



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 1/21          |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

## 1. SUMÁRIO

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 2.  | <b>SIGLAS</b> .....                                   | 2  |
| 3.  | <b>OBJETIVO</b> .....                                 | 3  |
| 4.  | <b>REFERÊNCIA</b> .....                               | 3  |
| 5.  | <b>APLICABILIDADE</b> .....                           | 3  |
| 6.  | <b>CONCEITO</b> .....                                 | 3  |
| 7.  | <b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b> .....                      | 3  |
| 8.  | <b>FERRAMENTAS DE MEDIÇÃO DA DOR EM CRIANÇA</b> ..... | 7  |
| 9.  | <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b> .....                 | 10 |
| 10. | <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b> .....                  | 11 |
| 11. | <b>MANEJO CLÍNICO</b> .....                           | 13 |
| 12. | <b>AÇÕES DE VIGILÂNCIA</b> .....                      | 17 |
| 13. | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                     | 18 |
| 14. | <b>REFERÊNCIAS</b> .....                              | 19 |
|     | <b>ANEXO A</b> .....                                  | 19 |
|     | <b>ANEXO B</b> .....                                  | 20 |



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 2/21          |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

## 2. SIGLAS

CHIKV - vírus chikungunya

HDT-UFT – Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins

NFCS - Neonatal Facial Coding System

FPS-R - Escala de Faces de Dor Revisada

FLACC - Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

CPK - creatinofosfoquinase



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 3/21          |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

### 3. OBJETIVO

Padronizar as ações do atendimento integral às crianças com diagnóstico de Chikungunya do HDT-UFT, definindo como realizar o manejo clínico pediátrico.

### 4. REFERÊNCIA

As informações descritas neste protocolo são recomendações do Ministério da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde com o tema Chikungunya: manejo clínico, de 2017. Para revisão deste aspecto, recomendo leitura de bibliografia específica citada ao final desta seção.

### 5. APLICABILIDADE

Aplica-se aos médicos da Equipe de Pediatria do Hospital de Doenças Tropicais (HDT) de Araguaína – Tocantins.

### 6. CONCEITO

A chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. O período de viremia no ser humano pode perdurar por até dez dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas, podendo perdurar por mais oito dias.

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.

O período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, é em média de três a sete dias (podendo variar de 1 a 12 dias). O extrínseco, que ocorre no vetor, dura em média dez dias.

### 7. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

As principais manifestações clínicas da chikungunya são febre, intensa astenia, cefaléia, artralgia, mialgia, *rash* cutâneo e poliartralgias, que, dependendo da gravidade do quadro, podem levar a dores articulares crônicas com necessidade de acompanhamento em longo prazo.

A sintomatologia da chikungunya coincide com a alta replicação viral; dessa forma, no início da doença, os sintomas apresentam maior intensidade. O término dos sintomas coincide com o declínio da viremia, por volta do fim da primeira semana, quando os níveis de IgM começam a se elevar.

A Chikungunya pode ser dividida em três fases:



