



## Nota de Alerta - Febre do Chikungunya

### Aspectos Epidemiológicos

A Febre do Chikungunya (**CHIKV**) é uma doença causada por um vírus do gênero *Alphavirus* transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, sendo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* os principais vetores.

Na fase aguda da doença os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta, artralgia (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações), cefaleia e mialgia. Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular. O período médio de incubação da doença é de três a sete dias (podendo variar de 1 a 12 dias). Os sintomas costumam persistir por 7 a 10 dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, converter-se em uma dor crônica incapacitante para algumas pessoas.

A doença tem transmissão autóctone na África e Ásia e, a partir do final de 2013, em diversos países do Caribe São Martinho/França, São Martinho/Holanda, Martinica, Guadalupe, Dominica, São Bartolomeu, Ilhas Virgens Britânicas, República Dominicana, Anguilla, Antigua e Barbuda, Saint Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Haiti, Guiana, Guiana Francesa e Porto Rico. Até o momento no Brasil, há somente registros de casos importados.

Em Santa Catarina, até a semana epidemiológica 23/2014, a presença do *Aedes aegypti* foi detectada em 76 municípios e o *Aedes albopictus* encontra-se presente em 184 municípios, e como ocorre fluxo de pessoas provenientes de áreas de transmissão, existe o risco de introdução e circulação viral de Chikungunya em nosso estado.

Considerando a situação epidemiológica atual, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), em consonância com a recomendação da Organização Panamericana de Saúde (Opas) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a **Diretoria de Vigilância Epidemiológica orienta:**

### 1. Vigilância Epidemiológica

- As Vigilâncias Epidemiológicas, bem como os serviços de saúde da rede privada, devem ficar **alertas** aos **casos suspeitos da Febre do Chikungunya** em pessoas procedentes de áreas afetadas a fim de desencadear as ações necessárias de investigação e controle vetorial.

- Para o atual momento, considera-se como **casos suspeitos da Febre do Chikungunya:**

*Pessoa com febre maior de 38,5°C e artralgia ou artrite intensa, de início súbito, não explicada por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas.*

- Todo caso suspeito de deverá ser notificado, **imediatamente por telefone em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial,** para a Vigilância Epidemiológica do Município e,



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

simultaneamente, para a Gerência Regional de Saúde correspondente e Diretoria de Vigilância Epidemiológica nos telefones:

- ✓ (048) 32218472/32218412, fax (048) 3221-8401 (de 2ª a 6ª das 07:00h as 19:00h),
- ✓ (048) 91055450 (de 2ª a 6ª das 19:00h as 07:00h, e 24 horas nos finais de semana e feriados)

## 2. Diagnostico Laboratorial

- Coletar amostra de sangue venoso (4-5 ml) no primeiro atendimento. Separar o soro e enviar ao LACEN sob refrigeração (2 a 8°C), em até 48 horas, acompanhado da ficha de notificação/conclusão individual (anexo 1) e ficha específica de solicitação de exame (anexo 2). A necessidade de coleta de outras amostras será orientada de acordo com o resultado do primeiro exame.

## 3. Tratamento

Não há tratamento antiviral específico para **CHIKV**. Tratamento sintomático e recomendado após a exclusão de condições mais graves tais como malária, dengue e infecções bacterianas.

O tratamento é sintomático ou de suporte, consistindo de repouso e uso de paracetamol para aliviar a febre, e ibuprofeno, naproxeno ou outro anti-inflamatório não hormonal para aliviar o componente artrítico da doença. Uso de aspirina não é recomendado devido ao risco de hemorragia em um baixo número de pacientes e risco de desenvolvimento de síndrome de Reye em crianças menores de 12 anos de idade. Pacientes devem ser orientados a ingerir líquidos em abundância a fim de recuperar fluido perdido por sudorese, vômitos, etc.

## 4. Recomendações

- Coleta de dados clínicos e epidemiológicos (data de início dos sintomas, sinais e sintomas, deslocamento para áreas com Chikungunya, data do deslocamento, contato com outros casos suspeitos, etc), que devem ser incluídos no espaço de observação da ficha de notificação/conclusão individual;
- Busca ativa de outro(s) caso(s)
- Divulgar aos profissionais de saúde as informações relativas aos aspectos clínicos da doença, enfatizando a importância do diagnóstico diferencial para dengue e outras doenças infecciosas;
- Divulgar as Vigilâncias Epidemiológicas e Ambientais a necessidade de investigação oportuna para desencadear medidas de controle vetorial o mais precocemente possível;

Florianópolis, 18 de junho de 2014.

**Diretoria Vigilância Epidemiológica – DIVE/SUV/SES/SC**



Rua Felipe Schmidt, 774 – Edifício Montreal. Centro – Florianópolis / SC  
CEP - 88.010-002 Fone: (48) 3221-8400  
E-mail: [dive@saude.sc.gov.br](mailto:dive@saude.sc.gov.br)





**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

**Anexo 1 – Ficha de notificação de casos da Febre do Chikungunya**

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
Dados de Residência	14 Escolaridade				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Conclusão	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Data da Investigação				
	32 Classificação Final				
Informações complementares e observações	33 Critério de Confirmação/Descarte				
	Local Provável da Fonte de Infecção				
	34 O caso é autóctone do município de residência?				35 UF
	37 Município				38 Distrito
	40 Doença Relacionada ao Trabalho				41 Evolução do Caso
	42 Data do Óbito				43 Data do Encerramento
Observações adicionais					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cod. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura		
	Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

**Anexo 2 - Ficha de solicitação de exame**



Ministério da Saúde



Estado de Santa Catarina  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 Superintendência de Vigilância em Saúde

LACEN-SC

REQUISIÇÃO PARA EXAME – <b>Chikungunya</b>			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		CNES	
DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		DDD	TELEFONE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RAÇA
	/   /		
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO (Rua, N°, Bairro)			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		UF	CEP
DADOS COMPLEMENTARES			
Viajou nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Sim Datas e Locais: _____			
_____			
Data dos primeiros sintomas: ____/____/____			
<input type="checkbox"/> febre			
<input type="checkbox"/> artralgia. Descrever: _____			
<input type="checkbox"/> mialgia			
<input type="checkbox"/> cefaleia			
<input type="checkbox"/> exantema maculopapular			
<input type="checkbox"/> outros: _____			
SOLICITAÇÃO			
NOME / FUNÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DDD	TELEFONE
DADOS DA COLETA DA AMOSTRA			
DATA DA COLETA:		RESPONSÁVEL PELA COLETA:	
<input type="checkbox"/> 1ª amostra: ____/____/____		Nome: _____	
<input type="checkbox"/> 2ª amostra: ____/____/____		Função: _____	

LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA – CNES 3157237  
 Av. Rio Branco nº 152 - Fundos - Centro - CEP 88015-201 – Florianópolis - SC  
 Fone: (48) 3251-7800 – FAX: (48) 32517900 – E-mail: [lacen@saude.sc.gov.br](mailto:lacen@saude.sc.gov.br)  
 Site: <http://lacen.saude.sc.gov.br>



Rua Felipe Schmidt, 774 – Edifício Montreal. Centro – Florianópolis / SC  
 CEP - 88.010-002 Fone: (48) 3221-8400  
 E-mail: [dive@saude.sc.gov.br](mailto:dive@saude.sc.gov.br)

