

# BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

• **Número 13 - JANEIRO, 2026**

Secretaria Municipal de Saúde de Toledo



## CHIKUNGUNYA

### Nesta Edição:

- Chikungunya CID-10: A92.0

### Elaborado por:

Thaís Schmidt Vitali Hermes

### Revisado por:

Joel Jose Palma Junior

Paula Franciele da Silva

Rosana dos Reis da Costa Cerbarro

### Disponível em:

<https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saud e/vigilancia-em-saude/dados-e-boletins>

### Contatos:

[vepidemiologica@toledo.pr.gov.br](mailto:vepidemiologica@toledo.pr.gov.br)

(45)3196-3087

Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A transmissão se dá pela picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo CHIKV. Via vertical pode ocorrer em caso de gestantes em fase de viremia e a via transfusional é rara.<sup>1</sup>

O período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, é em média de três a sete dias (podendo variar de um a 12 dias). O período de incubação extrínseco, que ocorre no vetor, dura em média dez dias. O período de viremia no ser humano pode perdurar por até dez dias, e geralmente se inicia dois dias antes do início dos sintomas, podendo perdurar por mais oito dias.<sup>1</sup>

No Brasil, a transmissão autóctone foi confirmada pela primeira vez no segundo semestre de 2014, inicialmente nos Estados do Amapá e da Bahia; atualmente todos os estados do país já registraram ocorrência de casos. Desde então, os maiores surtos ocorreram em estados da Região Nordeste, com elevadas taxas de incidência. No ano de 2023 observou-se uma expansão territorial do vírus para a Região Sudeste, com grandes surtos, como o ocorrido no Estado de Minas Gerais. Uma década após o início da circulação do vírus nas Américas, 3,7 milhões de casos de chikungunya foram reportados em cinquenta países e territórios na região, com o Brasil concentrando 45% desses casos.<sup>1</sup>

## ASPECTOS CLÍNICOS

Diferentemente do observado em relação à infecção por outros arbovírus, a maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, com alguns estudos mostrando que até **70% das infecções são sintomáticas**, levando a epidemias de grandes proporções e significativa sobrecarga sobre os serviços de saúde. Após o período de incubação, inicia-se a fase aguda ou febril, que dura até o 14º dia de sintomas. Alguns pacientes podem evoluir com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando-se o início da fase pós-aguda, que pode prolongar-se por até três meses. Os quadros com duração de mais de três meses são considerados crônicos.<sup>1</sup>

Os quadros de chikungunya com manifestações extra-articulares e potencialmente graves geralmente se desenvolvem durante as fases aguda e pós-aguda. Pacientes com formas graves normalmente necessitam de internação prolongada, e aproximadamente 50% dos óbitos associados às formas graves ocorrem na fase pós-aguda.<sup>1</sup>

A apresentação clínica clássica de chikungunya é caracterizada pelo comprometimento musculoesquelético, a manifestação clínica mais comum da doença, com um componente inflamatório predominantemente na fase aguda. As fases pós-aguda e crônica apresentam diferentes padrões de manifestação que podem envolver: (a) dor musculoesquelética não inflamatória localizada ou difusa; (b) artrite/tenossinovite (doença articular ou periarticular associada a edema); (c) dor neuropática.<sup>1</sup>

### FASE AGUDA

A fase aguda da doença, na sua apresentação clássica, é caracterizada principalmente por febre de início súbito, surgimento de intensa poliartralgia de grandes e pequenas articulações, geralmente acompanhada de dores nas costas, exantema com diferentes padrões, cefaleia e fadiga, com duração de até 14 dias. A febre pode ser contínua, intermitente ou bifásica, e frequentemente possui curta duração; porém, a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas, como observado na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa. Há uma elevada frequência de casos afebris com artralgia intensa, sobretudo em pacientes idosos.<sup>1</sup>

O aparecimento de exantema geralmente tem início a partir do terceiro ou quarto dia, normalmente é macular ou maculopapular, podendo atingir a face, mas principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas e plantas), e acomete de 30% a 50% dos doentes.<sup>1</sup>

A artralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes na fase aguda, com padrão poliarticular, simétrico, acometendo principalmente as articulações de mãos, punhos, ombros, joelhos, tornozelos e pés. A artralgia é comumente incapacitante e limita a execução de atividades cotidianas como: andar, pentear os cabelos, pegar objetos. O edema (periarticular e/ou articular) é frequentemente presente nesta fase, bem como tenossinovites e rigidez articular. A mialgia generalizada, quando presente, é, em geral, de leve a moderada intensidade.<sup>1</sup>