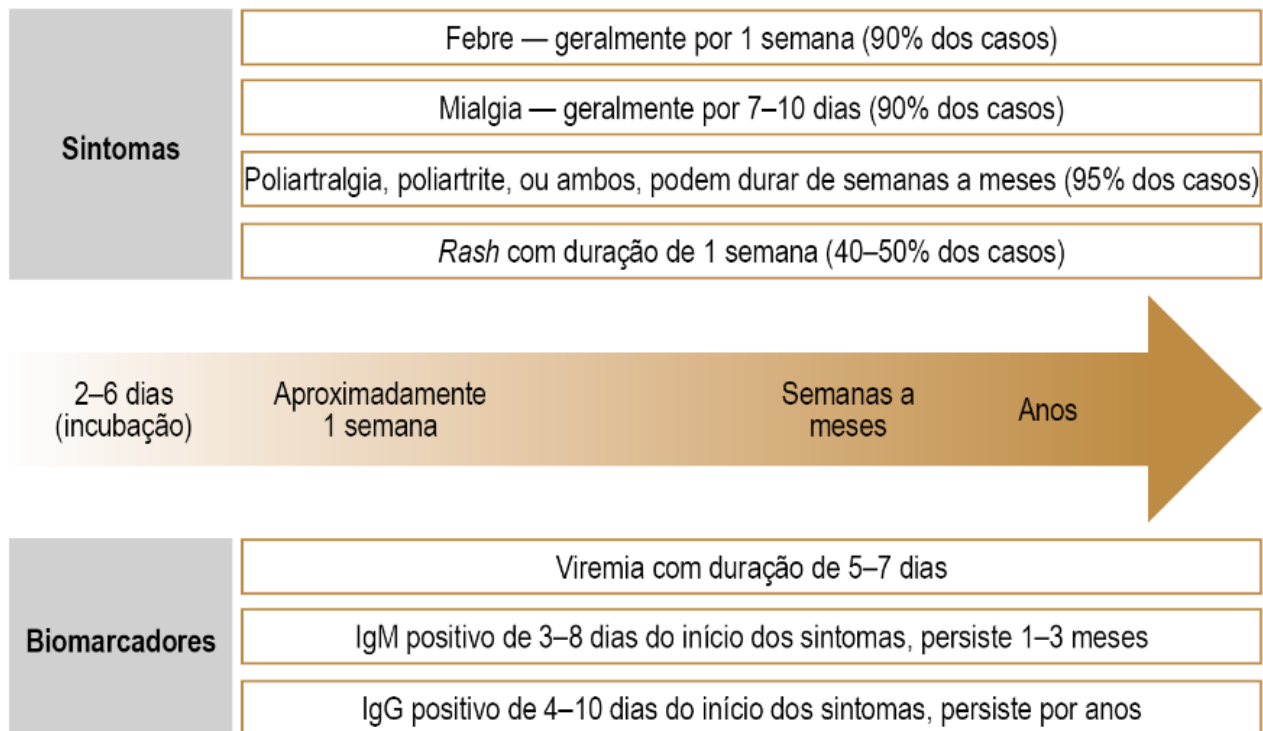
|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 4/21          |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

- aguda: duração do período de incubação até o 10º dia;
- subaguda: presença de artralgia até três meses do início dos sintomas;
- crônica: persistência da sintomatologia após o terceiro mês.

A poliartralgia – na maioria dos casos, bilateral, simétrica e com acometimento de grandes articulações – tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes na fase aguda da chikungunya. O edema da articulação está associado a tenossinovite.

A figura 1 apresenta os marcos da infecção, os sintomas e os biomarcadores da chikungunya.

Figura 1: Infecção, sintomas e biomarcadores da chikungunya



Em Pediatria a sensação dolorosa pode ser mais dificilmente explicada. A observação do comportamento em relação à dor é uma abordagem válida para avaliação da dor em crianças abaixo de 3 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 1 e 2.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 5/21          |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

Quadro 1: 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       |

Fonte: SVS/MS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 6/21          |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

Quadro 2: Manifestações clínica de dor por faixa etária

| Faixa etária                              | Manifestação clínica de dor  |
|---|--|
| Recém-nascido e criança que não verbaliza | Sinais típicos faciais de dor e sofrimento físico: sobrançelas cerradas, protuberância entre as sobrançelas e os sulcos verticais na testa, olhos ligeiramente fechados, bochechas levantadas, nariz alargado e abaulado, aprofundamento da dobra nasolabial, boca aberta e quadrada.<br>Sinais autonômicos vitais inespecíficos, que também podem refletir outros processos, como febre, hipoxemia e disfunção cardíaca ou renal. |
| 1-3 anos                                  | Pode ser verbalmente agressivo, chorar intensamente, apresentar 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.   |
| Escolares                                 | 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, exhibe comportamento regressivo na presença da família, dificuldade para dormir.  |

Fonte: SVS/MS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 7/21          |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

## 8. FERRAMENTAS DE MEDIÇÃO DA DOR EM CRIANÇA

Diversas ferramentas de medição da dor têm sido desenvolvidas para avaliar a dor na criança, apropriados à idade, à cultura e à condição da criança, assim como naquelas incapazes de falar e com prejuízo cognitivo. A seguir estão as escalas de dor mais utilizadas em Pediatria, segundo faixa etária (quadros 3 e 4, figuras 2 e 3).

