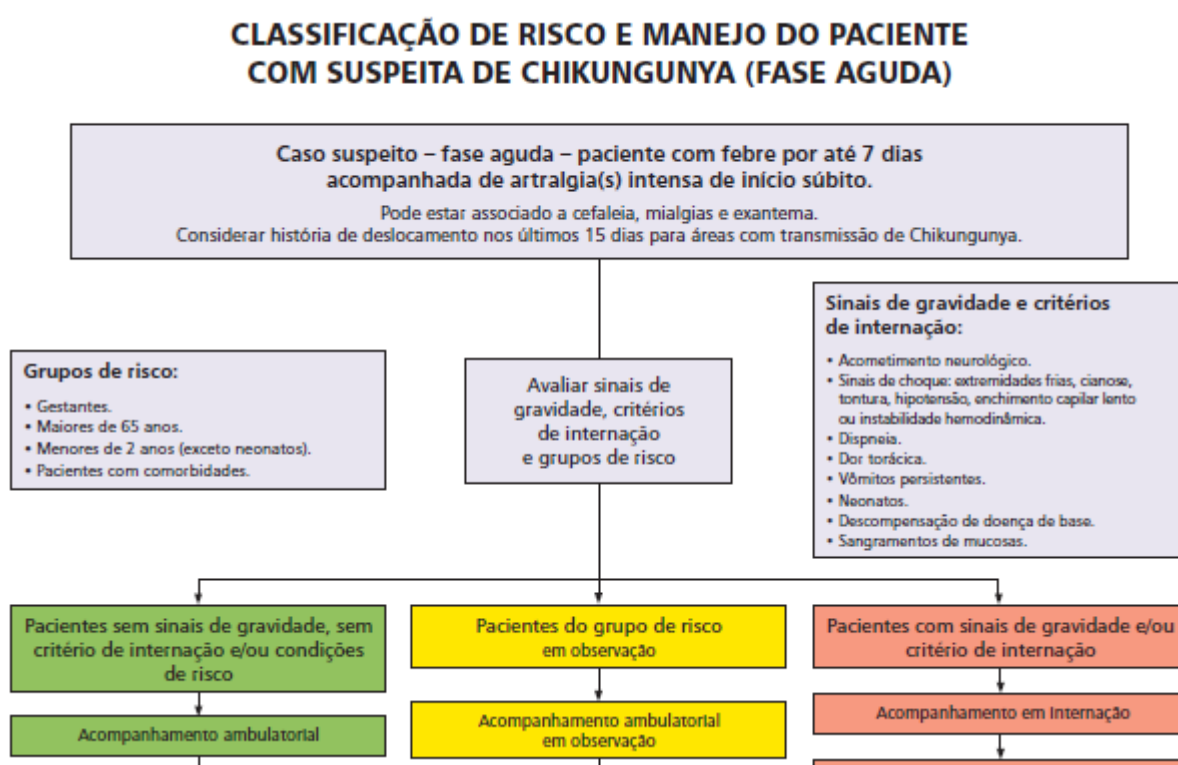
7 Manejo clínico

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 deve estar atento ao diagnóstico diferencial de dengue, malária e de outras doenças, além da presença de sinais de gravidade

dessas doenças que podem exigir uso de protocolos específicos e encaminhamento 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.



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 doentes. Não há necessidade de acompanhamento diário da maioria dos pacientes, devendo estes serem orientados a retornar à unidade de saúde em 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.

Sinais de gravidade devem ser pesquisados em todo paciente com chikungunya que podem surgir nas fases agudas e subaguda.

- Acometimento neurológico: sinais ou sintomas que possam indicar acometimento neurológico, incluindo irritabilidade, sonolência, dor de cabeça intensa e persistente, crises convulsivas e déficit de força (déficit de força pode estar relacionado também a miosite);

- dor torácica, palpitações e arritmias (taquicardia, bradicardia ou outras arritmias);

- dispneia, que pode significar acometimento cardíaco ou pulmonar por pneumonite ou decorrente de embolia secundária a trombose venosa profunda em pacientes com artralgia, edema e imobilidade significativa;

- redução de diurese ou elevação abrupta de ureia e creatinina;

- sinais de choque, instabilidade hemodinâmica;

- vômitos persistentes;

- sangramento de mucosas e

- descompensação de doença de base.

Os pacientes que apresentam sinais de gravidade ou que apresentem critérios de internação (neonatos) devem ser acompanhados em unidades com leitos de internação. Para pacientes com instabilidade hemodinâmica é necessário avaliar as funções renal, hepática e cardíaca, os sinais e sintomas neurológicos, a hemoconcentração e a trombocitopenia e, se necessário, iniciar, de imediato, a terapia de reposição de volume e tratar as complicações conforme o quadro clínico. Para alta desses pacientes, é necessário melhora

do estado geral, aceitação de hidratação oral, ausência de sinais de gravidade e melhora dos parâmetros laboratoriais.

O acometimento articular na chikungunya, nas suas diferentes fases, causa importante incapacidade física, impactando de forma significativa na qualidade de vida dos pacientes acometidos. A incapacidade laboral causada pela doença, em uma faixa etária economicamente ativa, amplia ainda mais a magnitude do problema para a população atingida.

O tratamento da dor envolve todas as fases da doença e não apenas as fases subagudas e crônicas, devendo ser efetivo desde os primeiros dias de sintomas.

A dor aguda tratada de forma inadequada é uma das principais causas de sua cronificação, e desencadeia outros sintomas como a depressão, a fadiga e os distúrbios do sono. Na infecção pelo CHIKV existe a necessidade de uma abordagem eficaz no controle da dor visando inclusive diminuir o tempo de doença clínica.

7.1 Aferição da dor

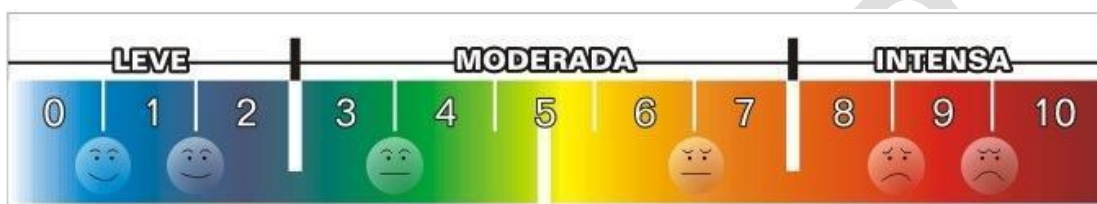
A dor é considerada o quinto sinal vital e assim como é necessário avaliar outros parâmetros, tais como valores de pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, é necessário o registro da intensidade da dor, quer seja ao nível ambulatorial ou em ambiente hospitalar.

É importante que se tenha uma ferramenta que permita a aferição da dor, transformando um dado subjetivo em um dado objetivo que permita avaliar e conduzir adequadamente o caso.

Existem várias ferramentas validadas para uso, no entanto a escala analógica visual (EVA) é uma das mais simples e que pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde (Price DD et al., 1983). Outra escala bastante utilizada no Brasil é a escala de faces que pode ser utilizada em crianças pequenas e em idosos com déficits cognitivos (Figura 7).

O Ministério da Saúde em sua portaria para criação de centros de referências para dor, atualizada em 2012, instituiu a utilização de escalas numéricas ou analógicas de dor como norteadora da tomada de decisão nos protocolos e diretrizes terapêuticas da dor (Brasil, 2002b, Brasil, 2012b), Figura 7.

Figura 7- Escala analógica visual (EVA)



Faz-se necessário que durante a aferição da dor de um paciente, o mesmo seja esclarecido que a informação seja verdadeira e que existe uma abordagem para cada tipo de dor e numeração, a fim de evitar falhas metodológicas como os pacientes sempre relatando notas muito altas (9-10 na EVA) por medo de não receberem analgésicos para notas menores.

Existe um forte componente inflamatório na dor pela infecção do CHIKV. Infelizmente os antiinflamatórios não hormonais (AINH) não devem ser prescritos como drogas de primeira linha devido ao risco de sangramento aumentado desses pacientes.

7.2 Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda:

7.2.1 Anamnese

A anamnese deve ser a mais detalhada possível, conforme orientações a seguir:

- Ficar atento 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 à febre.

- 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, 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, 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 presença de depressão, enfermidade que pode alterar o comportamento em relação à dor.

- Investigar casos semelhantes no domicílio, peridomicílio e local de trabalho.

- Pesquisar procedência e história de viagens para área endêmica/epidêmica para chikungunya.

Aplicar a Escala analógica visual (EVA) associada à escala de faces (Figura 7).

7.2.2 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 neurológico 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.

- » Limitação da mobilidade.

- » Dor ou atrofia muscular.

- » 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.

7.2.3. 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 como transaminases, creatinina e eletrólitos para os pacientes com sinais de gravidade e pacientes com critérios de internação. Na ausência dessas condições, a solicitação fica a critério médico.

7.2.4 Conduta

Até o momento, não há tratamento antiviral específico para chikungunya. A terapia utilizada é de suporte sintomático, hidratação e repouso.

Os anti-inflamatórios não esteróides (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, nimesulida, ácido acetilsalicílico, associações, entre outros) não devem ser utilizados na fase aguda da doença, devido ao risco de complicações renais e de sangramento aumentado desses pacientes, além da 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.

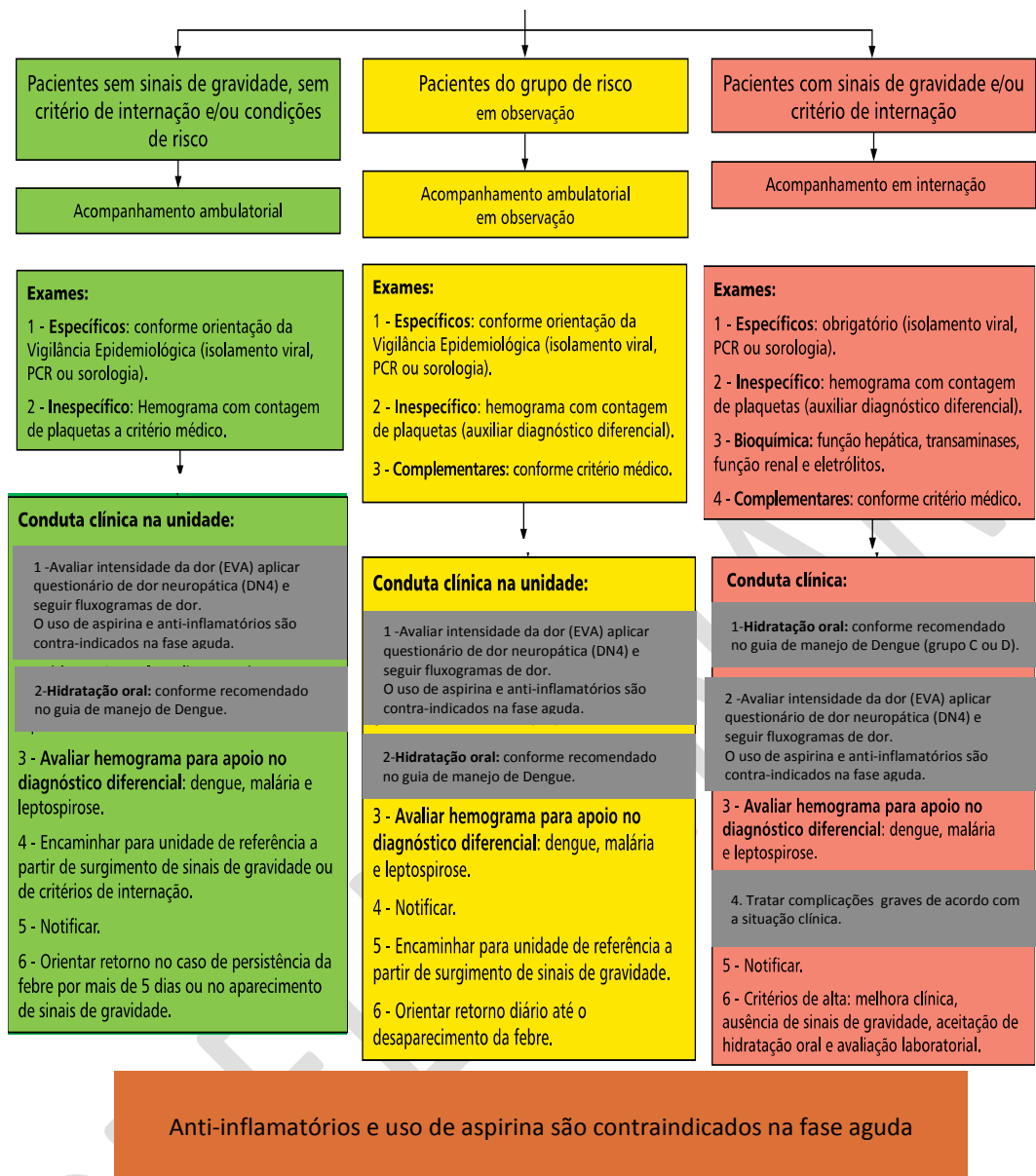
É necessário estimular a hidratação oral dos pacientes (2 litros no período de 24 horas). A hidratação oral inicia-se na unidade de saúde.