### FASE PÓS-AGUDA

Após a fase aguda, que pode durar em média 14 dias, 45% a 75% dos pacientes persistem com sintomas, continuando com as manifestações clínicas por até três meses. Nesta fase a febre normalmente desaparece, persistindo as queixas musculoesqueléticas, com

poliartralgia e/ou poliartrite de forte intensidade. A exacerbação da dor pode atingir articulações previamente acometidas, podendo ser acompanhada de tenossinovite subaguda, com acometimento predominante em punhos e tornozelos, associada à rigidez matinal. Dor neuropática e síndrome do túnel do carpo são frequentemente relatadas.<sup>1</sup>

## **FASE CRÔNICA**

A fase crônica caracteriza-se pela persistência das queixas musculoesqueléticas por períodos superiores a três meses. Nesta fase as queixas são caracterizadas por dor intensa e incapacitante, que pode ser persistente ou recidivante, semelhante às descritas nas fases anteriores.<sup>1</sup>

As articulações mais frequentemente acometidas são: mãos, punhos, joelhos e tornozelos, com associação à rigidez matinal e edema. Acometimento da região cervical e dos ombros são também referidos pelos pacientes que descrevem dor e limitação de movimentos. A dor neuropática acomete cerca de 20% dos pacientes e frequentemente é negligenciada. Isso justifica, em muitos casos, a falha terapêutica, uma vez que não são responsivas aos protocolos convencionais de analgesia, requerendo terapia específica. Alguns pacientes podem evoluir para artrite erosiva progressiva, com um padrão clínico e evolutivo semelhante às artrites reumatoide ou psoriática. Apenas uma pequena porcentagem dos pacientes desenvolve o padrão inflamatório da doença crônica.<sup>1</sup>

## **CHIKUNGUNYA COM MANIFESTAÇÕES EXTRA-ARTICULARES**

Caracterizada por manifestações sistêmicas resultantes do comprometimento de órgãos e sistemas que podem ou não se apresentar simultaneamente às manifestações musculoesqueléticas.<sup>2</sup>

## **CHIKUNGUNYA GRAVE**

Agravamento do quadro, apresentando sinais clínicos e/ou alterações laboratoriais de insuficiência de, no mínimo, um órgão ou sistema, associado a risco de morte ou exigindo internação hospitalar.<sup>2</sup>

## **DEFINIÇÃO DE CASO**

### **CASO SUSPEITO**

Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicada por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas nos últimos 15 dias, antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado, ou conduzido clinicamente como dengue e que mantenha sintomatologia por mais de 14 dias do início dos sintomas.

Atenção: alguns casos podem não apresentar febre, principalmente em idosos; alguns casos podem apresentar manifestações extra-articulares, não atendendo à definição de casos de chikungunya, manifestando, inclusive, formas graves.

## CASO CONFIRMADO

**Laboratorial:** Caso suspeito com positividade para qualquer um dos seguintes exames laboratoriais:<sup>2</sup>

- RT-qPCR (até o 5º dia do início dos sintomas);
- Sorologia IgM (a partir do 6º dia do início dos sintomas) nas localidades com transmissão sustentada e Sorologia IgG para os primeiros casos na localidade;
- IgG na fase pós-aguda e/ou crônica;
- Demonstração de soroconversão entre as amostras na fase aguda (primeira amostra) e convalescente (segunda amostra).

Atenção: se os sintomas persistirem por mais de 60 dias, uma nova amostra para sorologia IgG pode ser requisitada a critério médico.

**Clínico epidemiológico:** Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou em casos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente após avaliação da distribuição espacial e espaço-temporal dos casos confirmados.<sup>2</sup>

## CASO DESCARTADO

Todo caso suspeito de chikungunya que possua um ou mais dos seguintes critérios:

- Diagnóstico laboratorial não reagente/negativo para chikungunya e positivo para outra doença, preferencialmente realizado por métodos diretos;
- Caso suspeito sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica sejam compatíveis com outras doenças confirmadas laboratorialmente;
- Todo caso suspeito – principalmente gestantes, crianças (primeira infância), idosos, casos graves, pacientes com comorbidades descompensadas, imunossuprimidos e óbitos – deve ser descartado com base no resultado de duas sorologias não reagentes ou exame por PRNT.<sup>1</sup>

## NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

Dengue, chikungunya e zika são doenças de notificação compulsória, as quais os profissionais de saúde e estabelecimentos de saúde são OBRIGADOS a notificar os casos suspeitos ou confirmados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).<sup>3</sup>

A periodicidade padrão de notificação para todos os casos é semanal. Exceção - Notificação Imediata - Prazo de 24 horas: ocorre em situações de maior urgência epidemiológica, sendo obrigatória em até 24 horas para:<sup>3</sup>

1. Óbitos (suspeitos ou confirmados) por qualquer uma das três arboviroses;
2. Doença Aguda por Zika em Gestantes;
3. Casos de chikungunya em áreas que não possuem transmissão estabelecida.

A Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017, em seu Anexo 1 do Anexo V (e suas atualizações) é a base legal que estabelece e mantém estas regras e prazos atualizados.

## INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

Os resultados dos exames realizados pelo Lacen/PR e sua rede descentralizada deverão ser utilizados pela equipe de vigilância epidemiológica como critério para o encerramento dos casos:

- Até o 5º dia do início dos sintomas: Enviar amostras de plasma colhido em EDTA para realização de teste RT-qPCR;<sup>2,4</sup>
- A partir do 6º dia do início dos sintomas: Enviar amostra de soro para pesquisa de Chikungunya IgM e IgG.<sup>2,4</sup>

Nos casos com evolução para formas graves de arboviroses, com prognóstico reservado, as amostras biológicas devem ser coletadas independente da fase da doença (virêmica ou sorológica), garantindo o diagnóstico prioritariamente por métodos específicos. Esta orientação deve ser compartilhada para toda rede de assistência pública e privada.<sup>2</sup>

## MANEJO CLÍNICO

O manejo do paciente com suspeita de chikungunya deve envolver os diferentes espectros clínicos da doença, com abordagem da doença febril aguda, suas manifestações extra-articulares, eventuais complicações e o manejo das manifestações musculoesqueléticas nas diferentes fases da doença.<sup>1</sup>

Na fase aguda o objetivo é o alívio da dor, com a utilização de analgésicos. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) não são recomendados em razão do risco de sangramento aumentado nesses pacientes ou de lesão renal. Além disso, a dengue pode ter quadro semelhante ao da chikungunya na fase inicial, e os AINEs também são contraindicados. Na avaliação inicial dos quadros dolorosos é necessário aplicar a escala visual analógica (EVA) de dor, transformando um dado subjetivo em um dado objetivo que permita avaliar a resposta terapêutica e a condução adequada do caso. A dor na fase aguda deve ser tratada de forma efetiva, devendo as drogas desta fase serem prescritas em doses fixas e nunca “se necessário”. Recomenda-se repouso para alívio das dores e melhor recuperação. Os opioides prescritos na dor intensa são potentes analgésicos e seguros, desde que sejam monitorados e os pacientes alertados dos eventuais eventos adversos. Os principais efeitos colaterais dos opioides são sonolência no idoso, náuseas e constipação intestinal.<sup>1</sup>

Na fase pós-aguda uma avaliação clínica e, eventualmente, com métodos de imagem, se faz necessária para definir o padrão clínico predominante:

- Na dor musculoesquelética localizada ou difusa não inflamatória, os pacientes necessitam ser medicados com AINEs, devendo o quadro ser reavaliado após 10 dias. Se o paciente apresentar boa resposta, o tratamento pode ser mantido por até quatro semanas, com posterior redução gradual até a retirada. Analgésicos isolados ou associados a opioides por quatro semanas devem ser prescritos para pacientes com contraindicação ou risco para uso de AINEs;
- Na doença com componente inflamatório (artrite/tenossinovite), o corticoide após o período de 14 dias é indicado. A prednisona deve ser prescrita 0,5 mg/kg/dia (dose máxima 40 mg), isolado ou associado a analgésico comum ou opioide fraco. Após quatro

semanas, caso o paciente apresente uma boa resposta, a dose deve ser retirada lentamente (desmame), reduzindo um quarto da dose a cada sete dias (tempo total de uso – oito semanas). A suspensão abrupta ou a retirada rápida podem levar a efeito rebote, com recidiva das manifestações. As contraindicações ao uso do corticoide devem ser respeitadas;