Quadro 3: Recém-nascidos Neonatal Facial Coding System (NFCS)

| Movimento facial                       | Ausente<br>0 ponto | Presente<br>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                       |                    |                     |

Fonte: Grunau, R. V.; Craig, K. D. Pain expression in neonates: facial action and cry. *Pain*, v. 28, p. 395-410, 1987.

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

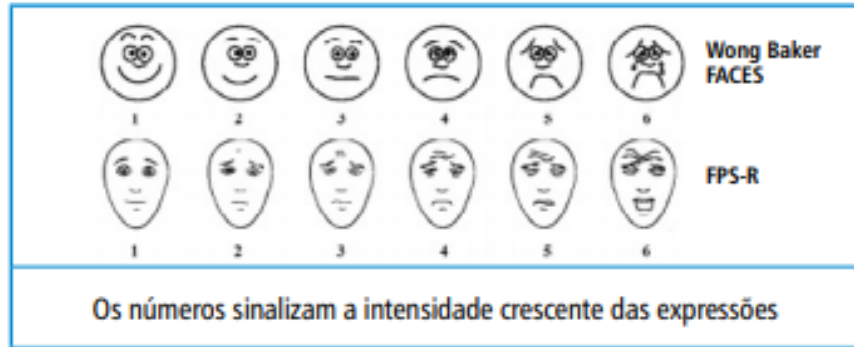
Quadro 4: De 2 meses a 7 anos – Escala FLACC

| Categoria  | Pontuação   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 0   | 1  | 2   |
| Face   | Nenhuma expressão especial ou sorriso.            | Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse. | Tremor frequente 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  | 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). |   |  |   |

Fonte: © 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti, E. A.; Guinsburg R.; Pedreira, M. L. G. e Brito, C. et al., 2016.

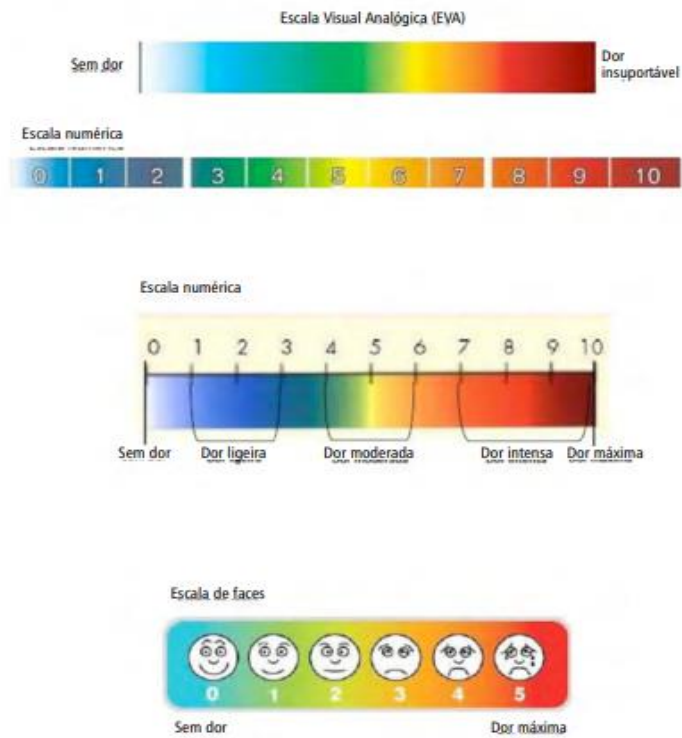
|                     |   |                                   |                             |
|---------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 8/21          |                             |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão: 12/08/2024 |

Figura 2: Crianças de 3-6 anos de idade – Escala de Faces de Wong-Baker e Escala de Faces de Dor Revisada (FPS-R)



Fonte: Adaptado de <<http://www.scielo.mec.pt/img/revistas/ref/vser/IVn3/IVn3a14f1.jpg>>.

Figura 3: Escolares e Adolescentes



Fonte: <<http://irenepais.pt?p=547>>.



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 9/21          |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

A partir de 2002, a escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) 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 5.