Existem evidências de que o repouso é fator protetor para evitar evolução para fase subaguda, sendo de extrema importância. Deve-se evitar atividades que sobrecarreguem as articulações e orientar sobre o posicionamento adequado dos membros favorecendo a proteção articular e o retorno venoso. Em muitas situações, o fornecimento de atestado médico é fundamental para que o paciente possa, de fato, afastar-se do trabalho e repousar adequadamente.

Além das intervenções anteriores é importante orientar o paciente sobre a doença, suas fases, a possibilidade da persistência dos danos articulares, dos riscos da automedicação, dos sinais associados à gravidade e dos cuidados no domicílio. Da mesma forma, os doentes devem ser aconselhados para a retirada de objetos como anéis e alianças dos dedos, os quais costumam agravar a dor em casos de edemas mais intensos.

A Figura 8 ilustra as principais recomendações na conduta dos pacientes com suspeita de chikungunya, conforme estadiamento clínico.

Figura 8 – Conduta clínica dos pacientes com suspeita de chikungunya.



A Figura 9 resume as principais recomendações aos pacientes em acompanhamento ambulatorial para continuidade do tratamento no domicílio.

Figura 9- 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 à unidade de saúde no caso de persistência da febre por 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 à unidade até o desaparecimento da febre.

7.2.1 Tratamento escalonado da dor

Na dor de leve intensidade (EVA de 1 a 3) tanto a dipirona como o paracetamol são bons analgésicos quando utilizados nas doses e intervalos corretos (Fluxograma 1A, Apêndice I). A dipirona vem sendo prescrita nas doses de 30 a 50 mg/kg/dose em intervalos fixos de 6 horas. Em um adulto habitualmente é recomendada a dose de 1 g a intervalo fixos de 6 horas. O paracetamol pode ser prescrito em doses de 500 a 750 mg via oral com intervalos de 4 a 6 horas, não devendo a dose diária total ultrapassar as 4 g pelo risco de hepatotoxicidade (Józwiak-Bebenista M, 2014). Nos casos onde a dor do paciente é percebida como leve (EVA de 1 a 3) uma dessas duas drogas deve ser prescrita sempre em doses fixas e nunca “se necessário”.

Nos casos de dor moderada (EVA de 4 a 6) as duas drogas devem ser prescritas conjuntamente, sempre em horários fixos intercalados a cada 3 horas, em horários alternados (o paciente tomará uma dose analgésica a cada 3 horas).

Alguns pacientes com dor moderada a intensa (EVA ≥ 4), persistente, poliarticular ou incapacitante, podem necessitar de medicações por via intravenosa (IV) em unidade de pronto atendimento ou serviço de urgência (Fluxograma 1C, Apêndice III).

Deve-se ter um acesso venoso com administração de solução fisiológica enquanto se aplica e reavalia a dor e a resposta ao analgésico. A dipirona pode

ser prescrita na dose 30 mg/kg diluída em água destilada, infundida lentamente em 5 minutos. O paciente deve ser reavaliado em até 90 minutos.

Persistindo a dor, pode-se administrar tramadol 100 mg IV diluído em 100 ml de soro fisiológico, infundido em 20 minutos. Em virtude da presença de náusea associada ao tramadol, que também pode estar presente decorrente do quadro infeccioso, deve-se administrar 10 mg de bromoprida diluído em 8 ml de água destilada, lento, em bolus. Em caso de alergia a dipirona, o tramadol será a droga de escolha (Fluxograma 1A, Apêndice I).

Não utilizar AINH (Anti-inflamatório não hormonal) na fase aguda, pelo risco de complicações associados às formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).

Não utilizar corticóide na fase de aguda da viremia, devido ao risco de complicações.

Nos casos de dor intensa (EVA de 7 a 10) além dos dois analgésicos já descritos deve ser associado um opióide.

As drogas opióides são potentes analgésicos e seguras, principalmente nos casos de dor aguda, os efeitos adversos devem ser monitorizados e os pacientes devem ser alertados sobre os mesmos. Nas doses usuais prescritas pelo não especialista em dor, o risco de depressão respiratória é muito baixo e vários sinais a precedem, como a sonolência e a letargia (Sehgal N, 2012; Noble M, 2010). Os principais efeitos colaterais dos opióides são as náuseas e a constipação intestinal, que podem ser controlados com a orientação de tomá-los fora do horário das refeições e prescrevendo-se antieméticos e laxantes de rotina.

O tramadol deve ser usado na dose de 50 a 100 mg a cada 6/6 horas. A codeína, outra opção de opióide, deve ser prescrita na dose de 30 mg a cada 6 horas e pode ser associada a analgésicos.

Cerca de 30% dos pacientes podem apresentar componente de dor neuropática associada à dor articular, que não responderá aos analgésicos habituais. É recomendado que sejam pesquisados sinais e sintomas de sensibilização central nos pacientes com dores moderadas (EVA de 4 a 6) e intensas (EVA de 7 a 10).

Uma forma simples de fazer essa pesquisa é por meio do questionário de dor neuropática DN4 (anexo I): composto por duas questões realizadas por entrevista e duas questões de exame físico, totalizando dez respostas. Se quatro ou mais respostas forem positivas, provavelmente o paciente apresenta um quadro de dor com componente neuropático (Haanpää M, 2011). Nesses casos o uso de drogas moduladoras da atividade excitatória do sistema nervoso estaria indicado.

A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico que inibe a receptação de serotonina e noradrenalina. Tem como principais efeitos colaterais a sensação de boca seca, a sonolência e o ganho de peso. A maioria desses efeitos é bem tolerada na dose de 50 mg/dia e tende a diminuir

com o passar do tempo de tratamento. Não deve ser prescrita em associação com inibidores da monoaminoxidases (IMAO), utilizados em depressão maior (fenelzina, tranilcipromina e isocarboxazida).

Nos idosos a amitriptilina pode levar a sedação, sendo preferível o uso da gabapentina, iniciando em doses baixas.

A amitriptilina não deve ser utilizada, em pacientes com história de arritmia, optar por gabapentina.

A gabapentina é um anticonvulsivante e estudos sugerem que ela atua na modulação do sistema nervoso com lesão ou disfunção, reduzindo a atividade nervosa responsável pela manutenção da dor neuropática. Apresenta os mesmos efeitos colaterais dos tricíclicos, no entanto, esses efeitos parecem

ser menos intensos. Devem ser prescritos preferencialmente em pacientes cardiopatas. A dose inicial é de 300 mg, duas vezes ao dia, mas pode ser necessário doses de 1.200 mg dia para obter-se respostas satisfatórias no controle da dor (Fluxograma 1B, Apêndice II).

O uso da gabapentina deve ser cuidadoso e suas doses devem ser otimizadas de acordo com os níveis de sedação e sonolência que por ventura o indivíduo venha a apresentar.

O tramadol é uma boa escolha quando se suspeita de componente neuropático nas dores intensas, pois além da ação em receptores opióides age como antagonista de receptores NMDA (N-metyl-D-aspartato) envolvidos na cronificação da dor.

7.3 Avaliação e tratamento do paciente na fase subaguda

Na fase subaguda, assim como na fase crônica, é importante avaliar na história clínica 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; o comprometimento de tendões deve ser minuciosamente pesquisado. O paciente ainda pode apresentar outras manifestações associadas às lesões articulares como: inapetência, sono não reparador, comprometimento laboral e de atividades diárias, urgência e incontinência urinária, alterações do humor e depressão. Não é necessário repetir o exame caso já exista o diagnóstico laboratorial confirmatório na primeira fase da doença.

Nas fases subaguda e crônica em virtude do uso de medicações que estão associado a efeitos adversos, é importante realizar exames inespecíficos como hemograma, glicemia, ureia, creatinina, AST, ALT inicial e reavaliados 1

e 3 meses após início do tratamento. Outros exames devem ser solicitados de acordo com a droga a ser utilizada.

O uso de corticoide é indicado para a doença na sua fase subaguda ou crônica, com dor moderada a intensa, baseado na escala EVA (Fluxograma 2, Apêndices IV).

A medicação padrão para uso oral é a prednisona. Esta medicação, a depender da dose, terá efeito predominante anti-inflamatório (dose menor ou igual a 0,5mg/Kg de peso/dia), dose intermediária entre ação anti-inflamatória e início de ação imunossupressora (maior que 0,5mg até dose menor que 1mg/kg de peso por dia) e dose predominantemente imunossupressora independente de sua ação anti-inflamatória (dose maior ou igual a 1mg/kg de peso/dia).

No tratamento da dor, a dose indicada é 0,5 mg/Kg de peso/dia, em dose única pela manhã. Interpretar como resposta adequada ao tratamento, a melhora da capacidade para deambular sem ajuda e controle satisfatório das dores. Neste caso, manter a dose até resolução do quadro de dor articular por completo.

Em caso de remissão completa da dor, manter a dose por mais três a cinco dias. Caso não haja recidiva do quadro, iniciar desmame, com retirada de 5 mg a cada 7 dias.

A dose inicial poderá ser mantida por até 21 dias, tempo médio em que, habitualmente, não há riscos de insuficiência adrenal induzida.

Durante as fases de desmame, em caso de recidiva da dor, retornar à dose anterior e tentar novo desmame somente após cinco dias da resolução dos sintomas e assim por diante, até retirada completa da medicação. O desmame deve ser realizado mais lentamente com retirada de 2,5 mg/dia a cada sete dias.

Não usar corticosteroides em pacientes portadores de diabetes, hipertensão de difícil controle, passado de fratura por osteoporose documentada, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, *Cushing*, Obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.

7.4 Avaliação e tratamento do paciente na fase crônica

Na fase crônica, observamos três grupos de pacientes: 1) aqueles que têm manifestações dolorosas mínimas, demonstrando estar o quadro clínico em franca regressão; 2) aqueles cujo quadro clínico se mantém inalterado, em que os sinais e sintomas persistem praticamente na mesma intensidade da fase subaguda; e 3) um grupo menor de doentes, nos quais se observa o aumento da intensidade das manifestações inflamatórias e dolorosas. Para os dois últimos grupos, o diagnóstico laboratorial para comprovação da infecção pelo CHIKV deve ser solicitado, situação em que será realizado 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.

Na fase crônica o atendimento deve ser feito em unidade de referência com profissionais capacitados para atender pacientes com este perfil. Os medicamentos desta fase de tratamento apresentam efeitos adversos próprios de cada classe terapêutica e necessitam de monitorização clínica e laboratorial específica antes e durante o uso, devendo ser prescrito por profissionais capacitados. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Dor Crônica traz informações importantes para dor crônica apesar de não ser específico para o tratamento da dor crônica no chikungunya.