Na fase crônica o uso de analgésicos, opioides, AINEs e corticoides pode ser instituído nos casos refratários ou recidivantes, ou ainda como ponte enquanto se aguarda o início da ação das drogas de fase crônica. A droga de escolha nesta fase é preferencialmente a hidroxicloroquina (HCQ). Os pacientes devem ser avaliados após oito semanas, e em caso de resposta clínica favorável deve-se manter a droga por mais três meses. Na falha do HCQ, deve ser prescrito o Metrotexato (MTX). Para os casos de falha do MTX, o médico deve encaminhar o caso para o reumatologista.<sup>1</sup>

O tratamento fisioterápico é recomendado em todas as fases da doença, bem como outras práticas integrativas complementares (acupuntura, atividade física e educação domiciliar do paciente).<sup>1</sup>

### CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA CHIKUNGUNYA EM TOLEDO

De 2021 a 2025, foram notificados 76 casos suspeitos de Chikungunya, sendo confirmados 24 casos, 6 no ano de 2023 e 18 no ano de 2025, como pode ser observado no Gráfico 01.

**Gráfico 01.** Casos notificados e confirmados em residentes de 2021 a 2025, Toledo/ PR.

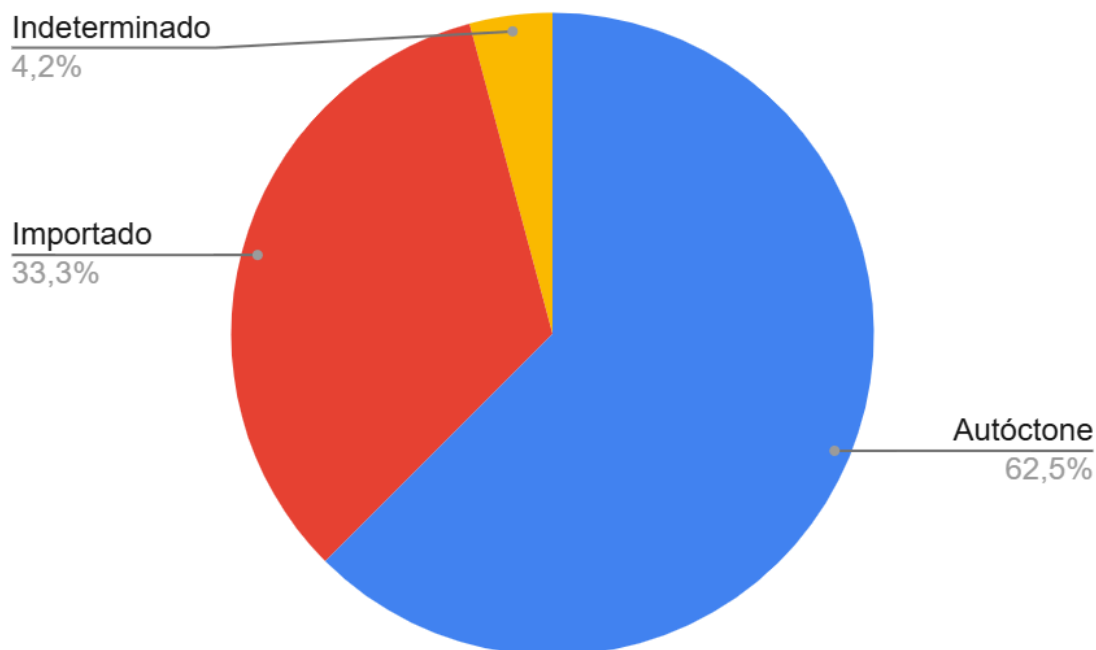


**Fonte:** Sinan Net.

\*Dados preliminares.

Dos 24 casos confirmados ao longo dos últimos 5 anos, 15 foram considerados autóctones, 8 importados e 1 não foi possível identificar o local provável de fonte de infecção, conforme ilustrado no Gráfico 2 abaixo.

