



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP Nº 01/03

ELABORAÇÃO: 04/2025

REVISÃO: 04/2028

CHIKUNGUNYA - MANEJO

EXCUTANTE: EQUIPE MÉDICA

ÁREA: SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAL

1. DEFINIÇÃO

A febre Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus CHIKV, transmitido principalmente pela picada de fêmeas do mosquito *Aedes aegypti*. Clinicamente, caracteriza-se por febre de início súbito acompanhada de artralgia intensa e incapacitante nas articulações periféricas.

2. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Caso Suspeito de Chikungunya (fase aguda): Paciente com febre de início súbito (até 7 dias) acompanhada de artralgia intensa de início súbito (podendo haver cefaleia, mialgia e exantema). Deve-se considerar deslocamento nos últimos 15 dias para áreas com transmissão de Chikungunya. A partir da avaliação inicial, o paciente deve ser enquadrado em grupos de risco conforme a gravidade do quadro, nos moldes do protocolo de dengue (POP Nº 01/02) já existente, para guiar a conduta.

GRUPO	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA RECOMENDADA
A) Caso Leve	Sem sinais de gravidade; fora de grupos de risco.	Tratamento ambulatorial em UBS; orientações de alerta; manter hidratação e analgesia (ver Manejo Clínico). Retornar se piora.
B) Caso com Fator de Risco	Pertence a grupo de risco: Gestantes <2 anos >65 anos Comorbidades <u>porém sem sinais de gravidade.</u>	Solicitar exames básicos (item 4) e manter acompanhamento ambulatorial rigoroso. Considerar breve observação no PA até resultados de exames ficarem prontos, para definir necessidade de internamento ou aptidão para alta.
C) Caso Grave	Apresenta sinais de alarme /gravidade ou algum critério de internação (ver item 3). <i>Neonatos</i> com suspeita também se enquadram aqui.	Internação imediata, clique na central de leitos. Suporte intensivo conforme necessidade. Monitorização rigorosa de sinais vitais e órgãos-alvo. Exames laboratoriais completos; notificar (ver item 8) e avaliar necessidade de transferência vaga zero via SAMU.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT
Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



3. SINAIS DE ALARME E GRAVIDADE

Identificar precocemente sinais clínicos de alarme que indicam risco aumentado de complicações e caracterizam o caso como grave. Em chikungunya, os seguintes achados sugerem forma grave ou iminência de complicações:

- **Acometimento neurológico:** sinais de irritabilidade ou letargia, sonolência excessiva, cefaleia intensa e persistente, convulsões ou déficit de força muscular (não atribuível apenas à artralgia). Obs: Alterações neurológicas podem indicar encefalite, meningite ou outras complicações do SNC.
- **Sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica:** extremidades frias, cianose, hipotensão, taquicardia, enchimento capilar lentificado, pulso filiforme ou pressão arterial convergente. Embora choque seja incomum na chikungunya, pode ocorrer em casos de desidratação importante ou coinfeção.
- **Dispneia (dificuldade respiratória):** pode indicar comprometimento pulmonar (ex.: pneumonia aspirativa) ou evento tromboembólico (imobilidade por dor predispõe a TVP/TEP).
- **Dor torácica:** pode sinalizar miocardite, pericardite ou tromboembolismo pulmonar.
- **Vômitos persistentes:** dificuldade de ingestão de líquidos e risco de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos.
- **Sangramento de mucosas:** epistaxe, gengivorragia ou sangramento gastrointestinal. Hemorragias não são tão comuns na chikungunya quanto na dengue, mas se presentes indicam gravidade, possivelmente coinfeção com dengue ou disfunção plaquetária prévia do paciente.
- **Descompensação de doença de base:** agravamento agudo de comorbidades precipitados pela infecção.
- **Neonatos com suspeita de chikungunya:** recém-nascidos de mães virêmicas têm risco elevado de desenvolver chikungunya neonatal grave e devem ser internados profilaticamente (vide Populações Especiais).

4. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E DE ALTA

Critérios para Internação: Deve-se internar imediatamente (realizar clique na central de leitos ou solicitar gava zero SAMU, dependendo da situação clínica do paciente) pacientes do Grupo C (grave), ou seja, aqueles com qualquer sinal de gravidade listado acima. Em especial, indicar internação para:

- Qualquer manifestação de choque, instabilidade hemodinâmica ou neurológica.
- Comprometimento de órgãos vitais (neurológico, cardíaco, pulmonar, renal, hepático).
- Vômitos incoercíveis ou incapacidade de hidratação oral.
- Sangramento ativo.
- Neonatos com suspeita de infecção (critério absoluto, devido à alta morbimortalidade neonatal): transferir para referência neonatal (HUOP).
- Gestantes no final da gestação com viremia (para proteger o binômio mãe-bebê – ver Populações Especiais): transferir para referência de alto risco (HUOP).
- Qualquer paciente de grupo de risco com sinais de agravamento mesmo que leves – por exemplo, idoso com prostração acentuada ou comorbidade descompensada.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT
Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

Pacientes do Grupo B (fatores de risco, sem gravidade) geralmente não necessitam internação imediata se estiverem clinicamente estáveis, mas devem ser observados por mais tempo no PA/UBS. Se houver qualquer piora ou dificuldade de seguimento ambulatorial (exemplo: feriado prolongado com UBS fechadas), considerar internação desses casos também como medida de segurança, especialmente dos pacientes mais frágeis.

Critérios para Alta Hospitalar: A alta do paciente internado por chikungunya deve seguir critérios rígidos, garantindo que o risco de recrudescência ou complicações tardias seja baixo. São critérios de alta:

- **Melhora clínica global:** paciente em bom estado geral, febre cessada ou em remissão, quadro de dor sob controle com medicação oral.
- **Ausência de sinais de gravidade:** nenhum sinal de alarme ativo; sinais vitais estáveis dentro da normalidade.
- **Hidratação adequada por via oral:** paciente capaz de ingerir líquidos e alimentos, sem vômitos, e diurese presente e satisfatória.
- **Melhora ou estabilidade de parâmetros laboratoriais, se alterados inicialmente:** ex. tendência de elevação de plaquetas, normalização de hemoglobina/hematócrito, função renal e transaminases dentro da normalidade para o paciente.
- **Plano de acompanhamento ambulatorial definido:** orientação de retorno para unidade básica ou especialista conforme necessidade (ex.: acompanhamento de artralgia crônica se houver).

4. EXAMES DIAGNÓSTICOS E COMPLEMENTARES

No manejo da Chikungunya, os exames laboratoriais na emergência devem ser solicitados de **forma seletiva**, focando nos casos graves ou de risco. Recomenda-se:

- **Hemograma (Hemograma completo):** obrigatório nos pacientes do grupo de risco e nos pacientes com sinais de gravidade/internação. O hemograma pode mostrar leucopenia ou discreta trombocitopenia na Chikungunya, mas é importante principalmente para diferencial com dengue (onde plaquetopenia tende a ser mais acentuada). Vale lembrar que pode haver coinfeção.
- **Bioquímica básica:** Solicitar função renal (ureia, creatinina), eletrólitos e transaminases hepáticas em pacientes com sinais de gravidade ou internados.
- **Exames específicos de chikungunya:** Na emergência, **não é necessário confirmar laboratorialmente para instituir o manejo**. Entretanto, para fins de vigilância, podem ser coletadas amostras conforme protocolo: RT-PCR para Chikungunya (enviado ao LACEN) nos primeiros 8 dias de sintomas, ou sorologia IgM a partir do 6º dia. Pacientes classificados como A ou B que não forem ficar internados devem ser direcionados à UBS para coleta destes exames.
- **Dengue e outros diferenciais:** Considerar testes rápidos de dengue (NS1/IgM) para afastar dengue em pacientes que gerem dúvida diagnóstica entre Chikungunya e Dengue (lembrando que um paciente pode ter coinfeção). Investigação de leptospirose (sorologia) pode ser pertinente em caso de icterícia ou dor em panturrilhas acentuada. Esses exames complementares devem ser solicitados conforme suspeita clínica adicional.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT
Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

• **Exames de imagem:** Não são rotina, porém solicitar se indicação clínica: radiografia de tórax (dispneia ou dor torácica), ultrassom abdominal (sinais de ascite ou dor abdominal importante, embora raros na Chikungunya), ultrassom de articulação se suspeita de derrame articular significativo, tomografia em caso de suspeita de complicações neurológicas, etc.

• **Punção de líquido articular:** Se houver artrite significativa em articulação isolada (grande articulação com derrame importante, calor e rubor locais), considerar punção diagnóstica para afastar artrite séptica, principalmente se houver febre alta contínua e sinais inflamatórios desproporcionais (ver Diagnóstico Diferencial).