Há um número limitado de publicações relativas a uso de drogas na fase crônica da chikungunya, com trabalhos com pequeno número de pacientes, utilizando diferentes metodologias, que não permite no momento tirar

conclusões de eficácia de drogas, ou avaliar superioridade entre as diferentes terapias (Lamballerie D, 2008; Pandya S, 2008; Padmakumar B, 2009; Chopra A, 2014). Muitas das drogas têm sido utilizadas extrapolando-se a experiência com estes fármacos em doenças reumáticas crônicas (Arroyo-Ávila M, 2015; Simon F, 2015; Ben-Zvi I, 2012).

O corticoide pode ser prescrito para pacientes na fase crônica que ainda não o tenham utilizado.

Apesar de inexistência de estudos de comparação de eficácia entre metotrexato e hidroxiclороquina em chikungunya, optamos por recomendar no tratamento desta fase a hidroxiclороquina como primeira escolha, por seus conhecidos efeitos antiinflamatórios no controle da artrite e da dor musculoesquelética (Ben-Zvi I, 2012), potencial ação antiviral (Thiberville SD, 2013), mais principalmente por ser uma droga mais segura quando comparada ao uso de metotrexato.

Para o tratamento da fase crônica da doença, pode ser iniciado a hidroxiclороquina na dose de 6mg/kg/dia (dose máxima 600mg/dia) via oral (VO), por um período de seis semanas (Fluxograma 3, Apêndice V).

Após seis semanas, deve-se reavaliar através da Escala Visual Analógica (EVA), se o paciente estiver sem dor, o tratamento deve ser interrompido. Caso a dor persista, com um EVA menor que 4, o tratamento deve ser mantido por mais seis semanas, podendo ser associado a analgésicos, como sugeridos no protocolo da fase aguda (Fluxograma 1A, Apêndice I). Caso a dor persista com a EVA maior que 4, deve-se associar a sulfassalazina (500mg), dois comprimidos em intervalos de 12/12h, (2g/dia), à hidroxiclороquina por mais seis semanas. Essa combinação mostra-se efetiva no controle dos sintomas articulares nos pacientes refratários ao tratamento utilizado anteriormente (Arroyo-Ávila M, 2015).

O paciente deverá retornar para avaliação após seis semanas, quando será aplicado a EVA, se o mesmo estiver sem dor, a medicação deverá ser suspensa. Caso a dor persista, com um EVA menor que 4, a associação de hidroxiclороquina e sulfassalazina deverá ser mantida por mais seis semanas.

Se a EVA for maior que 4, a associação deverá ser substituída por metotrexato comprimido de 2,5mg, na dose inicial de 10 mg/semana VO, podendo progredir até a dose de 25 mg/semana. O ácido fólico deve estar sempre associado na dose de 5 mg semanal, no dia seguinte ao da tomada ao metotrexato (Simon F, 2015).

O paciente deverá retornar após seis semanas. Caso não persista o quadro de dor, a medicação deverá ser suspensa. Se houver persistência do quadro álgico deverá ser encaminhado ao reumatologista para ampliar a investigação diagnóstica.

Na fase crônica, para os pacientes que não respondem ao tratamento, os autoanticorpos (fator reumatóide, anticorpos anti-peptídeo citrulinado – anti-CCP e anticorpos anti-nucleares) e marcadores moleculares (HLA-B27) devem ser solicitados para o diagnóstico diferencial da artrite inflamatória crônica de acordo com a doença suspeita e recomendações dos consensos.

Ficar atento aos principais efeitos colaterais do metotrexato que incluem: hepatotoxicidade, mielotoxicidade, efeitos gastrointestinais, entre outros. É necessário o ajuste da dose em pacientes com alterações de função renal, sendo contraindicado naqueles com clearance de creatinina menor que 30 ml/min.

Os efeitos colaterais da hidroxiquina são principalmente distúrbios visuais, hematológicos, alopecia entre outros. Os pacientes com deficiência de G6PD, insuficiência hepática, porfiria, psoríase, miopatias, e cardiomiopatia apresentam maior risco de efeitos adversos.

As lesões devido a toxicidade oftalmológica são raras e relacionadas com o tempo de utilização das drogas e tendem a acontecer após cinco anos de uso da medicação, sendo inferior a 1% em 5 anos e menor que 2% após 10 anos. Os Consensos Brasileiro de Artrite Reumatóide e a portaria do Ministério da Saúde de 2014 recomendam, para portadores de artrites crônicas que irão fazer uso prolongado da hidroxiquina, que realizem exame oftalmológico inicial e, após cinco anos de uso da medicação, anualmente. Caso esses pacientes possuam fator de risco para maculopatia (tais como insuficiências

renal ou hepática) devem realizar exame oftalmológico inicial e anualmente, não aguardando cinco anos para iniciar as avaliações anuais.

Nos casos de chikungunya o tempo de utilização da hidroxicloroquina estará limitada a poucos meses, esperando-se que haja regressão dos sintomas e suspensão da medicação. Porém, para os casos onde o especialista considerar a necessidade de uso prolongado a avaliação oftalmológica deverá ser oferecida dentro do primeiro ano do início da droga e deverá seguir o controle oftalmológicos padrão recomendado após cinco anos.

Os medicamentos para tratamento da dor de chikungunya estão descritos no quadro 3.

Quadro 3 – Medicamentos para o tratamento da dor de pacientes com chikungunya

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Paracetamol comprimidos	Comp. de 500 e 750 mg	500 mg a intervalos de 4 a 6 horas (não exceder (dose máxima 8 comprimidos/dia) ou 750 mg a intervalos de 6 a 8 horas (não exceder (dose máxima 5 comprimidos/dia)	Não se utiliza comprimido em menores de 12 anos Dose máxima de paracetamol: 4 gramas/dia
Paracetamol gotas	200 mg/ml (1 ml=15 gotas=200 mg; 1 gota=13 mg)	Crianças: com idade entre 0-29 dias: 10-15 mg/kg de 6-8 horas Crianças com idade entre 30 dias a 3 meses: 10 mg/kg a cada 6-8 horas Crianças com idade entre 3 e 12 meses e de 1 a 12 anos: 10-15 mg/kg a cada 6-8 horas	Dose máxima de paracetamol: 4 gramas/dia = 275 gotas/dia
Dipirona comprimidos	Comp. 500 mg ou 1g	Adultos e > 15 anos: 1 a 2 comp. de 500 mg até 4 x/dia ou 1/2 a 1 comp de 1 g até 4x/dia	
Dipirona gotas	500 mg/ml (1 ml=20 gotas=500 mg; 1gota=25 mg)	Adultos e >15 anos: 20 a 40 gotas 4 vezes ao dia <15 anos: As crianças devem receber dipirona monitorada conforme seu peso e recomendações do fabricante	Crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5 kg não devem ser tratadas com dipirona

continua

PREV

conclusão

Droga	Apresentação	Posologia	Efeito adverso mais frequente é a sonolência.
Codeína	Comp. 30 mg	Adulto: 30 mg (de 15 a 60 mg), a cada 4 ou 6 horas (dose máxima 360 mg)	Indicado para casos de dor refratária a paracetamol e dipirona
	Solução oral 3 mg/ml	Criança > 1 ano: 0,5 mg/kg/peso corporal ou 15 mg/m ² de superfície corporal a cada 4 a 6 horas. (dose máxima 60mg/dia)	Não recomendado para criança prematura ou recém-nascido
Tramadol	Comp. 50 mg e 100 mg	Adultos e > 14 anos: 01 comp. de 50mg ou 20 gotas que pode ser repetidas, a cada 4-6 horas. Não se devem	Contraindicado até os 14 anos de idade
	Solução oral: 1 ml= 40 gotas= 100 mg	(dose máxima 400 mg/dia = 8 comprimidos de 50 mg/dia = 160 gotas/dia)	Em virtude da presença de náusea associada ao tramadol, deve-se administrar 10 mg de bromoprida associado ao tramadol.

Fonte: SVS/MS

Amitriptilina	Comp. 25 mg e 75 mg	Adulto: 50mg/dia	Prescrito para dor neuropática. Principais efeitos colaterais: sensação de boca seca, sonolência e ganho de peso. Não deve ser prescrita em pacientes com história de arritmia e em associação com inibidores da monoaminoxidases (IMAO), (fenelzina, tranilcipromina e isocarboxazida). Evitar uso em idosos.
Gabapentina	Cápsula 300 mg e 400 mg	Adulto: 300 mg, a cada 12 horas, pode ser necessário aumentar a dose até 1.200 mg dia	Prescrito na dor neuropática. Em idosos iniciar com dose baixa e aumento progressivo pelo risco de sedação e sonolência.
Ibuprofeno	Comp. 200 mg, 300mg e 600 mg	Adulto: 600 mg 8/8h (dose máxima 2.400 mg/dia)	Não deve ser usada na fase aguda da doença (primeiros 14 dias) pelo risco de

	Suspensão oral 50 mg/ml	Criança: 30 a 40 mg/kg/dia, dividido em 3 a 4 vezes ao dia (dose máxima 2.400 mg/dia)	complicações hemorrágicas e disfunção renal. Alertar para riscos em pacientes idosos ou com doenças crônicas degenerativas como, diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas, hepatopatas, cardiopatas, entre outras. Exames de função renal e hepática deve ser solicitado antes de iniciar o tratamento em pacientes de risco.
Naproxeno	Comp. 250 mg e 500 mg	10 a 20 mg/kg/dia de 12/12h (dose máxima 1.000mg/dia)	Não deve ser usada na fase aguda da doença (primeiros 14 dias) pelo risco de complicações hemorrágicas e disfunção renal. Alertar para riscos em pacientes idosos ou com doenças crônicas degenerativas como, diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas, hepatopatas, cardiopatas, entre outras. Exames de função renal e hepática deve ser solicitado antes de iniciar o tratamento em pacientes de risco
Prednisona	Comp. 5 mg e 20 mg	0,5mg/kg/dia 1 x ao dia , pela manhã (dose máxima 40 mg) por no máximo 3	Fazer desmame após uso prolongado. Não utilizar na fase aguda. Não utilizar em

		semanas	pacientes portadores de diabetes, hipertensão de difícil controle, passado de fratura por osteoporose, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, <i>Cushing</i> , obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.
Prednisolona	Solução oral 1 mg/ml e 3 mg/ml	Criança: 0,5 mg/kg/dia (dose máxima 40 mg/dia) por no máximo 3 semanas	Fazer desmame após uso prolongado. Não utilizar na fase aguda.
Sulfato de Hidroxicloroquina	Comp. 400 mg	6mg/kg/dia (não exceder 600mg/dia)	Utilizado na fase crônica da doença por profissional capacitado/treinado. Contraindicado em pacientes com retinopatia. No caso de uso prolongado, a avaliação oftalmológica deverá ser oferecida dentro do primeiro ano do início da droga e deverá seguir o controle oftalmológico anual após cinco anos
Sulfassalazina	Comp. 500 mg	Adulto: sulfassalazina (500mg), dois comprimidos em intervalos de 12/12h, (2g/dia) (dose máxima 3g/dia)	Os efeitos colaterais incluem intolerância gastrointestinal (anorexia, náuseas, vômitos), exantema cutâneo, elevação de enzimas hepáticas, úlceras orais e mielossupressão (leucopenia com

			neutropenia). Controle laboratorial com hemograma, creatinina e transaminases inicial e depois trimestral.
Metotrexato	Comprimido de 2,5 mg Frasco-ampola 25 mg/ml	Adulto: dose inicial de 10 mg/semana VO, podendo progredir até a dose de 25 mg/semana Criança: 0,5 mg/kg/semana (via oral ou SC) (dose máxima 25 mg/semana).	Utilizado na fase crônica da doença por profissional capacitado/treinado. Os efeitos adversos mais frequentemente observados são anemia, neutropenia, náuseas e vômitos, mucosite e elevação de enzimas hepáticas. Ácido fólico deve estar sempre associado na dose de 5 mg semanal, no dia seguinte ao da tomada ao metotrexato. É necessário o ajuste da dose em pacientes com alterações de função renal. Contraindicado o uso: -Em vigência de infecções: tuberculose sem tratamento, infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção por herpes zoster ativa, hepatites B ou C agudas. - Gestação, amamentação e concepção. - Elevação de aminotransferases /

			<p>transaminases igual ou 3 vezes acima do limite superior da normalidade.</p> <p>- Taxa de depuração de creatinina inferior a 30 ml/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica.</p> <p>Realizar controle laboratorial com hemograma, creatinina e transaminases inicial e depois trimestral.</p>
--	--	--	--

8 Tratamento não farmacológico

O tratamento fisioterápico deve ser considerado desde a fase aguda da chikungunya, podendo ser associado à crioterapia como medida analgésica. É prescrito nas fases subaguda e crônica, com o intuito de minimizar o dano osteoarticular e possibilitar consequentemente a sua reabilitação.