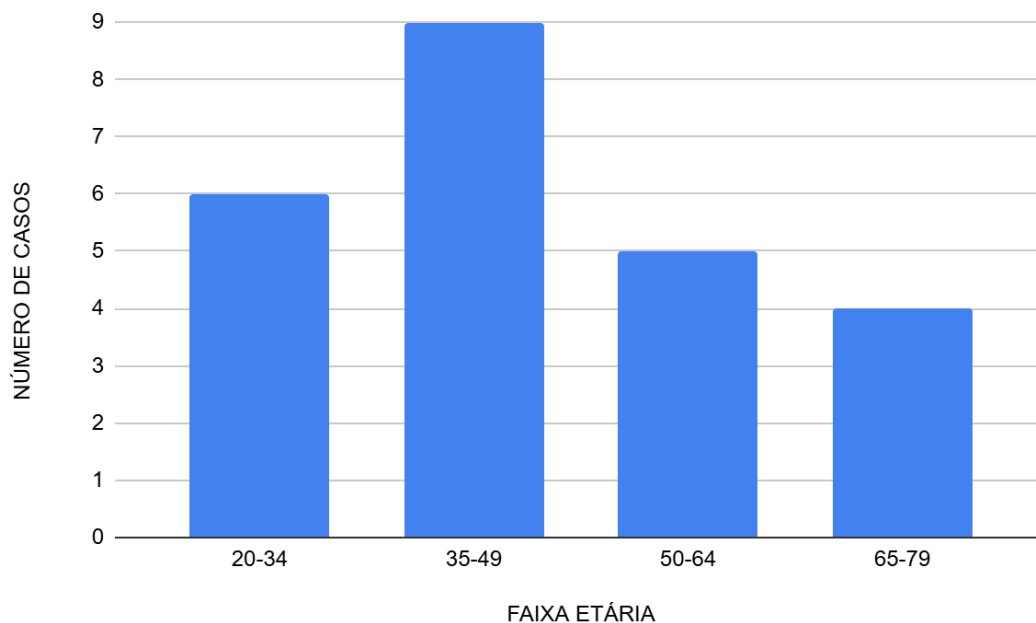
**Gráfico 02.** Casos confirmados autóctones do município de residência, Toledo/PR.\*



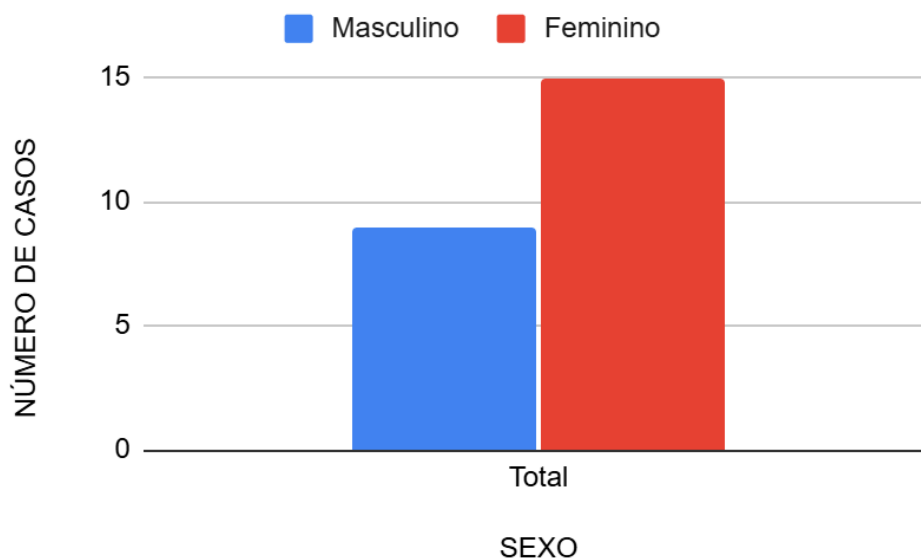
**Fonte:** Sinan Net.

\*Dados preliminares.

A faixa etária e sexo dos 24 casos confirmados estão detalhados nos Gráficos 03 e 04. Foram 15 casos confirmados em pacientes do sexo feminino e 09 do sexo masculino, sendo 06 casos na faixa etária dos 20 aos 34 anos, 09 dos 35 aos 49 anos, 05 casos dos 50 aos 64 anos e dos 65 aos 79 anos foram 04 casos.

**Gráfico 03.** Número de casos confirmados por faixa etária, de 2021 a 2025, Toledo/ PR.\*

**Fonte:** Sinan Net.  
\*Dados preliminares.

**Gráfico 04.** Número de casos confirmados por sexo, de 2021 a 2025, Toledo/ PR.\*

**Fonte:** Sina Net.  
\*Dados preliminares.

Não houve óbitos por Chikungunya no município, no período analisado.