Para casos leves (Grupo A) atendidos na emergência, sem fatores de risco e sem sinais de alerta, não há necessidade de exames na abordagem inicial – esses pacientes podem ser encaminhados para acompanhamento na UBS apenas com orientações. A solicitação de exames adicionais fica a critério médico conforme cada caso.

5. MANEJO CLÍNICO

Atualmente não há antivirais específicos para chikungunya; o tratamento é sintomático e de suporte, focando em hidratação adequada, controle da dor e do processo inflamatório. As diretrizes a seguir padronizam a conduta:

6.1 Hidratação e Suporte Geral

• **Hidratação vigorosa:** Assim como na dengue, garantir boa hidratação melhora o bem-estar e previne complicações. Estimular ingestão oral de líquidos (~60 a 80mL/kg/dia) – em adultos, cerca de 2 litros por dia se não houver contraindicação. A hidratação deve começar já na unidade de saúde, supervisionada, principalmente nos grupos de risco.

• Se o paciente estiver vomitando ou incapaz de beber, instituir hidratação venosa com cristalóides (soro fisiológico 0,9%). Em casos de desidratação moderada, pode-se fazer 200-500 mL de SF 0,9% em bolus e reavaliar perfusão e diurese; ajustar de acordo com a necessidade clínica.

• **Repouso relativo:** Orientar repouso enquanto durar a febre e a fase aguda. Entretanto, estimular mobilização leve assim que tolerado, para evitar complicações de imobilidade (como tromboembolismos em idosos).

• **Antitérmicos:** A febre geralmente cede com os próprios analgésicos recomendados para dor. Usar Dipirona ou Paracetamol regularmente controla tanto a dor quanto a febre.

6.2 Controle da Dor e Inflamação

A dor articular da chikungunya pode ser intensa e é um dos focos do manejo. Adota-se uma abordagem escalonada analgésica, baseada na intensidade da dor (escala visual analógica - EVA):

• **Não usar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) na fase aguda** (fase de viremia) devido ao risco de complicações (hemorragias e insuficiência renal), especialmente se não se afastou dengue.

• **Não usar corticoide na fase aguda/viremia** pelo risco de piorar a infecção ou predispor a formas graves. (Corticoides podem ser considerados apenas na fase subaguda/crônica se outras medidas falharem).

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT
Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

6.3 Analgesia de acordo com a intensidade da dor:

Intensidade da Dor (EVA)	Medicação Recomendada
Leve (1-3)	Analgésico comum em dose fixa: Dipirona 500 mg–1 g VO de 6/6h ou Paracetamol 500–750 mg VO de 4/4-6/6h (dose máxima 4 g/dia). <i>Escolher um dos dois</i> e administrar em intervalos fixos por 5 dias, não “se necessário”. Em crianças: Dipirona 30–50 mg/kg/dose 6/6h; Paracetamol 10–15 mg/kg/dose 6/6h.
Moderada (4-6)	Combinação de analgésicos em esquema fixo alternado : manter Dipirona + Paracetamol , intercalados a cada 3 horas (ou seja, o paciente recebe um analgésico a cada 3h: ex: 9h paracetamol, 12h dipirona, 15h paracetamol, etc.). Doses conforme acima. Esse esquema combinado potencializa o alívio da dor moderada.
Intensa (7-10)	Manter analgesia básica (Dipirona + Paracetamol) e associar opióide se necessário. Opções: Tramadol 50–100 mg VO 6/6h (pode ser IV 100 mg diluído em 100 mL SF em 20min, para resgate em urgência) – lembrar de administrar um antiemético (ex.: Bromoprida 10 mg IV lento) junto ao Tramadol, devido as náuseas. Codeína 30 mg VO 6/6h é alternativa (evitar associar dois opioides simultaneamente). Em casos refratários, considerar analgesia controlada em ambiente de internação (ex.: morfina em baixas doses).

6.4 Observações importantes:

- Em caso de alergia ou contraindicação à dipirona, usar Paracetamol regularmente e, se insuficiente, associar Tramadol como opção de resgate.
- AINEs (como ibuprofeno, diclofenaco, etc.): Contraindicados na fase aguda. Poderão ser considerados após a fase febril aguda (geralmente após o 7º dia), somente se não houver suspeita de dengue e se o paciente ainda apresentar artrite inflamatória importante. Mesmo assim, usar com cautela (risco gastrointestinal/renal), especialmente em idosos ou com comorbidades.
- Corticoides: Não usar na fase aguda. Em casos de dor persistente na fase subaguda/crônica (após 2 a 3 semanas), pode-se avaliar em ambiente ambulatorial especializado o uso de corticoide em dose baixa e curta ou imunomoduladores para alívio, apenas após excluir outras causas e se os AINEs/analgésicos comuns falharem.
- Outras medidas: Podem ser utilizadas medidas não-farmacológicas adjuntas para alívio da dor articular, como compressas frias por 15 minutos 3-4 vezes ao dia, nas articulações inflamadas; elevação de membros edemaciados e, na fase crônica, fisioterapia para recuperar amplitude de movimento.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT
Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