Apesar da fisioterapia ser indicada igualmente nas três fases: é nas fases subaguda e crônica que se espera sua maior e mais importante utilidade. Pode ser necessário indicar a confecção de órteses como terapia adjuvante, obtendo-se um mais rápido alívio da dor e sobretudo auxiliando a prevenir atrofias musculares consequentes ao desuso da articulação comprometida.

Nas etapas em que a dor e o edema começam a regredir, pode-se recomendar exercícios ativos, até o limite da tolerância do paciente. Adicionam-se exercícios isométricos mais vigorosos utilizando 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.

É importante orientar o paciente sobre o posicionamento adequado para realização desses exercícios, de modo a favorecer 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 sobrecarreguem as articulações, atividades repetidas, carregar peso e deambular longas distâncias. O retorno das atividades diárias deve ser gradativo respeitando o limite da dor e sobrecarga articular. Orientar 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.

Vale ressaltar que, o apoio psicológico é importante em todas as fases dessa doença, sobretudo como uma boa forma de aliviar o quadro de tristeza e sofrimento trazidos pelo estado de dor e edemas crônicos em consequência do longo período de adoecimento.

9 Orientações para pacientes pediátricos

Em pediatria a sensação dolorosa pode ser mais dificilmente explicada. Os episódios de dor, sobretudo a dor crônica ou recorrente, têm impacto no desempenho escolar e as relações de pares.

As crianças com dor crônica ou recorrente estão mais susceptíveis a desenvolver problemas mentais e físicos adicionais, tais como distúrbios funcionais e de ansiedade na idade adulta. Dessa forma a dor pode impactar em vários aspectos na vida da criança, como no sono, estado emocional, relacionamentos, desenvolvimento, habilidades cognitivas e limitação das atividades habituais.

A avaliação inicial da dor na criança inclui uma história e exame físico detalhados, diagnóstico das possíveis causas e a aferição da intensidade da dor, para a qual se utilizam ferramentas de medição apropriadas para cada

idade. Deve-se ainda questionar sobre tratamentos previamente utilizados e sua eficácia.

Após essa avaliação, um plano de manejo da dor detalhado, incluindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas, pode ser formulado e implementado em conjunto com os familiares.

A medição da dor deve ser realizada em intervalos regulares durante a implementação do plano de seu manejo. Isto permite avaliar a intensidade da dor ao longo do tempo, e eficácia do tratamento escolhido, permitindo ajustes a serem feitos, conforme necessário.

A expressão da dor depende da idade da criança, desenvolvimento cognitivo, e contexto sociocultural. As crianças pequenas geralmente usam palavras simples que aprendem com os pais para expressar dor (com dodói) e pode apontar para a articulação que está doendo.

A capacidade de indicar a presença de dor verbalmente ocorre entre dois e quatro anos de idade. Aos poucos, eles aprendem a distinguir três níveis de dor, tais como "um pouco", "alguns" e "muito". Aos cinco anos de idade, as crianças podem descrever a dor e definir a sua intensidade. Aos seis anos de idade, eles podem diferenciar claramente os níveis de intensidade da dor. As crianças de sete a dez anos de idade podem explicar por que dói.

Nas crianças incapazes de falar, a referência de dor será fornecida pelos pais e/ou cuidadores. Os pais costumam saber a resposta comportamental típica de seus filhos frente a um evento doloroso e isso pode ser incluído na avaliação da dor.

A observação do comportamento em relação à dor é uma abordagem válida para avaliação da dor em crianças abaixo de três anos de idade, e em crianças com habilidades verbais e cognitivas limitadas.

Os principais indicadores comportamentais e manifestações clínicas de dor por faixa etária estão nos quadros 4 e 5 .

Quadro 4- Principais indicadores comportamentais de dor

Dor aguda	Dor crônica
Expressão facial	Postura anormal
Movimento do corpo e postura corporal	Medo de ser movimentado
Incapacidade de ser consolado	Falta de expressão facial
Choro	Falta de interesse ao ambiente
Gemido	Tranquilidade indevida
	Aumento da irritabilidade
	Mau humor
	Perturbações do sono
	Raiva
	Alterações do apetite
	Baixo desempenho escolar

Quadro 5- Manifestações clínicas de dor por faixa etária

Faixa etária	Manifestação clínica de dor
Recém-nascido e criança que não verbaliza	<p>Sinais típicos faciais de dor e sofrimento físico: sobrelhas cerradas, protuberância entre as sobrelhas e sulcos verticais na testa, olhos ligeiramente fechados, bochechas levantadas, nariz alargado e abaulado, aprofundamento da dobra nasolabial, boca aberta e quadrada</p> <p>Sinais autonômicos vitais inespecíficos, que também podem refletir outros processos, como febre, hipoxemia e disfunção cardíaca ou renal.</p>

1-3 anos	Pode ser verbalmente agressivo, chorar intensamente, apresentar um comportamento regressivo, apresentar resistência física, empurrando para longe após estímulo doloroso ser aplicado, proteger a área dolorosa do corpo, ter dificuldade para dormir.
Pré-escolares	Podem verbalizar intensidade da dor, ver a dor como punição, agita braços e pernas, tentativa de empurrar um estímulo para longe antes que ele seja aplicado, não coopera, precisa de contenção física, agarra-se a um dos pais, solicita apoio emocional, compreende que não pode haver ganhos secundários associados à dor, dificuldade para dormir.
Escolar	Pode verbalizar a dor, usa uma medida objetiva de dor, pode ser influenciado por crenças culturais, pesadelos como experiência relacionadas à dor, exibem comportamentos protelando atividades, têm rigidez muscular (punhos cerrados, dentes cerrados, contração de membros; rigidez, olhos fechados, testa enrugada, apresenta comportamentos idênticos ao do pré-escolar ou dificuldade para dormir.
Adolescentes	Pode localizar e verbalizar a dor, negar dor na presença de seus pares, têm mudanças nos padrões de sono ou apetite, pode ser influenciado por crenças culturais, tensão muscular exposição e controle do corpo, exibe comportamento regressivo na presença da família, dificuldade para dormir.

Entretanto, as crianças podem não apresentar quaisquer dos sinais esperados, negar a sua dor por medo de que o tratamento seja mais doloroso que a intensidade de dor vivenciada. Dessa forma, a ausência desses sinais

não significa que a criança não esteja sentindo dor devendo-se ter cuidados com a subestimação da mesma.

9.1 Ferramentas de medição da dor em crianças

Diversas ferramentas de medição da dor têm sido desenvolvidas para avaliar a dor na criança, apropriados à idade, cultura e condição da criança, assim como naquelas incapazes de falar e com prejuízo cognitivo. Abaixo seguem as escalas de dor mais utilizadas em pediatria, segundo faixa etária (quadros 6 e 7, figuras 10 e 11).

Quadro 6 - Recém- Nascidos NFCS (*Neonatal Facial Coding System*).

Movimento facial	Ausente 0 ponto	Presente 1 ponto
Fronte saliente		
Fenda palpebral estreitada		
Sulco nasolabial aprofundado		
Boca aberta		
Boca estirada (horizontal ou vertical)		
Língua tensa		
Protrusão da língua		
Tremor de queixo		

Pontuação máxima de 8 pontos, considerando dor > 3. NFCS - Neonatal Facial Coding System.

Quadro 7: De 2 meses a 7 anos- Escala FLACC

Categoria	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas.	Inquietas, agitadas, tensas.	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingo; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade e	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Observa-se a criança durante 5 minutos, são atribuídos pontos de 0-2 até

um total máximo de 10 pontos (dor intensa).

Figura 10 - Crianças 3-6 anos de idade – Escala de Faces de Dor Revisada (FPS-R)

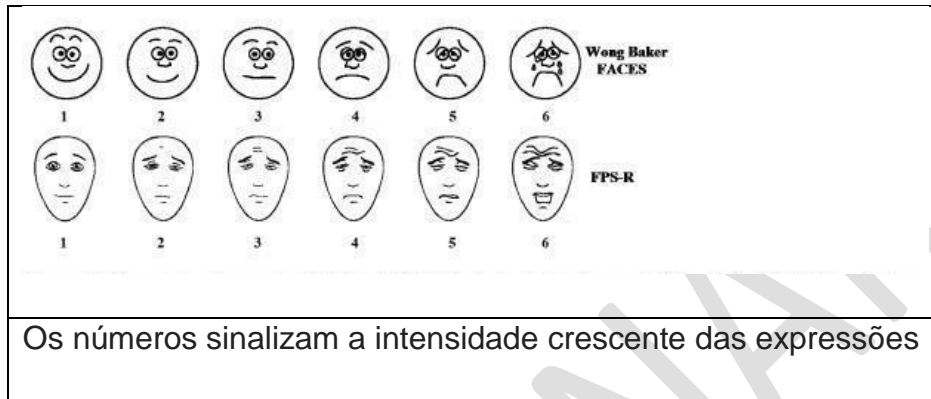
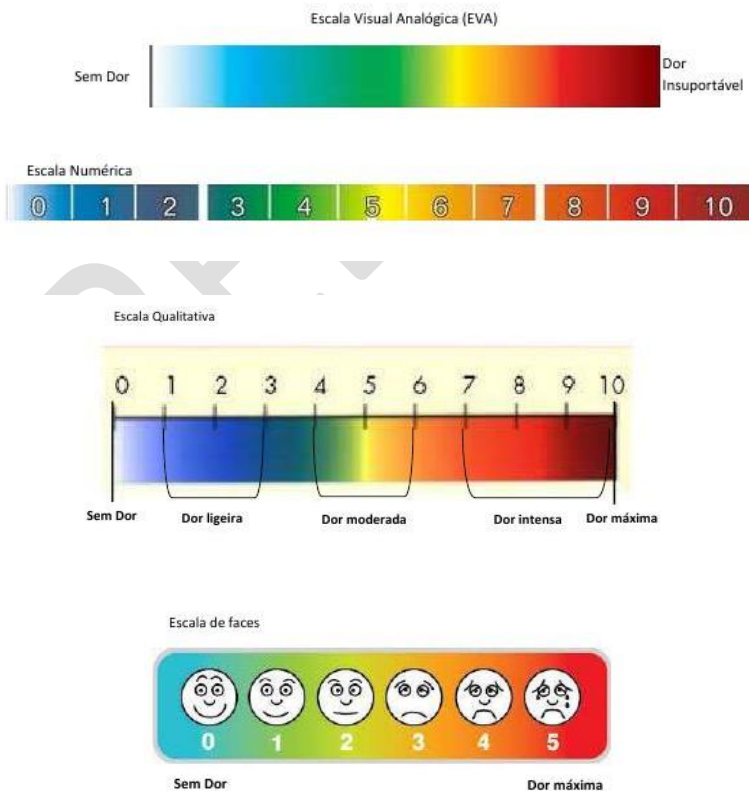


Figura 11 - Escolares e adolescentes



A partir de 2002, a escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) foi modificada nos descritores de avaliação, com o objetivo de

torná-la adequada ao atendimento de crianças com comprometimento cognitivo, e na faixa etária entre 4 e 19 anos, esta escala adaptada é chamada FLACC revised (FLACCr) ou revised FLACC (rFLACC), quadro 8.