Quadro 5: Escala FLACC

| Categorias           | Pontuação  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
|                      | 0  | 1  | 2  |
| F<br>Face            | Sem expressão particular ou sorriso.                     | Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado.   | Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico.  |
| P<br>Pernas          | Posição normal ou relaxada.                              | Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais.   | Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidelas.  |
| A<br>Atividade       | Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente. | Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes. | Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gasping ou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial. |
| C<br>Choro           | Sem choro (acordado ou dormindo).                        | Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais.   | Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes.  |
| C<br>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.   |



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 10/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

#### Quadro 6: Orientações para aplicação da escala

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.

**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.

**Pacientes dormindo:** Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Caso seja possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.

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.

Fonte: © 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti, E. A.; Guinsburg, R.; Pedreira, M. L. G. 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. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico da chikungunya geralmente é clínico. A presença de quadro febril, associado à artralgia e ao *rash* cutâneo em áreas endêmicas da doença ou em áreas onde tenha havido epidemia é altamente preditiva da infecção pelo CHIKV.

As alterações laboratoriais de chikungunya, durante a fase aguda, são inespecíficas. Leucopenia com linfopenia menor que 1.000 cels/mm<sup>3</sup> é a observação mais frequente. A trombocitopenia inferior a 100.000 cels/mm<sup>3</sup> 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).

O teste diagnóstico definitivo da chikungunya é realizado por técnica molecular RT-PCR durante a fase aguda da doença (primeira semana). Para a pesquisa de anticorpos específicos, é utilizado a técnica ELISA.

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 quinto dia) e do tipo IgG, a partir do sexto dia. Os testes sorológicos podem apresentar reação cruzada com o vírus Mayaro, por exemplo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 11/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

## 10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial de chikungunya é feito com outras doenças febris agudas associadas à artralgia. Na epidemiologia atual, o principal diagnóstico diferencial, durante a fase aguda, é a dengue (Quadro 7).

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 *Streptococcus*.
- **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 pertence ao mesmo gênero e família do CHIKV. 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.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 12/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

Quadro 7: Diagnóstico diferencial Dengue X Zika X Chikungunya

| Sinais/Sintomas              | Dengue                       | Zika                             | Chikungunya                       |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Febre                        | >38°C                        | Sem febre ou subfebril (≤38°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 dias                    |
| Frequência                   | 30% a 50% dos casos          | 90% a 100% dos casos             | 50% dos casos                     |
| Milagia (Frequência)         | +++                          | ++                               | +                                 |
| 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 e Cordeiro (2016).

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

## 11. MANEJO CLÍNICO

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.



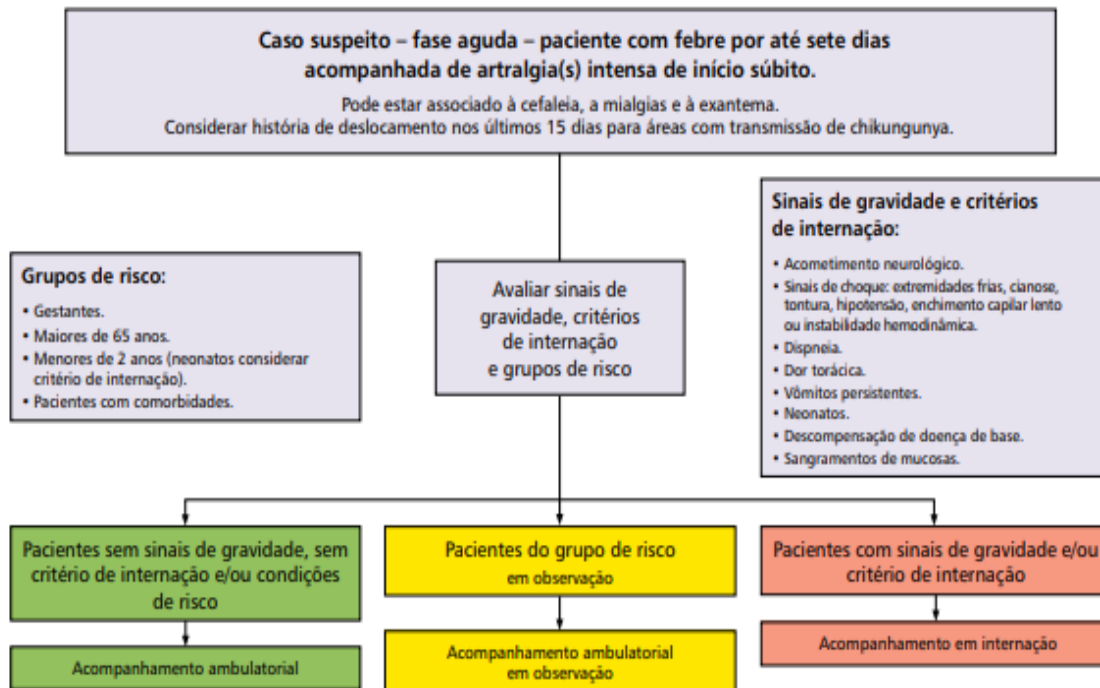
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 13/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