6. POPULAÇÕES ESPECIAIS

Alguns grupos requerem condutas diferenciadas devido a maior risco de complicações ou considerações específicas:

7.1 Gestantes: A Chikungunya em gestantes não tem associação comprovada com malformações congênitas e raramente leva a aborto espontâneo. O principal risco é a transmissão vertical no período periparto, que pode resultar em Chikungunya neonatal grave.

- **Acompanhamento próximo:** Gestantes com suspeita de Chikungunya devem ser avaliadas diariamente (em UBS) durante a fase aguda. Monitorar sinais maternos e bem-estar fetal em cada avaliação. Aos finais de semana e feriados, em que as UBS se encontram fechadas, gestantes em fase aguda podem se dirigir ao pronto atendimento (PA) para avaliação de sinais vitais e batimento fetal, sem passar por consulta de urgência caso não tenha alterações ou sinais de alarme.

- **Internação no periparto:** Se a gestante estiver próxima do termo e ainda em fase de viremia, ou se houver qualquer indício de sofrimento fetal, transferir para referência em alto risco (HUOP). Em casos de parto eletivo, pode-se considerar adiar o parto alguns dias, se possível, para reduzir viremia materna (critério do médico obstetra).

- **Parto e neonatal:** Gestantes virêmicas no trabalho de parto devem ter parto em unidade com suporte neonatal. O recém-nascido de mãe com Chikungunya no periparto deve ficar internado em observação por 7 dias após o nascimento, mesmo assintomático, devido ao risco de desenvolver sintomas entre o 3º e 7º dia de vida (fase em que a infecção vertical se manifesta). Neonatos infectados podem evoluir gravemente, com manifestações neurológicas, cardíacas e hemorrágicas.

- **Medicamentos na gestação:** Usar preferencialmente Paracetamol para febre e dor leve. Dipirona pode ser usada com cautela (evitar no primeiro trimestre e próximo ao parto). AINEs são contraindicados especialmente no 3º trimestre (risco de fechamento prematuro do ducto arterioso e outros efeitos). Opioides podem ser usados para dor intensa intra-hospitalar por curto período, sob supervisão. Hidratação é fundamental (evitar hemoconcentração que pode prejudicar perfusão útero-placentária).

- **Amamentação:** Orientar que o vírus Chikungunya não é transmitido pelo leite materno, e, portanto, manter a amamentação é recomendado, inclusive para mães doentes.

7.2 Idosos (> 65 anos): Constituem um dos grupos de maior risco. No Brasil, a maior parte dos óbitos por Chikungunya ocorre em idosos (média de 79 anos), muitas vezes por efeito direto da infecção ou por descompensação de comorbidades preexistentes.

Condutas específicas:

- Baixo limiar para internação/observação: Idosos com chikungunya, mesmo sem sinais clássicos de alarme, merecem observação atenta. Febre alta, prostração ou desidratação leve em um

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT
Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

idoso frágil podem rapidamente evoluir para gravidade. Considere internação se houver qualquer dúvida quanto à segurança do manejo domiciliar.

- Monitorar comorbidades: Verificar e tratar rapidamente descompensações (ex.: controlar rigorosamente glicemia em diabéticos, PA em hipertensos, ajustar dose de diuréticos em cardiopatas se necessário). A infecção pode precipitar eventos isquêmicos (IAM, AVC) em idosos; atenção a sintomas atípicos.
- Controle da dor cauteloso: Idosos tendem a sub-reportar a dor ou apresentá-la de forma atípica (por déficit cognitivo). Usar doses menores inicialmente e titulação lenta, devido a maior sensibilidade a medicamentos e risco de efeitos colaterais (sedação, confusão). Evitar AINEs em idosos com insuficiências renal/gástrica. Considere gabapentina em vez de amitriptilina para componentes neuropáticos, devido ao perfil de efeitos mais seguro nos idosos.
- Prevenção de complicações de imobilidade: Em idosos com dor articular intensa, estimular mobilização passiva/ativa leve assim que possível. Avaliar necessidade de profilaxia para trombose venosa profunda se o paciente ficar acamado por longos períodos.