Quadro 8 - Escala FLACC

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrance-lhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrance-lhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais.	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidelas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em <i>gasping</i> ou inspiração profunda, intensificação da respiração

		exemplo, movimento da cabeça para frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto

Quadro 9 – Orientações para aplicação da escala

Orientações para aplicação da escala
1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.

- 2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.
- 3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão
- 4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais. As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas

© 2002, *The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved* 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.

É possível revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Perguntar se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.

9.2 Manejo da dor da criança

As crianças e adolescentes com quadros articulares dolorosos na fase aguda e casos leves de subaguda devem ser tratados, preferencialmente nas unidades de Atenção Básica, por uma equipe multidisciplinar. Apenas os casos subagudos mais graves e crônicos devem ser encaminhados para ambulatórios especializados em reumatologia pediátrica.

A avaliação inicial inclui anamnese detalhada, determinando o período da fase aguda e início das queixas articulares. Averiguar a realização de sorologia específica para a doença.

Nas fases subaguda e crônica, o exame físico deve ser completo com atenção especial para o aparelho musculoesquelético, uma vez, que as manifestações articulares predominam nessas fases.

Os exames complementares, quando necessário, devem ser realizados com o objetivo de auxiliar no diagnóstico diferencial de outras doenças que causam manifestações articulares. Se na fase aguda da doença não foi coletado sorologia, deve ser feito nessa ocasião.

A medicação deve ser administrada em uma programação regular para a dor persistente, analgésicos em intervalos regulares, com a adição de doses "resgate" para a dor intermitente (Fluxograma 4 – PEDIATRIA, Apêndice VI). Nas fases subaguda e crônica, seguir as orientações do Fluxograma 5 – PEDIATRIA (Apêndice VII)

Atualmente, não é possível fazer uma recomendação para qualquer anticonvulsivo como um adjuvante no tratamento de dor neuropática em crianças. Entretanto a carbamazepina é uma droga bastante utilizada em crianças com crise convulsiva.

A gabapentina é registrada para ser utilizada como um anticonvulsivante em crianças maiores de três anos, mas pode também ser utilizada na dor neuropática. No entanto, não existem estudos comparativos com carbamazepina, e não há estudos para determinar o seu potencial como um adjuvante no tratamento da dor persistente em crianças.

A escolha de vias alternativas de administração tais como intravenosa (IV), subcutânea (SC), retal ou transdérmica, deve ser sugerida quando a via oral não está disponível, devendo ser baseada no julgamento clínico, disponibilidade e preferência do doente. A via intramuscular (IM) é dolorosa e deve ser evitada.

Além das medicações acima sugeridas, medidas não farmacológicas devem ser orientadas, como compressas frias nas articulações dolorosas e estímulo a exercícios ativos como as brincadeiras próprias das faixas etárias, desde que se respeite o limite de tolerância de dor da criança e do adolescente. Nos casos mais graves há indicação de reabilitação com

fisioterapeuta, para prevenir hipotrofia muscular e sequelas articulares deformantes.

10 Ações de vigilância

Todo caso suspeito de chikungunya deve ser notificado ao serviço de vigilância epidemiológica, conforme fluxo estabelecido em cada município. Conforme Anexo da Portaria nº 204/2016, Febre de Chikungunya é agravo de Notificação Compulsória e os casos suspeitos devem ser notificados e registrados no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN).

Já os óbitos suspeitos são de notificação imediata, em até 24 horas. Desta forma, o profissional deve comunicar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em até, no máximo, 24 horas, a ocorrência de suspeita de óbito por chikungunya. Caso a SMS não disponha de estrutura e fluxos para receber as notificações de emergências epidemiológicas dentro deste período, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação deverá ser feita à Secretaria Estadual de Saúde (SES). Caso a SMS ou SES não disponha de estrutura para receber as notificações de emergências epidemiológicas, o profissional pode ligar gratuitamente para o Disque Notifica (0800-644-6645), serviço de atendimento telefônico destinado aos profissionais de saúde. O atendimento funciona 24 horas por dia durante todos os dias da semana. Esta notificação também poderá ser feita por meio do correio eletrônico (e-mail) do CIEVS nacional, o E-notifica (notifica@saude.gov.br). Reforça-se que a notificação realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

10.1 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.

10.2 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 a 45 dias após o início dos sintomas, ou 10 a 14 dias após a coleta da amostra na fase aguda. Outra possibilidade para confirmação é a detecção de anticorpos neutralizantes por meio do PRNT em única amostra de soro.

Por se tratar de um evento potencialmente epidêmico, 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 sustentada, nem todos os pacientes necessitarão de confirmação laboratorial. Reservar a investigação laboratorial, neste contexto, para os casos graves ou com as manifestações atípicas, bem como para aqueles pacientes considerados mais vulneráveis para evoluírem para formas clínicas de maior gravidade, tais como portadores de comorbidades e gestantes em final de gestação (pelo risco de transmissão para o bebê). Além desses casos, nas fases subaguda e crônica, o diagnóstico específico poderá auxiliar o clínico no diagnóstico diferencial com outras doenças. É importante seguir as recomendações do serviço de vigilância epidemiológica e considerar a confirmação clínico-epidemiológica nas áreas com transmissão.

A listagem dos laboratórios com capacidade para realizar os exames laboratoriais para confirmação de chikungunya está disponível do site www.saude.gov.br.

11 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. Nas unidades de saúde, o acolhimento começa com a disponibilidade de cadeiras de rodas para facilitar o deslocamento daqueles que apresentem

comprometimento articular mais intenso, especial atenção também deve ser dada à altura das macas para exame físico ou hidratação dos pacientes. 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. Alla SA, Combe B. Arthritis after infection with Chikungunya virus. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 25 (2011) 337–346.
2. Andrade, D. C. et al. Chronic pain associated with the Chikungunya fever: long lasting burden of na acute illness. *BMC Infectious Diseases.*, v. 10, supl. 31, p. 1-6, 2010.
3. Arroyo-Ávila M, Vilá LM. Rheumatic Manifestations in Patients with Chikungunya Infection. Review article. *P R Health Sci J* 2015;34:71-77
4. Assunção-Miranda I, Cruz-Oliveira C, Da Poian AT. Molecular Mechanisms Involved in the Pathogenesis of Alphavirus-Induced Arthritis. *BioMed Research International*, 2013, 1-11.
5. Ben-Zvi I, Kivity S, Langevitz P, et al. Hydroxychloroquine: From Malaria to Autoimmunity. *Clinic Rev Allerg Immunol* (2012) 42:145–153.
6. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain.* v. **114**, p.29-36, 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde (BR) a. Ato portaria número 19/GM de 03 de janeiro de 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde (BR) b. Ato portaria número 1.319/GM de 23 de julho de 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde (BR) b. Ato portaria número 1.083 de 02 de outubro de 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Ato portaria número 204/GM de 18 fevereiro de 2016.

11. Brito CA, Cordeiro MT. One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2016 Sep-Oct;49(5):537-543.
12. Carta KA, Britto IM, Finizola V; et al. Bradycardia as a Manifestation of Chikungunya Myocarditis. *A New Threat to America*, 2016, Volume 134:A13292, Issue Suppl 1.
13. Chopra A, Saluja M, Venugopalan A. Effectiveness of Chloroquine and Inflammatory Cytokine Response in Patients With Early Persistent Musculoskeletal Pain and Arthritis Following Chikungunya Virus Infection. *ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY* Vol. 66, No. 2, February 2014, pp 319–326.
14. Chow A, Her Z, Ong, EK et al. Persistent Arthralgia Induced by Chikungunya Virus Infection is Associated with Interleukin-6 and Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor. *The Journal of Infectious Diseases* 2011;203:149–157
15. Economopoulou A, Dominguez M, Helynck B, Sissoko D, Wichmann O, Quenel P, et al. Atypical Chikungunya virus infections: clinical manifestations, mortality and risk factors for severe disease during the 2005-2006 outbreak on Réunion. *Epidemiol Infect.* 2009;137(4):534–41.
16. Haanpää M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bennett M, Bouhassira D, Cruccu G, Hansson P, Haythornthwaite JA, Iannetti GD, Jensen TS, Kauppila T, Nurmikko TJ, Rice AS, Rowbotham M, Serra J, Sommer C, Smith BH, Treede RD. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. *Pain.* 2011 Jan;152(1):14-27.
17. Hassing RJ, Leparac-Goffart I, Blank SN, Thevarayan S, Tolou H, van Doornum G, van Genderen PJ. Imported Mayaro virus infection in the Netherlands. *J Infect.* 2010 Oct;61(4):343-5.
18. Hoarau JJ, Bandjee MC, Troto PK, et al. Persistent Chronic Inflammation and Infection by Chikungunya Arthritogenic Alphavirus in Spite of a Robust Host Immune Response. *J Immunol* 2010; 184:5914-5927
19. Józwiak-Bebenista M, Nowak JZ. Paracetamol: mechanism of action, applications and safety concern. *Acta Pol Pharm.* 2014 Jan-Feb;71(1):11-23. Review. PubMedPMID: 24779190.

20. Lamballerie D, Boisson V, Reynier JC, Enault S, Charrel RN, Flahault A, Roques P, Le Grand R. On chikungunya acute infection and chloroquine treatment. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2008;8(6):837-9.
21. Malvy D, Ezzedine E, Mamani-Matsuda M, et al. Destructive arthritis in a patient with chikungunya virus infection with persistent specific IgM antibodies . *BMC Infectious Diseases* 2009, 9:200
22. Moro ML, Grilli E, Corvetta A, et al Long-term chikungunya infection clinical manifestations after an outbreak in Italy: A prognostic cohort study. *Journal of Infection* (2012) 65, 165e172
23. Ng LF, Chow A, Sun YJ, et al. IL-1b, IL-6, and RANTES as Biomarkers of Chikungunya Severity. *Plos one.* 2009, Volume 4, e4261
24. Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafomo C, Schoelles KM. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane DatabaseSyst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD006605.
25. Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafomo C, Schoelles KM. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane DatabaseSyst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD006605.
26. Padmakumar B, Jayan JB, Menon R, et al. Comparative evaluation of four therapeutic regimes in chikungunya arthritis: a prospective randomized parallel-group study *Indian Journal of Rheumatology* 2009 September. Volume 4, Number 3; pp. 94–101.
27. Pandya S. Methotrexate and hydroxychloroquine combination therapy in chronic chikungunya arthritis: a 16 week study. *Indian Journal of Rheumatology* 2008 September. Volume 3, Number 3; pp. 93–97.
28. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain.* 1983 Sep;17(1):45-56.
29. Rajapakse S, Rodrigo C, Rajapakse A. Atypical manifestations of chikungunya infection *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2010 Feb;104(2):89-96.
30. Ramachandran V, Kaur P, Kanagasabai K, et al. Persistent arthralgia among Chikungunya patients and associated risk factors in Chennai, South India. *JPGM,* 2014, Vol 60: 3-6.