Diante de um caso suspeito, é importante utilizar a proposta de estadiamento clínico do fluxograma do paciente com suspeita de chikungunya, conforme Figura 4.

Figura 4: Classificação de risco do paciente com suspeita de chikungunya



Fonte: SVS/MS

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. Caso na fase aguda da doença não seja coletado sorologia, deve ser feito nessa ocasião.

Os pacientes que apresentam sinais de gravidade ou que apresentem critérios de internação (neonatos) devem ser acompanhados em unidades com leitos de internação. Em neonatos, as principais complicações da doença são: convulsões, encefalopatias, febre, trombocitopenia, linfopenia, síndromes hemorrágicas, aumento de transaminases ou alterações cardíacas.

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,



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 14/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

se necessário, iniciar, de imediato, a terapia de reposição de volume/aminas vasoativas e tratar as complicações conforme o quadro clínico.

A Figura 5 ilustra as principais recomendações na conduta dos pacientes com suspeita de chikungunya, conforme estadiamento clínico.

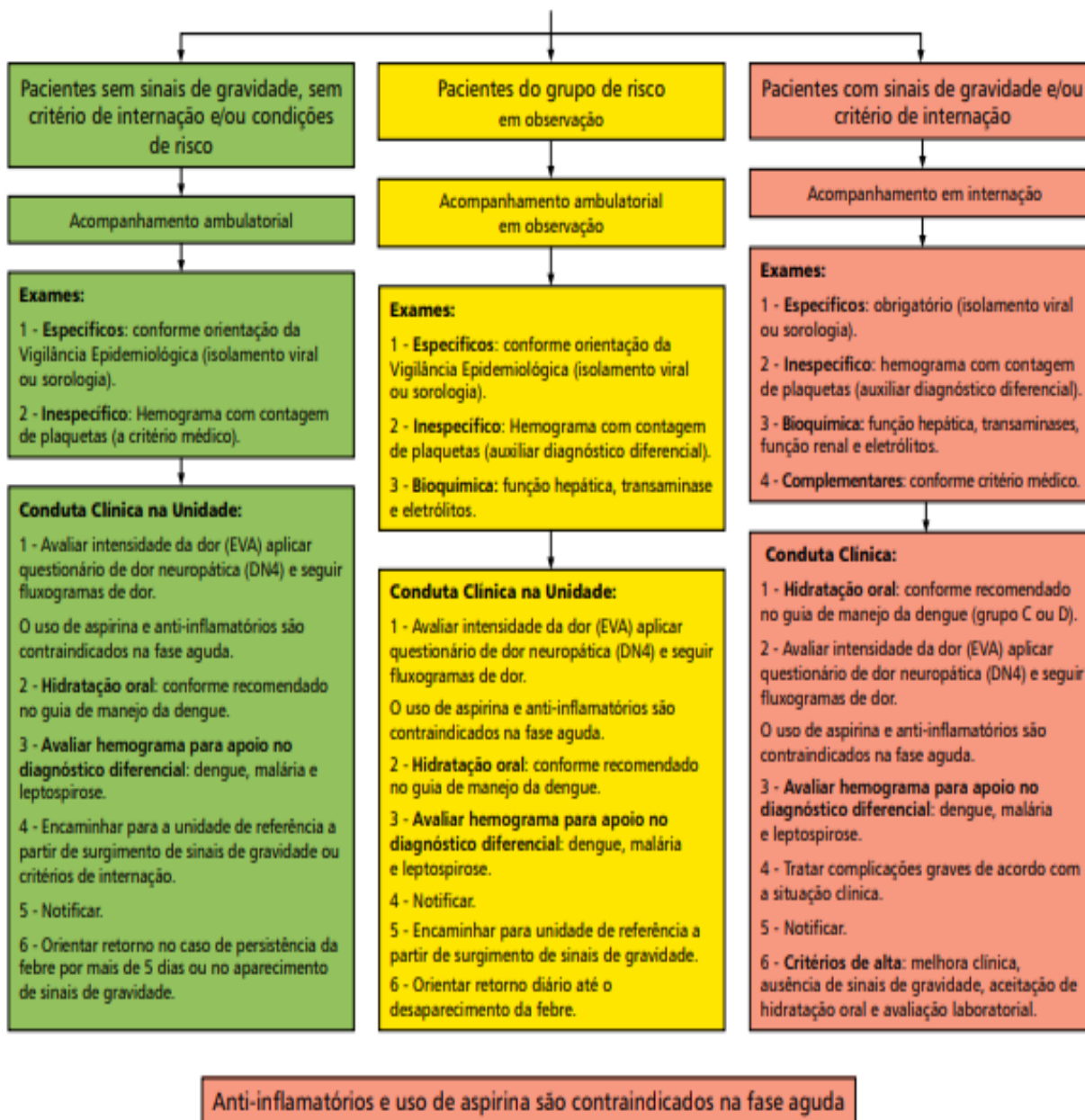


UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 15/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

Figura 5: Conduta clínica dos pacientes com suspeita de chikungunya



Fonte: SVS/MS.

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 1, Anexo A). Nas fases subaguda e crônica, seguir as orientações do Fluxograma 2, Anexo B.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 16/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

Atualmente, não é possível fazer uma recomendação para qualquer anticonvulsivo como um adjuvante no tratamento de dor neuropática em crianças. A triagem deve estar atenta para a identificação da presença dos sinais de gravidade, dos critérios de internação e dos grupos de risco.

A gabapentina é registrada para ser utilizada como um anticonvulsivante em crianças maiores de 3 anos, mas pode também ser utilizada na dor neuropática. 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, na disponibilidade e na 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.

Para alta desses pacientes, é necessário a melhora do estado geral, aceitação de hidratação oral, ausência de sinais de gravidade e melhora dos parâmetros laboratoriais.

A Figura 6 resume as principais recomendações aos pacientes em acompanhamento ambulatorial para continuidade do tratamento no domicílio.

Figura 6: 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.

Fonte: SVS/MS.

## 12. 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, de 17 de fevereiro de 2016, chikungunya é agravo de Notificação Compulsória, e os casos



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 17/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

suspeitos devem ser notificados e registrados no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (Sinan).

### CASOS SUSPEITOS

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.

### CASOS CONFIRMADOS

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.

## 13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O combate ao CHIKV é um importante desafio para a saúde pública, sobretudo no que se refere aos pacientes pediátricos, que normalmente compreendem grupos de riscos.

A 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 o monitoramento constante dos grupos de risco. 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.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 18/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