7.3 Crianças e Lactentes: Crianças tendem a evoluir bem na maioria dos casos, porém os muito jovens são vulneráveis:

- Menores de 2 anos: Considerados grupo de risco. Lactentes jovens (especialmente <6 meses) podem apresentar quadros mais inespecíficos (choro persistente, irritabilidade, recusa alimentar). Qualquer suspeita em <2 anos justifica avaliação minuciosa e, se <6 meses ou condição social desfavorável, internação para observação.
- Neonatos: Infecção neonatal (transmissão vertical) pode ser grave. Qualquer neonato com mãe suspeita/confirmada deve ser transferido ao HUOP profilaticamente mesmo assintomático.
- Analgesia em crianças: Usar paracetamol e dipirona em doses ajustadas por peso para controle da febre/dor. Ibuprofeno pode ser considerado após fase aguda em crianças maiores, se dengue foi afastada, mas evitar em <6 meses. Nunca usar AAS (risco de Síndrome de Reye).
- Hidratação: Crianças desidratam mais rápido – garantir oferta de líquidos fracionados frequentes; em caso de vômitos ou recusa, iniciar hidratação IV precoce.
- Convulsões febris: Chikungunya pode cursar com febre alta; crianças <5 anos têm risco de convulsão febril. Orientar os pais e tratar febre agressivamente para prevenir pico febril (antitérmicos regulares, banhos em temperaturas mais amenas, evitar excesso de roupas).
- Acompanhamento: Após fase aguda, crianças geralmente recuperam totalmente. Ainda assim é necessário acompanhamento pediátrico (via UBS) para monitorizar complicações tardias.

7.4 Pacientes com Comorbidades: Indivíduos com doenças crônicas (diabetes, hipertensão, DPOC, insuficiência renal, doença autoimune, câncer, etc.) têm maior probabilidade de evoluir mal:

- Tal como em idosos, um paciente com comorbidade deve ser avaliado com rigor. Um limiar mais baixo para internação é justificado se a condição de base puder se agravar com a infecção (por exemplo, um diabético com hiperglicemia >300 mg/dL ou um cardiopata com sinais de descompensação).

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT
Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

- Ajuste de medicações de base: Durante a fase aguda, pode ser necessário ajustar insulina, suspender temporariamente IECA/BRA se houver insuficiência renal aguda, etc., de acordo com avaliação clínica e exames.
- Imunossuprimidos: Pacientes em uso de corticoides crônicos, quimioterápicos ou com HIV podem ter apresentação atípica e maior carga viral. Internar precocemente e clicar na central de leitos para referência em infectologia (HUOP).

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Dengue:** Principal diferencial na fase aguda em regiões endêmicas. Dengue costuma cursar com febre alta, mialgias intensas, cefaleia e pode ter sinais de alerta (dor abdominal, sangramentos, etc.) diferentes da Chikungunya. A artralgia na dengue é geralmente menos intensa que na chikungunya. É crucial diferenciar, pois o manejo de fluidos e a vigilância de hemorragias na dengue são específicos. Obs.: Pacientes com chikungunya também devem ser avaliados para dengue concomitante, pois coinfeção é possível.
- **Zika:** Infecção pelo vírus Zika pode mimetizar um quadro mais brando: febre ausente ou baixa, rash cutâneo maculopapular pruriginoso precoce, conjuntivite não purulenta e artralgias leves a moderadas, principalmente em mãos e pés. Na chikungunya, a febre é mais alta e as dores articulares mais intensas, muitas vezes com edema articular e atingindo também articulações axiais (coluna, sacroilíacas).
- **Leptospirose:** Febre com mialgias intensas (principalmente em panturrilhas), oftalmia (sufusão conjuntival), icterícia rubínica, insuficiência renal e eventualmente hemorragias sugerem leptospirose (principalmente com história de exposição a águas contaminadas ou enchentes).
- **Febre Reumática:** Em adolescentes ou adultos jovens com artrite migratória de grandes articulações, antecedente de faringite estreptocócica e outros critérios de Jones (cardite, nódulos subcutâneos, eritema marginado, coreia). *A febre reumática cursa com poliartrite migratória, diferindo da chikungunya que tende a acometer várias articulações simultâneas de forma aditiva.*
- **Artrite Séptica:** Diferencial importante a ser excluído! Embora Chikungunya cause artralgia/artrite simétrica múltipla, um quadro de monoartrite de grande articulação com dor desproporcional, edema acentuado e febre alta constante deve levantar suspeita de artrite séptica. Observam-se leucocitose importante, elevação de PCR/VHS e necessidade de artrocentese diagnóstica (apresentando conteúdo purulento na artrite séptica). Artrite séptica (bacteriana) é emergência médica que requer drenagem e antibióticos IV.
- **Doenças reumatológicas:** Em fases subagudas/crônicas pós-chikungunya, avaliar diferencial com artrite reumatoide ou outras collagenoses se dores persistirem por meses (já que chikungunya pode desencadear artrite crônica). Na fase aguda, porém, a positividade de marcadores reumatológicos é rara; acompanhar se sintomas arrastados.
- **Outras infecções virais sistêmicas:** Influenza e outros vírus podem causar febre e artralgia, mas geralmente com sintomas respiratórios.

8. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A Febre Chikungunya é uma doença de notificação compulsória no Brasil. Todo caso suspeito ou confirmado deve ser notificado às autoridades de saúde, seguindo a regulamentação do Ministério da Saúde. Em prática:

Elaborado por: Dr. Lucas Raiser da Cruz Diretor Clínico Municipal	Revisado por: Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA	Aprovado por: Simone Chiaretti Steinhofel Secretária de Saúde Gestão 2025-2028
---	--	---



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

- Preencher a Ficha de Investigação do SINAN específica para Dengue/Febre Chikungunya (usar o campo de agravo A92 para Chikungunya). Isso deve ser feito preferencialmente no momento da suspeita inicial, não aguardando confirmação laboratorial.
- Notificar tanto os casos suspeitos quanto os confirmados. Critérios de caso suspeito: febre $>38,5^{\circ}\text{C}$ de início súbito + artralgia intensa de início agudo, sem outra causa aparente, em paciente residente ou com histórico de viagem a áreas com transmissão ou com vínculo epidemiológico conhecido. Confirmados serão aqueles com resultado laboratorial positivo (sorologia IgM, PCR viral) ou vínculo epidemiológico confirmado.
- Canal de notificação: Feito via ficha física a ser enviada à Vigilância Epidemiológica municipal.
- Comunicação imediata de casos graves/óbitos: Além do SINAN, casos de chikungunya grave ou óbito devem ser comunicados imediatamente por telefone/email à Vigilância Epidemiológica, devido à relevância em saúde pública.

9. PREVENÇÃO

A prevenção da chikungunya segue os mesmos princípios do controle de dengue, focando no combate ao vetor *Aedes aegypti* e na proteção individual. As diretrizes preventivas incluem:

- Controle do Vetor (*Aedes aegypti*): Eliminar criadouros do mosquito nas residências e arredores. Recomendar à população medidas como: evitar recipientes que acumulem água parada (pratos de plantas, pneus, garrafas destampadas, calhas entupidas etc.), tampar caixas d'água, fossas e reservatórios, fazer limpeza regular de quintais e eliminar lixo que possa juntar água.
- Proteção individual: Orientar os pacientes e comunidade a se protegerem de mosquitos, especialmente durante o dia (***Aedes pica sobretudo nos períodos da manhã e final da tarde***). Medidas: uso de repelentes tópicos nas áreas expostas da pele (reaplicar conforme indicação do produto, especialmente gestantes devem usar repelente diariamente); usar roupas compridas que cubram braços e pernas quando possível; instalar telas em janelas e portas; usar mosquiteiros nas camas, principalmente para crianças e acamados. Em locais com ar-condicionado, manter portas e janelas fechadas para impedir entrada de mosquitos.
- Proteção do paciente infectado: **Nos primeiros dias da doença (fase virêmica), o paciente deve evitar ser picado pelo Aedes, para não perpetuar o ciclo de transmissão.** Recomenda-se que o doente **permaneça preferencialmente sob mosquiteiro ou em ambiente protegido, usando repelente**, até cessar a viremia.

REFERÊNCIAS:

- Ministério da Saúde – Guia de Manejo Clínico da Febre de Chikungunya (2ª edição, 2024).
- Secretaria de Vigilância em Saúde, MS – Guia de Vigilância Epidemiológica – Chikungunya.
- Secretaria da Saúde do Paraná – Notas Técnicas sobre Arboviroses (NT 06/2019, NT 04/2021) e materiais de apoio do programa Paraná contra Dengue.
- Protocolo de Dengue (Minist. Saúde e SESA/PR)

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - RT
Enfª Franciele Daiane Mattos - VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028