31. Ramachandran V, Malaisamy M, Ponnaiah M. Impact of Chikungunya on Health Related Quality of Life Chennai, South India. *PLoS ONE* 7(12): e51519. 2012
32. Renault P, Solet J, Sissoko D, Balleydier E, Larrieu S, Filleul L. Major Epidemic of Chikungunya Virus Infection on Réunion Island, France, 2005-2006. *Am J Trop Med Hyg.* 2007;77(4):727–31.
33. Schilte C, Staikovskiy F, Couderc T, MadeC Y, et al. Chikungunya Virus-associated Long-term Arthralgia: A 36-month Prospective Longitudinal Study. *PLOS Neglected Tropical Diseases.* 7(3): e2137.
34. Sehgal N, Manchikanti L, Smith HS. Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. *Pain Physician.* 2012 Jul;15 (3 Suppl):ES67-92. Review.
35. Simon F, Javelle E, Cabie a, et al. French guidelines for the management of chikungunya (acute and persistent presentations). November 2014. *Médecine et maladies infectieuses* 45 (2015) 243–263.
36. Souza FA. DOR: O QUINTO SINAL VITAL. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 maio-junho; 10(3):446-7
37. Thiberville SD, Moyen N, Dupuis-Maguiraga L, et al. Chikungunya fever: Epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. *Antiviral Research* 99 (2013) 345–370.
38. Waymouth HE, Zoutman DE, Towheed TE. Chikungunya-related arthritis: Case report and review of the literature. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 43 (2013) 273–278.
39. Yaseen HM, Simon S, Deparis X, et al. Identification of initial severity determinants to predict arthritis after chikungunya infection in a cohort of French gendarmes. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014, 15:249.

13 Bibliografia consultada

40. APANDI Y, NAZNI WA, NOOR AZLEEN ZA, VYTHILINGAM I, NOORAZIAN MY, AZAHARI. AH, ZAINAH S, LEE HL. The first isolation

- of chikungunya virus from non-human primates in Malaysia. *Journal of General and Molecular Virology*. 2009; 1(3):35-39.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009.
 42. BRASIL. Ministério da Saúde. Preparação e resposta à introdução do vírus Chikungunya no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, 2014.
 43. CDC, 2014a. Clinical Evaluation & Disease. Center for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/chikungunya/hc/clinicalevaluation.html>. Acesso em 08/09/2014.
 44. CDC, 2014b. Geographic Distribution. Disponível em: <http://www.cdc.gov/chikungunya/geo/americas.html>. Acessado em 08/09/2014.
 45. FRITEL X, ROLLOT O, GERARDIN P, GAUZERE BA, BIDEAULT J, LAGARDE L, et al. Chikungunya virus infection during pregnancy, Réunion, France, 2006. *Emerg Infect Dis*. 2010; 16(3):418-25. Disponível em: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/3/09-1403_article. Acesso em 09/09/2014.
 46. GÉRARDIN P, BARAU G, MICHAULT A, BINTNER M, RANDRIANAIVO H, et al. Multidisciplinary Prospective Study of Mother-to-Child Chikungunya Virus Infections on the Island of La Réunion. *PLoS Med* 2008;5(3):e60. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050060.
 47. Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050060>. Acesso em 09/09/2014.
 48. GUILHERME JM, GONELLA-LEGALL C, LEGALL F, NAKOUME E, VINCENT J. Seroprevalence of five arboviruses in Zebu cattle in the Central African Republic. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1996;90(1):31-3.
 49. R Soc Trop Med Hyg. 1996;90(1):31-3.
 50. JUPP PG, MCINTOSH BM. *Aedes furcifer* and other mosquitoes as vectors of chikungunya virus at Mica, northeastern Transvaal, South Africa. *Journal of the American Mosquito Control Association*. 1990;6(3):415-20.
 51. LAM SK, CHUA KB, HOOI PS, RAHIMAH MA, KUMARI S,

- THARMARATNAM M, et al. Chikungunya infection--an emerging disease in Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2001;32(3):447-51.
52. LENGLET Y, BARAU G, ROBILLAR 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. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*. 2006;35(6):578-83. Disponível em <http://www.em-consulte.com/article/117958/alertePM>. Acesso em 09/09/2014.
53. LUMSDEN WHR. An Epidemic of Virus Disease in Southern Province, Tanganyika Territory, in 1952-53 II. General description and epidemiology. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1955;49(1):33-57.
54. Marmor MF, Kellner U, Lai TY, Melles Rb, et al. Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy (2016 Revision). American Academy of Ophthalmology <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2016.01.058>
55. Mota LM, Cruz BA, Brenol C, et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide *Rev Bras Reumatol* 2012;52(2):135-174.
56. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Artrite reumatoide. Portaria SAS/MS no 710, de 27 de junho de 2013, retificada em 06 de março de 2014 e 10 de junho de 2014.
57. OPAS, 2011. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Washington, D.C.
58. OPAS, 2014a. Perguntas y respuestas sobre el chikunghunya: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9260&Itemid=40695&lang=es.
59. OPAS, 2014b. Chikungunya: A new virus in the region of the Americas. 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.
60. OPAS, 2014b. Alerta Epidemiológica. Fiebre por chikungunya y dengue en las

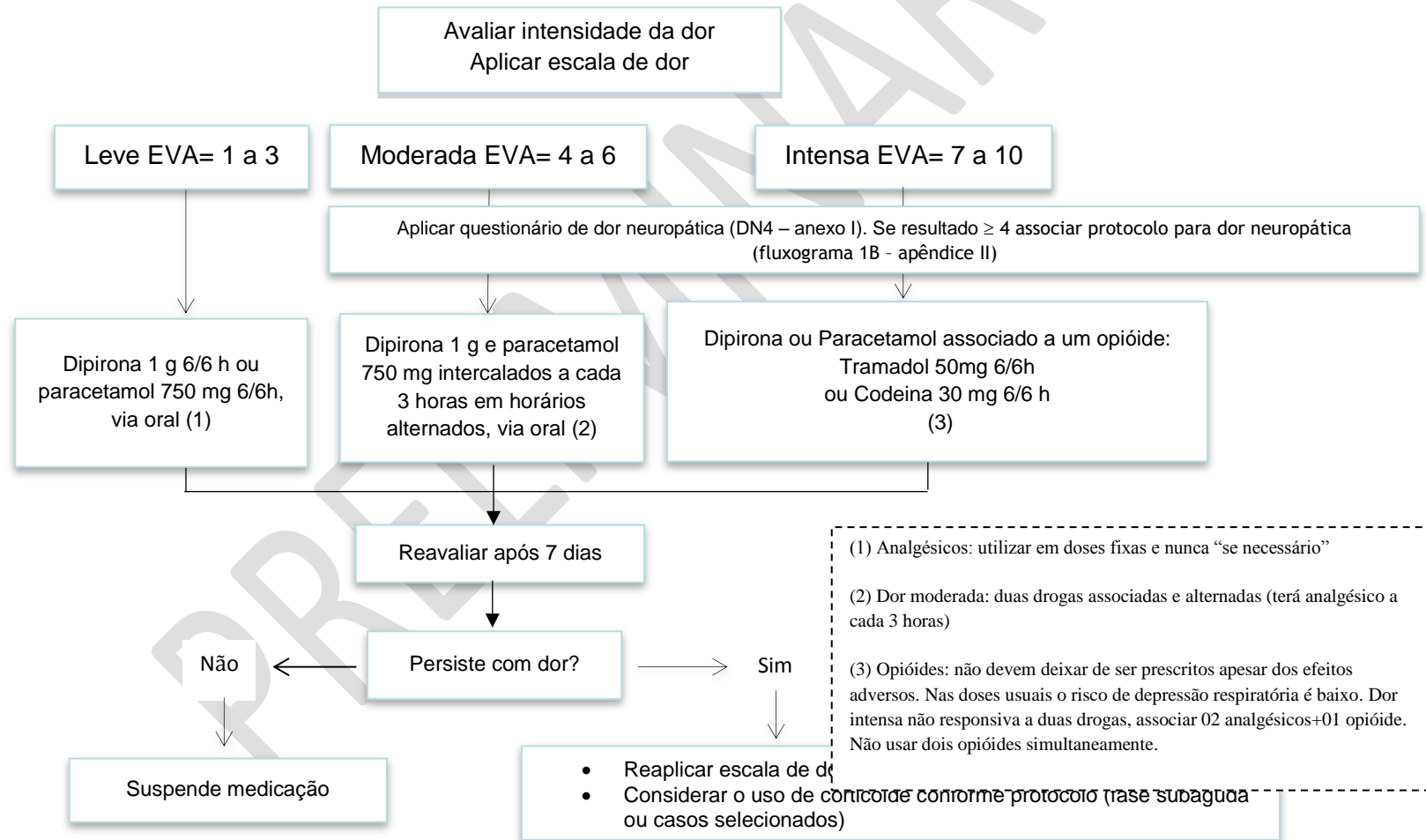
- Américas. Disponible em
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27048&Itemid&lang=es
61. PADBIDRI VS, GNANESWAR TT. Epidemiological investigations of chikungunya epidemic at Barsi, Maharashtra state, India. *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol*. 1979;23(4):445-51.
62. REPÚBLICA DOMINICANA, 2014. Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV). Ministerio de Salud Pública. Santo Domingo, República Dominicana, 2014. ISBN: 978-9945-436-94-5.
63. ROBINSON MC. An epidemic of virus disease in Southern Province, Tanganyika Territory, in 1952-53. I. Clinical Features. *Trans. R Soc Trop Med Hyg*. 1955;49(1):28-32.
64. ROSS RW. The Newala epidemic: III. The virus: isolation, pathogenic properties and relationship to the epidemic. *Journal of Hygiene*. 1956;54:177-91. doi:10.1017/S0022172400044442.
65. YAKOB L, CLEMENTS ACA. A mathematical model of chikungunya dynamics and control: the major epidemic on Réunion Island. *PLoS ONE*. 2013;8(3): e57448. Disponible em
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0057448>.

14 Apêndices

PRELIMINAR

Apêndice I

FLUXOGRAMA 1A - Dor na fase aguda (0-14 dias)

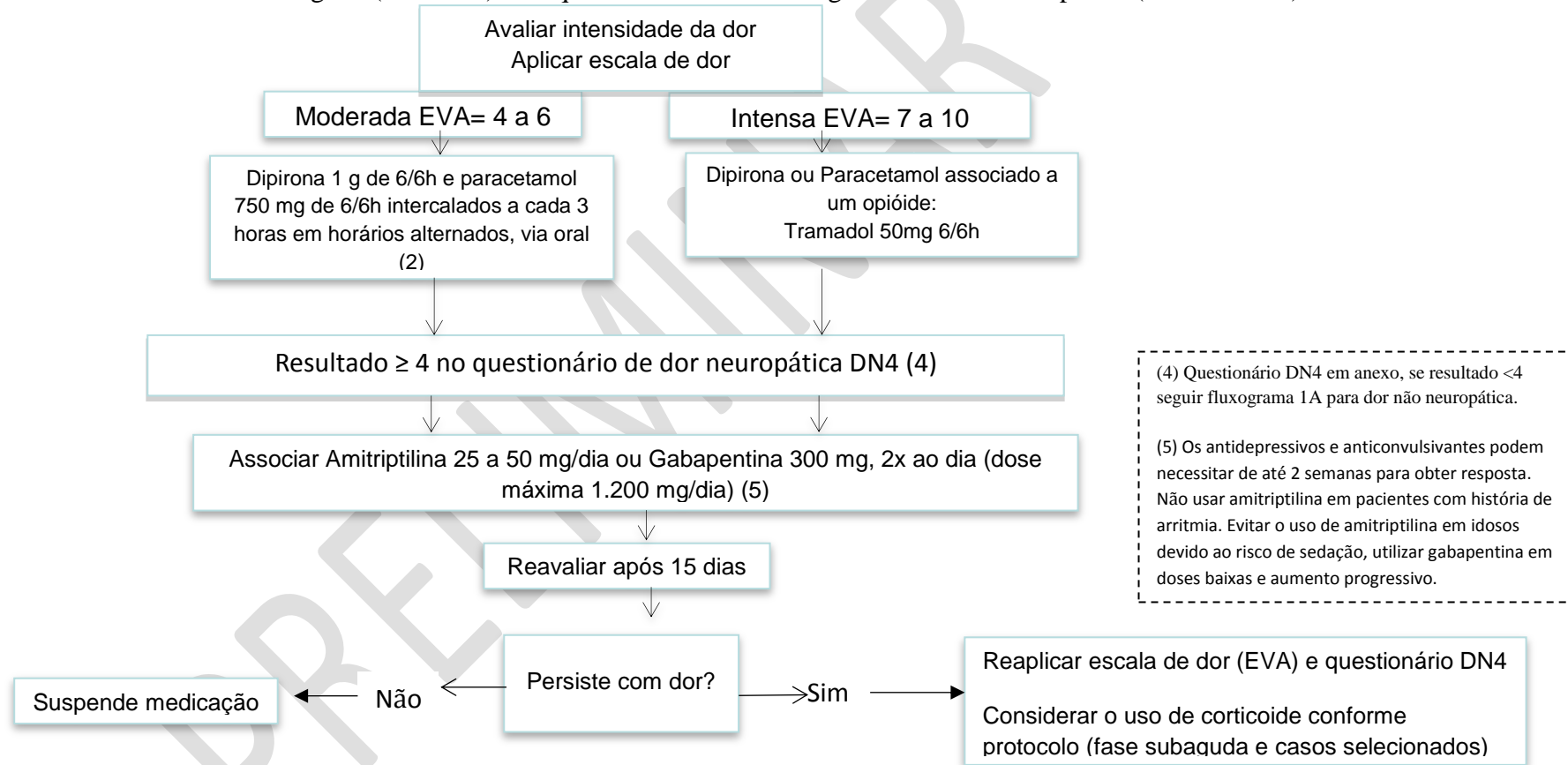


-Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona.

-Não utilizar AINH (Anti-inflamatório não hormonal) ou Aspirina (ácido acetilsalicílico) na fase aguda, pelo risco de complicações associados às formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).

Apêndice II

FLUXOGRAMA 1B - Dor fase aguda (0-14 dias) - Se questionário DN4 for sugestivo de dor neuropática (resultado ≥ 4)



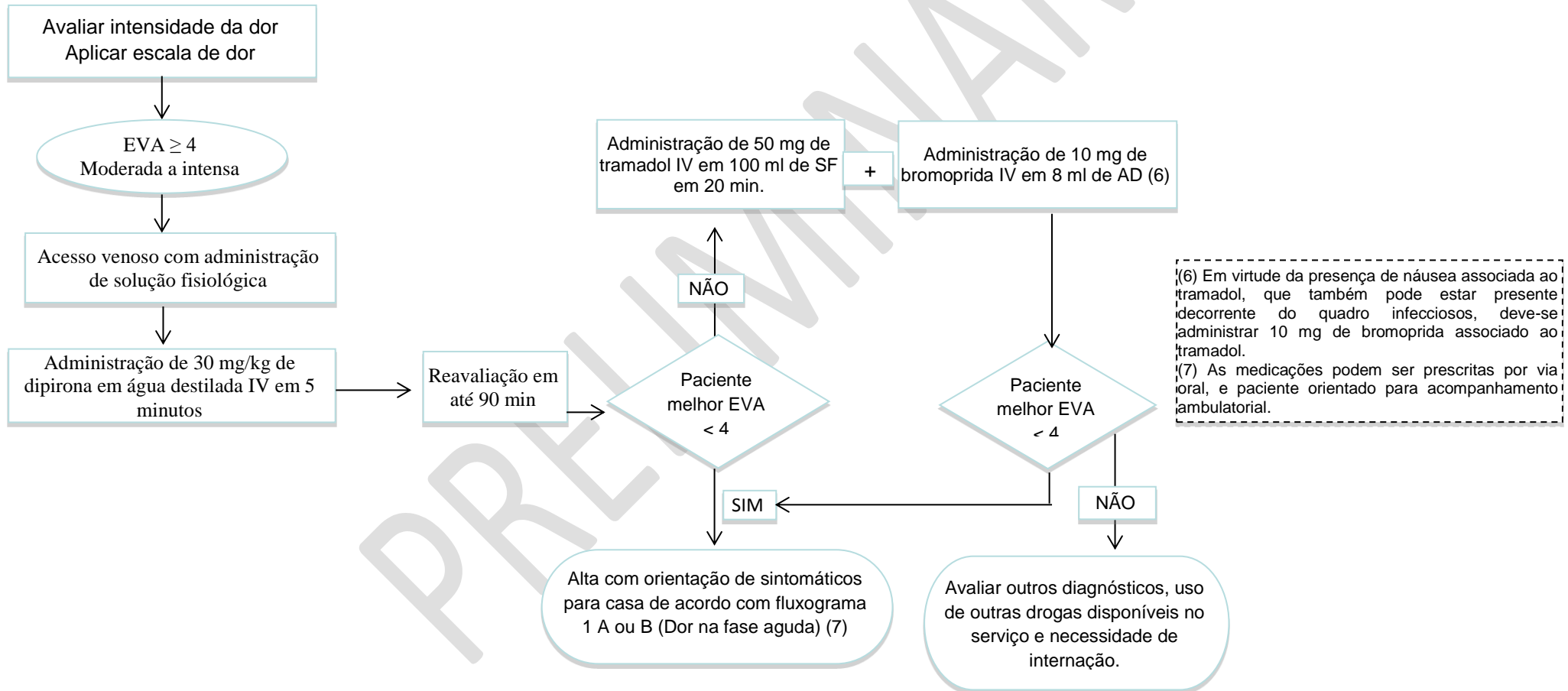
-Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona.

-Não utilizar AINH (Anti-inflamatório não hormonal) ou Aspirina (ácido acetilsalicílico) na fase aguda, pelo risco de complicações associados às formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).

Apêndice III

FLUXOGRAMA 1C - Dor na fase aguda (0-14 dias) – dor moderada a intensa (EVA ≥ 4) E persistente, poliarticular ou incapacitante

(Atendimento em unidade de pronto-atendimento ou urgência)

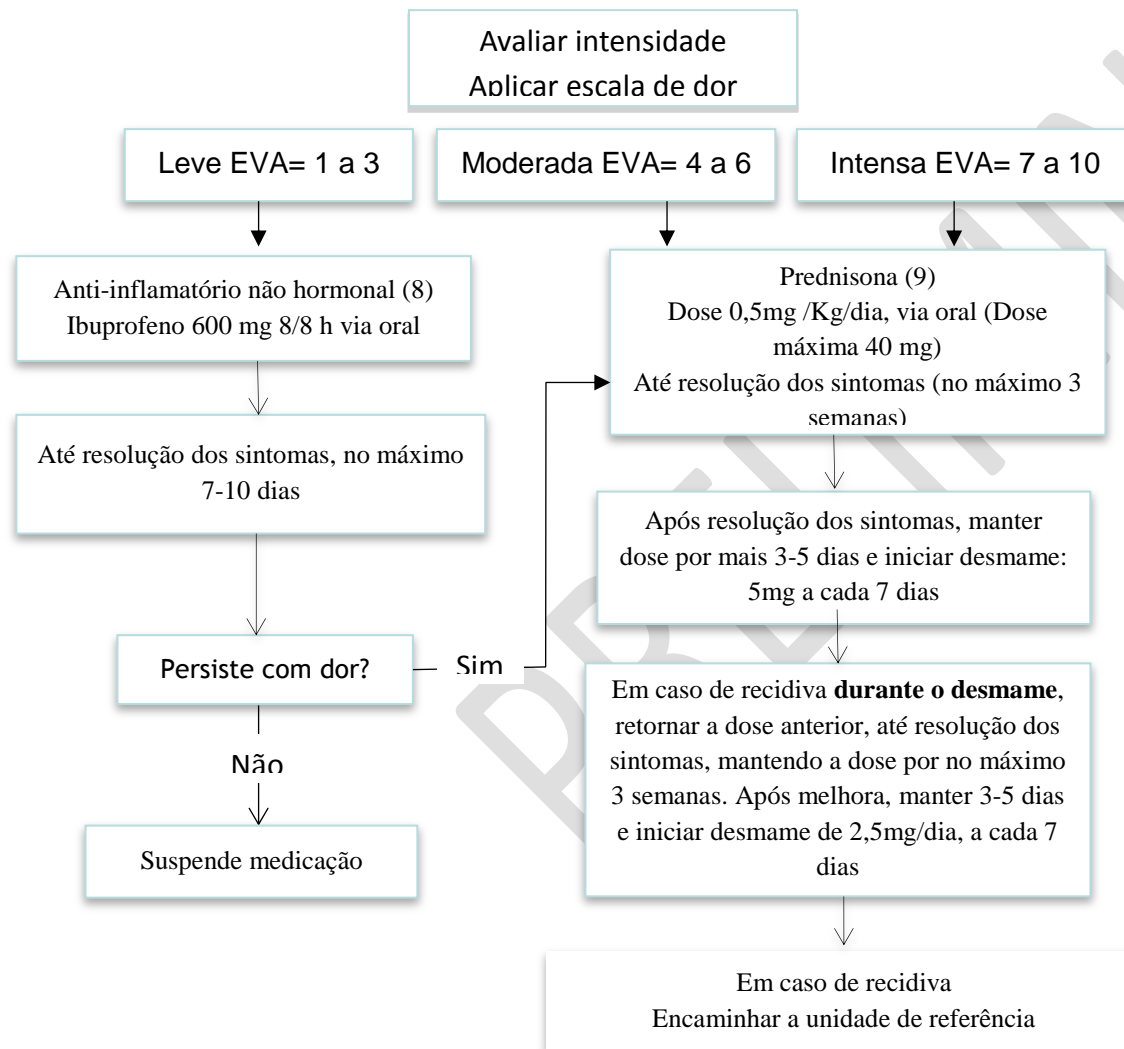


-Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona.

-Não utilizar AINH (Anti-inflamatório não hormonal) na fase aguda, pelo risco de complicações associados às formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).

Apêndice IV

FLUXOGRAMA 2 - Dor na fase subaguda (após 10-14 dias)