## MONITORAMENTO E CONTROLE DO *Aedes aegypti* POR MEIO DE OVITRAMPAS

O controle vetorial do *Aedes aegypti*, principal transmissor da chikungunya, dengue e Zika, constitui uma das estratégias centrais para a prevenção e redução da transmissão dessas arboviroses. Nesse contexto, o uso de ovitrampas configura-se como uma importante ferramenta de monitoramento entomológico, permitindo a avaliação indireta da densidade populacional do vetor e da sua dinâmica espacial e temporal.

As ovitrampas são armadilhas simples, compostas por recipientes escuros contendo água e uma palheta de eucatex, destinado à oviposição das fêmeas do mosquito. A atratividade da armadilha baseia-se no comportamento natural do *Aedes aegypti*, que prefere realizar a postura de ovos em recipientes artificiais, com água parada e protegidos da luz direta.

Em Toledo, o uso desta metodologia iniciou-se em Agosto de 2025 e a metodologia consiste na instalação e monitoramento sistemático das ovitrampas em pontos estratégicos do território. Por meio deste método, é possível identificar as áreas com maior probabilidade de transmissão de doenças e direcionar as ações de combate. Após a coleta, as palhetas são examinadas para contagem dos ovos, permitindo o cálculo de indicadores entomológicos. A partir da análise das palhetas coletadas nas ovitrampas e da contagem dos ovos, são calculados indicadores entomológicos que permitem classificar as áreas conforme o risco de transmissão de arboviroses. Com base nesses resultados, o território é estratificado nas seguintes categorias de risco:

**Alto Risco**, apresentam mais de 100 ovos por armadilha. Nesses locais, a mobilização da comunidade é urgente, pois a remoção mecânica de pratinhos de plantas, pneus e qualquer recipiente que acumule água é a única forma de interromper o ciclo de vida do mosquito e evitar surtos graves.

Como resposta imediata a esse cenário de alto risco, o setor de combate às endemias intensificará as ações de controle nessas localidades, realizando bloqueios que unem a eliminação física de criadouros à aplicação estratégica de inseticidas. Essas intervenções visam reduzir drasticamente a população de mosquitos adultos e larvas, mas dependem diretamente do apoio dos moradores para garantir o acesso às propriedades e a manutenção da limpeza.

**Médio Risco**, onde foram contabilizados entre 51 e 100 ovos. Nessas regiões, o mosquito já possui uma presença significativa, e o morador deve agir de forma preventiva para que esses bairros não avancem para o nível crítico; um simples check-up semanal no quintal pode eliminar os criadouros antes que os mosquitos atinjam a fase adulta.

**Baixo Risco**, com 21 a 50 ovos. Embora o número seja menor, o risco ainda existe, e a vigilância não pode diminuir. Manter calhas limpas e caixas d'água vedadas é essencial para garantir que a infestação continue sob controle, protegendo a saúde de toda a família e da vizinhança.

Ressalta-se que as ovitrampas não substituem as ações de controle mecânico, químico e educativo, mas atuam de forma complementar, qualificando o planejamento das intervenções, direcionando as ações de campo e otimizando o uso dos recursos disponíveis. A análise contínua dos dados obtidos contribui para a tomada de decisão oportuna e para o fortalecimento da vigilância entomológica integrada.

Dessa forma, o uso de ovitrampas representa uma estratégia fundamental dentro das ações de vigilância e controle do *Aedes aegypti*, auxiliando na prevenção da Chikungunya e no aprimoramento das políticas públicas de enfrentamento às arboviroses.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Transmissíveis. Chikungunya : manejo clínico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
2. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 04/2021 - DAV/SESA -PR (Atualizada em 27 de outubro de 2025)**. Orientações para vigilância epidemiológica e manejo clínico de Chikungunya. Curitiba: SESA; 2025.
3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 15/2025 – DAV/SESA – PR**. Orientações para a vigilância epidemiológica: Dengue, Chikungunya e Zika. Curitiba: SESA; 2025.
4. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. **NOTA TÉCNICA – NT 06/2019/CVIA/LACEN/DAV VIGILÂNCIA LABORATORIAL: DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA** Atualizada em 30 de outubro/2025. Curitiba: SESA; 2025.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Nota Técnica nº 3/2025-CGAR/DEDT/SVSA/MS**: implementação da vigilância entomológica de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* por meio de ovitrampas. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-3-2025-cgarb-dedt-svsa-ms.pdf>