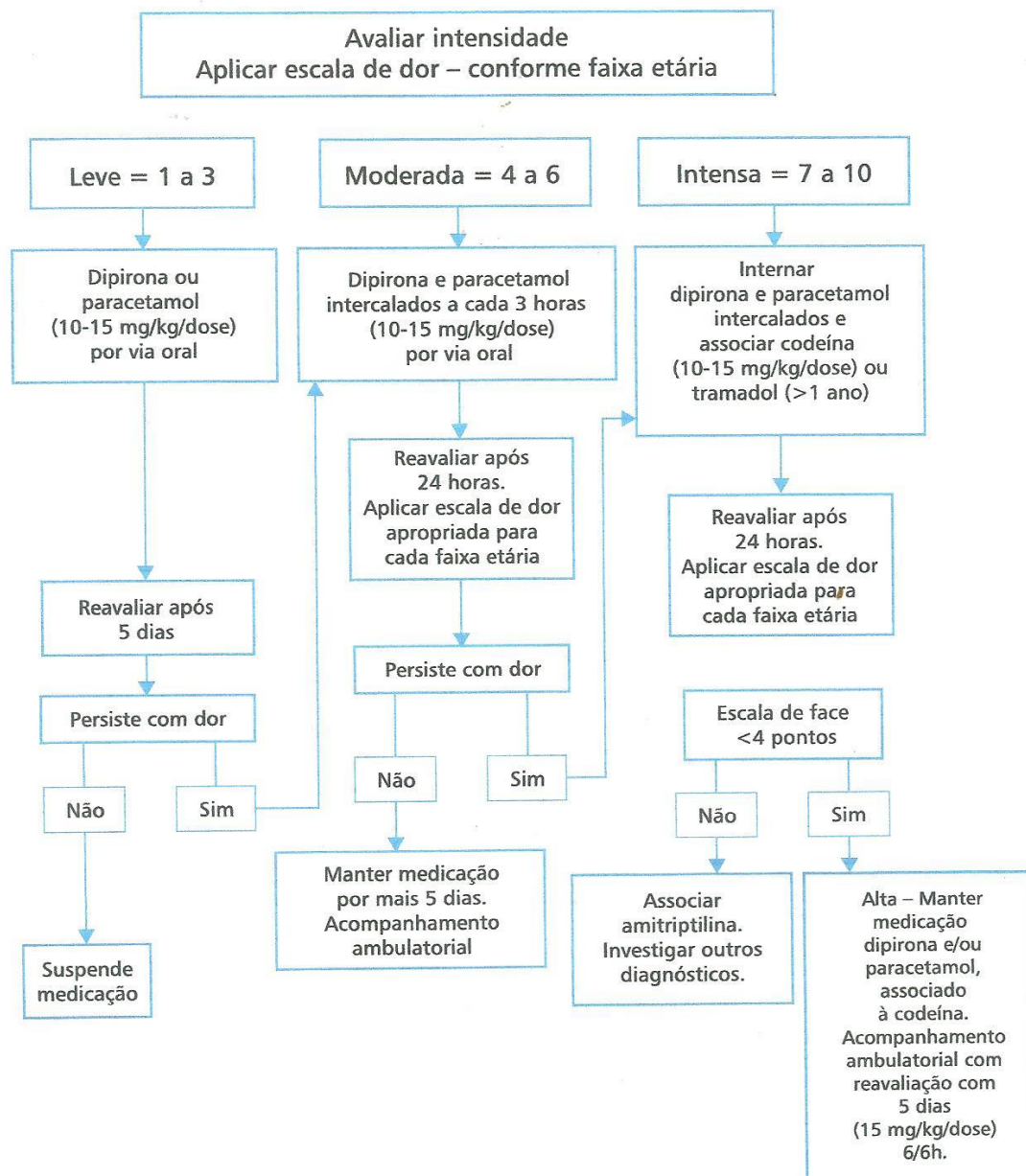
#### 14. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Chikungunya: manejo clínico. Brasília: MS; 2017 [acesso em junho 2019]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya\\_manejo\\_clinico.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf).
- CARVALHO, V.E.L; FARHAT, S.C.L. Arboviroses. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Simon Junior H, Pascolat G, organizadores. PROEMPED Programa de Atualização em Emergência Pediátrica: Ciclo2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 105-146. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2).



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 19/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

Anexo A – Fluxograma 1 – Dor na fase aguda (0-14 dias)