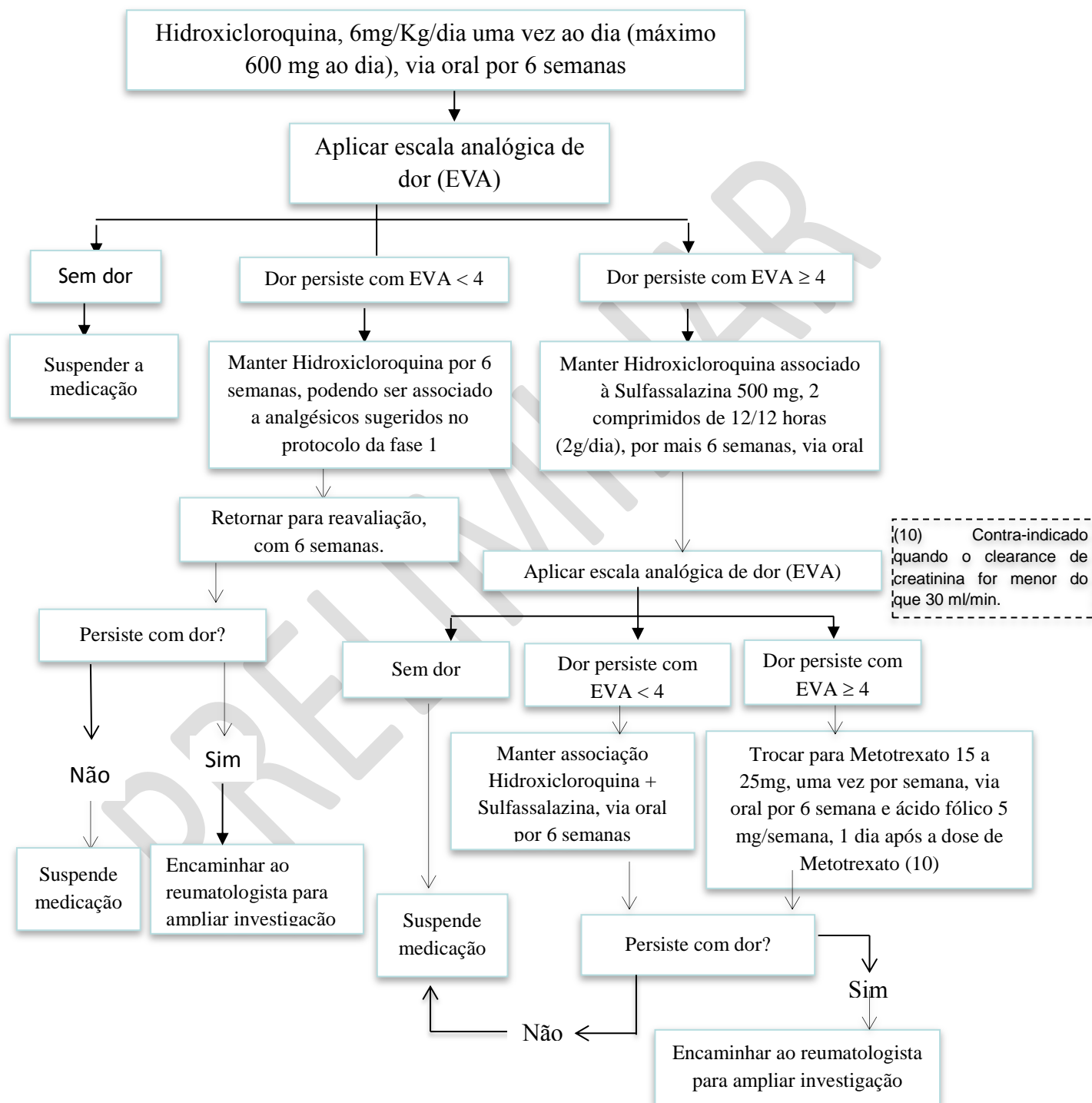


(8) AINH: após fase aguda (>10-14 dias). A função renal deve ser previamente avaliada em idosos e com comorbidades. Atenção ao maior risco em pacientes com doenças crônicas degenerativas, idosos, diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas, hepatopatas, cardiopatas, entre outras.

(9) Até o início da ação do corticóide, deve-se prescrever analgésico, conforme Fluxograma 1A. Dose antiinflamatória do corticóide: ≤ 0,5mg/Kg de peso/dia. Corticóide está contra-indicado em pacientes portadores de diabetes, hipertensão de difícil controle, passado de fratura por osteoporose documentada, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, Cushing, obesidade grau III, arritmias e coronariopatias. O uso em até 21 dias não aumenta o risco de insuficiência adrenal.

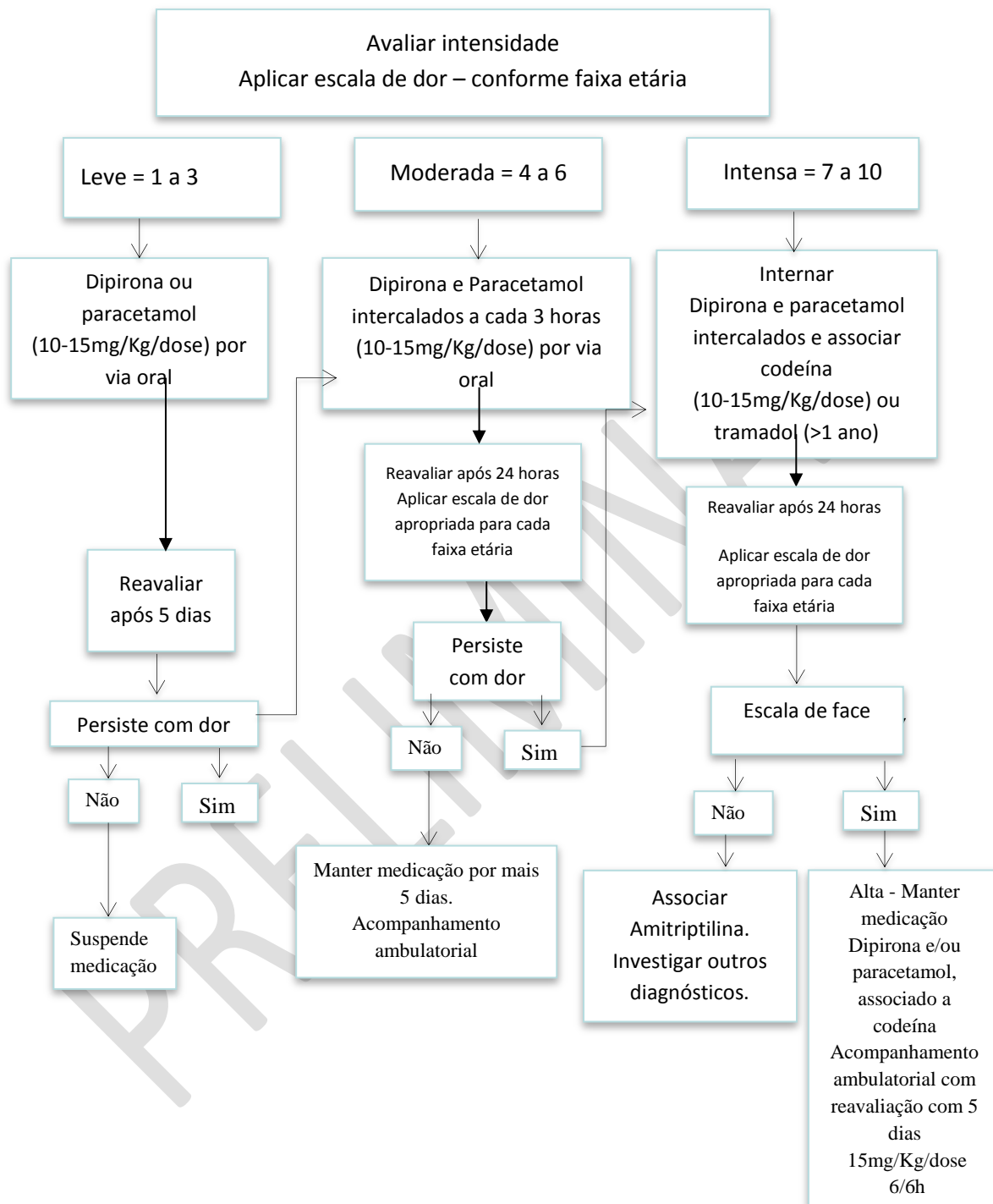
Apêndice V

FLUXOGRAMA 3 - Dor na fase crônica (após 3 meses) Atendimento em unidade referência com profissionais capacitados para atender pacientes com este perfil.



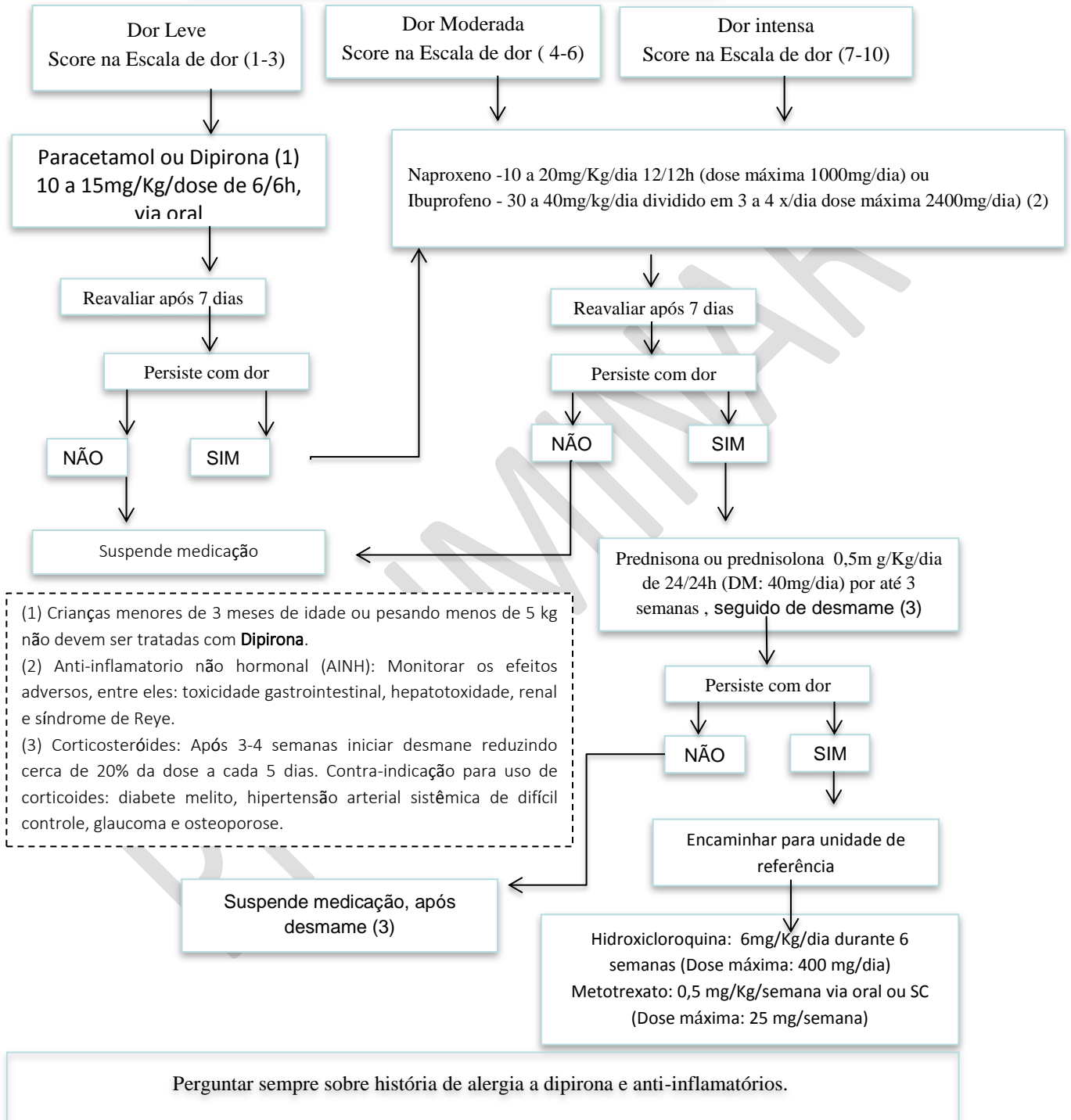
-Medicamentos desta fase de tratamento apresentam efeitos adversos próprios de cada classe terapêutica e necessitam de monitorização clínica e laboratorial específica antes e durante o uso, devendo ser prescrito por profissionais capacitados
-O corticóide pode ser prescrito para pacientes na fase crônica que ainda não o tenha utilizado.

Apêndice VI
 FLUXOGRAMA 4 – PEDIATRIA – Dor na fase aguda (0-14 dias)



Apêndice VII
 FLUXOGRAMA 5 – PEDIATRIA - Dor na fase sub-aguda e crônica

Escala de dor específica para a faixa etária- mensuração da dor (Escala visual analógica ou Escala de FLACC)



15 Anexo I

Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática DN4

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

ENTREVISTA DO PACIENTE

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

	Sim	Não
1- Queimação		
2- Sensação de frio ou dolorosa		
3- Choque elétrico		

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

	Sim	Não
4- Formigamento		
5- Alfinetada e agulhada		
6- Adormecimento		
7- Coceira		

EXAME DO PACIENTE

Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

	Sim	Não
8- Hipoestesia ao choque		
9- Hipoestesia a picada de agulha		

Questão 4: Na área dolorosa a dor pode ser causada ou aumentada por:

	Sim	Não
10- Escovação		

ESCORE

0- Para cada item negativo 1 – Para cada item positivo

Dor neuropática: Escore total a partir de 4/10

() Dor Nociceptiva () Dor Neuropática

Obs.: Se ≥ 4 pontos do total de 10, sensibilidade = 83% e especificidade = 90% para confirmação de dor neuropática.