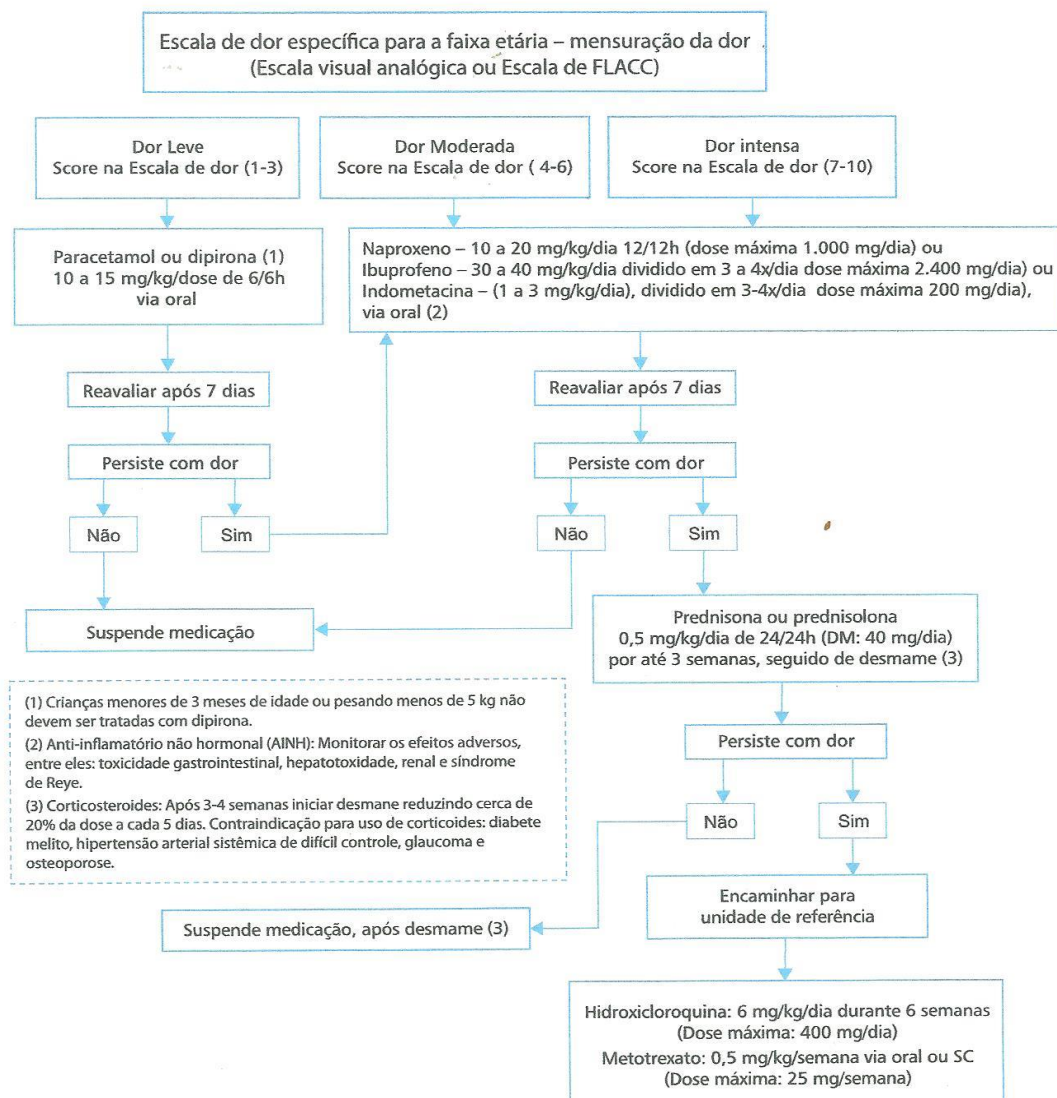




|                     |  |                                   |                                |
|---------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                                     | PRT.DM.027 - Página 20/21         |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA</b> | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

### Anexo B – Fluxograma 2 – Dor na fase subaguda e crônica

Atendimento em unidade referência com profissionais capacitados para atender pacientes com este perfil



Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona e anti-inflamatórios.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TOCANTINS  
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



|                     |   |                                   |                                |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>                              | PRT.DM.027 - Página 21/21         |                                |
| Título do Documento | PROTOCOLO DO MANEJO PEDIÁTRICO DA CHIKUNGUNYA | Emissão: 18/08/2022<br>Versão: 02 | Próxima revisão:<br>12/08/2024 |

| VERSÃO | DATA       | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO   |
|--------|------------|--------------------------|
| 1º     | 12/08/2019 | Elaboração do Protocolo. |
| 2º     | 12/08/2022 | Versão Revisada.         |

|   |                  |
|---|------------------|
| <b>Elaboração</b><br>Elaine Barros de Alencar Costa – Médica pediatra                     | Data: 12/08/2019 |
| <b>Revisão</b><br>Elaine Barros de Alencar Costa – Médica pediatra                        | Data: 24/04/2022 |
| <b>Validação</b><br>Setor de Gestão da Qualidade  | Data: 24/04/2022 |
| <b>Aprovação</b><br>Maurício Teixeira Martins da Costa Filho –<br>Chefe da Divisão Médica | Data: 24/04/2022 |

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte*