



NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 02/2024 SESA/SSVS/GEVS/NEVA/NEVE/SSAS/GEPORAS/NEAPRI/NEAE VIGILÂNCIA E MANEJO CLÍNICO DA DOR NAS INFECÇÕES PELO VÍRUS DA CHIKUNGUNYA

1. Apresentação geral

A febre da chikungunya é uma arbovirose transmitida pelo mosquito do gênero *Aedes*, especialmente, a espécie *Ae.aegypti*. O vírus das chikungunya (CHIKV) pertence ao gênero *Alphavirus* e à família *Togaviridae*. Possui quatro genótipos: Oeste Africano, Leste-Centro-Sul Africano (ECSA), Asiático e Oceano Índico (IOI). No Brasil, até o momento, foram detectados os genótipos: Asiático e ECSA.

Dengue, chikungunya e Zika podem ser transmitidos aos humanos por via vetorial, vertical e transfusional. A principal forma é a vetorial que ocorre pela picada de fêmeas de *A. aegypti* infectadas, no ciclo humano-vetor-humano. Na natureza, esses vírus são mantidos entre mosquitos, principalmente, por intermédio da transmissão transovariana. Se tratando de chikungunya, a transmissão perinatal pode ocorrer em caso de gestantes em viremia vigente, muitas vezes provocando infecção neonatal grave.

A doença possui 3 fases, sendo a aguda, subaguda e crônica. Na fase crônica da doença, os pacientes possuem persistência de sintomas por mais de três meses e possui principalmente dor articular, musculoesquelética e neuropática, o que reforça a necessidade de implantação e de organização dos serviços de saúde para o monitoramento desses pacientes e a liberação de medicamentos pelo Estado.

2. Manifestações clínicas

A doença no paciente pode evoluir em três fases: febril ou aguda, pós-aguda e crônica. A fase aguda tem duração de 5 a 14 dias. A fase pós-aguda tem um curso de até três meses. Caso os sintomas persistam por mais de três meses após o início da doença, considera-se instalada a fase crônica. Em torno de 70% dos casos, a artralgia torna-se crônica, podendo persistir por anos.



- **Fase aguda**

Também conhecida como fase febril, é caracterizada principalmente por febre alta de início súbito ($>38,5^{\circ}\text{C}$) e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente, acompanhada de dorsalgia, exantema, cefaleia, mialgia e fadiga, com duração variável. Afeta todos os grupos etários e ambos os sexos. Essa fase pode durar de dias a algumas semanas. A febre pode ser contínua, intermitente ou bifásica e possui curta duração. No entanto, a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas, como na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa (BRASIL, 2023).

A poliartralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes com chikungunya na fase aguda, podendo estar acompanhada de edema do membro afetado. Normalmente, a dor é poliarticular, bilateral e simétrica, embora possa haver assimetria, principalmente, em relação à sua intensidade. Acomete grandes e pequenas articulações e abrange, com maior frequência, as regiões mais distantes. Pode haver edema periarticular, e este, quando presente, normalmente está associado à tenossinovite. Na fase aguda da poliartralgia, tem se observado dor ligamentar. A mialgia, quando presente, geralmente é de intensidade leve a moderada. A rigidez articular matinal é uma queixa frequente, assim como limitação para realizar atividades cotidianas, tais como higiene pessoal e tarefas domésticas (BRASIL, 2024).

Em geral, o exantema é macular ou maculopapular, acomete cerca de metade dos doentes e surge do segundo ao quinto dia, após o início da febre. Afeta principalmente o tronco e as extremidades, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, podendo atingir a face. O prurido pode estar presente e ser generalizado ou apenas localizado na região palmoplantar. Outras manifestações cutâneas também têm sido relatadas nessa fase: dermatite esfoliativa, lesões vesiculobolhosas (principalmente nas crianças), hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso e úlceras orais (BRASIL, 2024).



Outros sinais e sintomas descritos na fase aguda de chikungunya são dor retro-ocular, calafrios, conjuntivite não purulenta, faringite, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal e neurite. As manifestações do trato gastrointestinal são mais presentes nas crianças. Pode haver linfadenomegalias associadas (BRASIL,2024). Cabe ressaltar que na fase aguda é observada a descompensação de comorbidades. Além disso, estudos realizados durante a epidemia no Caribe demonstraram que 37% dos idosos podem não apresentar febre. Essa informação pode ser importante, particularmente nesse grupo, que tem um risco maior de evoluir com gravidade.

- **Fase pós-aguda**

Na fase pós-aguda, normalmente, a febre geralmente desaparece (no entanto, existem relatos na literatura e recorrência da febre). Pode haver melhora da artralgia (com ou sem recorrências) persistência ou agravamento desta, incluindo poliartrite distal, e tenossinovite hipertrófica pós-aguda nas mãos (mais frequentemente nas falanges e nos punhos) e nos tornozelos. A síndrome do túnel do carpo pode ocorrer como consequência da tenossinovite hipertrófica, sendo muito frequente nas fases pós-aguda e crônica.

O comprometimento articular costuma ser acompanhado por edema de intensidade variável. Pode-se ainda encontrar astenia, recorrência do prurido generalizado e exantema maculopapular, além do surgimento de lesões púrpuras. Alguns pacientes podem desenvolver doença vascular periférica, fadiga, alopecia e sintomas depressivos. Caso os sintomas persistam por mais de três meses, após o início da doença, estará instalada a fase crônica.

- **Fase crônica**

Caracterizada pela persistência ou recorrência dos sinais e dos sintomas, principalmente dor articular, musculoesquelética e neuropática, sendo esta última muito frequente nessa fase. A prevalência da fase crônica é bastante variável, podendo atingir mais de 50% dos pacientes. Os principais fatores de risco para a



cronificação descritos até esse momento são: idade acima de 45 anos, artropatia preexistente e maior intensidade do quadro na fase aguda.

O acometimento articular ocorre, frequentemente, nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizando-se por dor com ou sem edema, limitação de movimento e rigidez articular matinal, podendo levar à deformidade ao longo dos anos. O acometimento é poliarticular e simétrico, embora possa ser assimétrico e monoarticular.

Também há relatos de dores nas regiões sacroilíaca, lombo-sacra e cervical. Ocasionalmente, articulações incomuns, como temporomandibulares e esternoclaviculares, são afetadas. Com frequência razoável, são observadas manifestações decorrentes da síndrome do túnel do carpo, tais como dormência e formigamento das áreas inervadas pelo nervo mediano, além de fascite plantar. Alguns pacientes poderão evoluir com artropatia destrutiva, semelhante à artrite psoriática ou reumatoide.

Outras manifestações descritas são: fadiga, cefaleia, prurido, alopecia, exantema, bursite, tenossinovite, disestesias, parestesias, fenômeno de Raynaud (vasoconstrição de vasos sanguíneos, principalmente os periféricos, que resulta na redução do fluxo sanguíneo e cianose da pele, após exposição ao frio, ou situação de estresse extremo), alterações cerebelares, distúrbios do sono, alterações da memória, déficit de atenção, alterações do humor, turvação visual e depressão. A fase crônica pode ter tempo de duração superior a quatro anos.

Definição de fases:

Fase aguda e febril: caracterizada, principalmente, por febre de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dor nas costas, rash cutâneo, cefaleia e fadiga, com duração média de 7 dias.

Fase subaguda: Dura até 3 meses após o fim da fase aguda. Normalmente a febre desaparece, podendo haver persistência ou agravamento da artralgia, incluindo poliartrite distal, exacerbação da dor articular nas regiões previamente



acometidas na primeira fase. O comprometimento articular costuma ser acompanhado por edema de intensidade variável, há relatos de recorrência de febre.

Fase Crônica: Após a subaguda, alguns pacientes poderão ter persistência dos sintomas, principalmente dor articular, musculoesquelética e neuropática. A prevalência da fase crônica é muito variável entre os estudos, podendo atingir mais da metade dos pacientes. Nessa fase a persistência dos sintomas ocorre por mais de 03 meses, podendo se estender até seis anos de duração.

3. Notificação

A doença pelo CHIKV é de notificação compulsória, conforme definido na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, publicada na Portaria GM/MS n.º 420, de 2 de março de 2022. Portanto, todo caso suspeito deve ser notificado por meio do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação da chikungunya no eSUS-VS.

4. Diagnóstico laboratorial

O Laboratório de Saúde Pública do Espírito Santo disponibiliza os ensaios para o diagnóstico laboratorial para chikungunya sendo eles: biologia molecular (RT-qPCR), pesquisa de IgM e IgG (imunoensaio) e imunohistoquímica (nos casos de óbito).

Diante da avaliação clínica inicial para estabelecimento das medidas primárias, é possível avaliar e classificar a suspeita para o paciente, de forma a se realizar a coleta de material biológico adequado ao quadro do paciente, uma vez que cada metodologia é aplicável a uma fase diferente da doença, de acordo com o quadro apresentado abaixo (Quadro 1).

As orientações sobre coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas para o diagnóstico laboratorial estão disponíveis no quadro acima e no MAN.NB01.001 - Manual de Procedimentos Técnicos para Análises Laboratoriais



Biológicas (disponível em: <https://saude.es.gov.br/manuais-lacen>).

Para as testagens realizadas por meio de ensaios moleculares (RT-qPCR) a pesquisa é expandida, buscando o rastreamento e circulação de outros arbovírus, em tempo oportuno, como apresentado no fluxo simplificado abaixo (Quadro 2).

		Dias corridos a partir do início dos sintomas														
Metodologia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Biologia Molecular (RT-qPCR)	Soro	[Shaded]														
	LCR	[Shaded]														
	Urina	[Shaded]														
Imunoensaio (IgM/IgG)	Soro															
		Óbitos - Horas post mortem														
		8	16	24												
Biologia Molecular (RT-qPCR)	Biópsia¹															
Imuno-histoquímica*	Biópsia²															

Os tecidos indicados para biópsia podem variar de acordo com a metodologia:

¹ Fragmentos de no mínimo 1 cm³ em tubo hermeticamente fechado **sem formol ou solução fixadora**;

² Fragmentos de, no mínimo 1 cm³ fixados em formalina tamponada ou bloco de parafina.

*Ensaio realizado pelo Lab. Ref. Nacional - FIOCRUZ/RJ

Para mais informações, acesse:

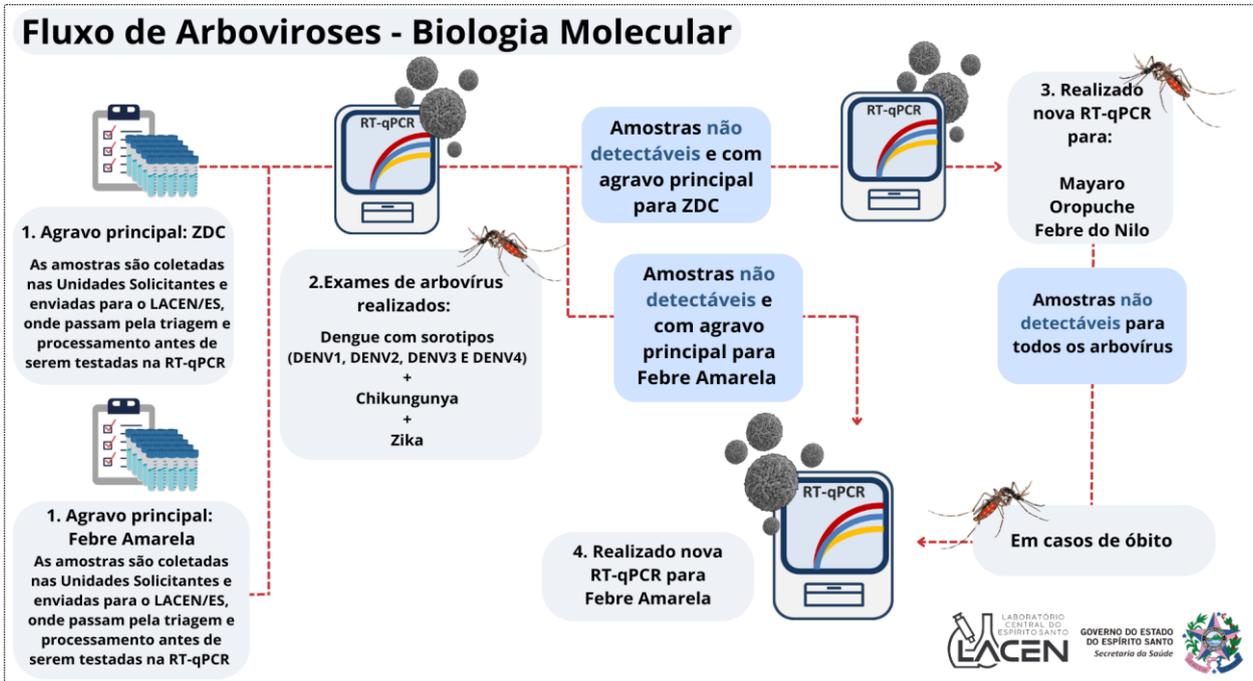


MAN.NB01.001 - Manual de Procedimentos Técnicos para Análises Laboratoriais Biológicas




Quadro 1: Protocolo resumido para coleta de amostras biológicas para o diagnóstico de Chikungunya. **Fonte:** elaboração própria - Lacen/ES.

Para a análise laboratorial é necessário cadastrar a amostra no sistema de Gestão Ambiente Laboratorial (GAL), de acordo com a pesquisa adequada a cada caso clínico, a saber: Dengue, Zika e Chikungunya - Fase Aguda (em amostras de soro com até 8 dias de sintomas ou urina para casos de até 15 dias de sintomas), Líquor - Neuroinvasivas (casos de comprometimento neurológico com até 15 dias de sintomas), Chikungunya - Sorologia (para amostras de soro após 6 dias de sintomas), Arboviroses - Fragmentos de Tecidos - Natimorto, Óbito e Aborto e/ou Histopatológico (para os casos de óbitos suspeitos e óbitos fetais) (Quadro 3).



Quadro 2: Fluxo de trabalho resumido para análises moleculares para o diagnóstico de Arboviroses. **Fonte:** elaboração própria - Lacen/ES.

Solicitação no GAL - Chikungunya



1. No sistema GAL os campos a seguir da **requisição** devem receber atenção especial, pois irão contribuir com o andamento do fluxo de análise.

Dados da solicitação

Data da solicitação: Finalidade: Descrição:

Descrição de Finalidade e Agravo/Doença: selecionar Chikungunya.
Data de 1º sintoma: data de início dos sintomas febris e surgimento das erupções cutâneas. Preenchimento obrigatório e coerente com dados do ESUS-VS.

Informações Clínicas

Dados clínicos gerais

Agravo/Doença: Data 1ºs sintomas:

Idade gestacional: Motivo:

Caso:

Suspeito Comunicante Acompanhamento Controle Óbito Caso Grave Surto Diagnóstico AZ

2. Para fins de priorização de atendimento, informar em detalhe do caso, a classificação se é caso suspeito, óbito, ou caso grave.

3. Selecionar adequadamente os materiais biológicos encaminhados. Informar localização somente para fragmento de articulação. Selecionar tipo de material clínico conforme amostra: IN ou BP ou FT Informar hora da coleta para amostras de biologia molecular

U - óbito, 1-1ª amostra, 2- 2ª amostra - conceito epidemiológico

Amostras

Nova amostra: Localização: Amostras:

Data da Coleta: Hora da Coleta: Medicamento: Qual medicamento utilizado?:

Data de Início:

Após o preenchimento dos dados clicar em + Incluir

4. Selecionar a **pesquisa de acordo com a amostra e o tempo decorrido entre coleta e o início dos sintomas**. As pesquisas irão contemplar os ensaios realizados para cada tipo de amostra, estando inclusos os exames diferenciais para arboviroses.

- 4.1 **Líquor até 15º dia início dos sintomas - RT PCR em tempo Real**
Pesquisa: Líquor - Neuroinvasivas

Nova amostra: Localização: Amostras:

08/10/2024 10:00 Medicamento: Qual medicamento utilizado?:

Data de Início:

Nova pesquisa:

Exame: Metodologia: Amostra: Status:

Líquor - Neuroinvasivas: Líquor - 1ª amostra - IN - Amostra "in natura"



Solicitação no GAL - Chikungunya



4.2 Soro até 8º dia do início dos sintomas - RT-PCR em tempo real Pesquisa: Chikungunya, Dengue e Zika - Fase Aguda

Amostras

Nova amostra: Soro Localização: 1 IN - Amostra "in natura"

Data de Início: 08/10/2024 08:00 Medicamento: Medicamento Qual medicamento utilizado?

Material	Amostra	Material Clínico	Data de Coleta	Hora da Coleta
Soro	1ª amostra	Amostra "in natura"	08/10/2024	08:00

Nova pesquisa: Chikungunya, Dengue e Zika Soro 1ª amostra - IN - Amostra "in natura"

Exame	Metodologia	Amostra	Status
Chikungunya, Dengue e Zika - Fase Aguda: Soro - 1ª amostra - IN - Amostra "in natura"			
Chikungunya, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Soro - 1ª amostra	Não salva
Dengue, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Soro - 1ª amostra	Não salva
Febre do Nilo Ocidental, Biologia M...	RT-PCR em tempo real	Soro - 1ª amostra	Não salva
Mayaro, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Soro - 1ª amostra	Não salva
Oropouche, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Soro - 1ª amostra	Não salva
Zika, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Soro - 1ª amostra	Não salva

Nova pesquisa: Pesquisa Amostra: Incluir Excluir Incluir exame

Exame	Metodologia	Amostra	Status
Chikungunya - Sorologia: Soro - 1ª amostra - IN - Amostra "in natura"			
Chikungunya, IgG	Enzimaimunoensaio	Soro - 1ª amostra	Não salva
Chikungunya, IgM	Enzimaimunoensaio	Soro - 1ª amostra	Não salva

4.4 Fragmento após o óbito "In natura" - RT - PCR em tempo real Pesquisa: ARBOVIROSES (FRAGMENTOS DE TECIDOS) - NATIMORTO ÓBITO E ABORTO

Somente para fragmento de articulação deverá ser informada a localização e no campo observação ressaltar que é fragmento de articulação.

Amostras

Nova amostra: Fragmento Localização: u IN - Amostra "in natura"

Data de Início: 08/10/2024 17:00 Medicamento: Medicamento Qual medicamento utilizado?

Material	Localização	Amostra	Material Clínico	Data de Coleta
Fragmento do tecido do SNC - cérebro	Única	Amostra "in natura"		08/10/2024
Fragmentos de coração	Única	Amostra "in natura"		08/10/2024
Fragmentos de fígado	Única	Amostra "in natura"		08/10/2024
Fragmentos de tecido muscular	Única	Amostra "in natura"		08/10/2024

Nova pesquisa: Arboviroses (Fragmentos de Tecidos) - Natimorto, Óbito e Aborto Fragmentos de tecido do SNC - cérebro - Amostra Única - Amostra "in natura"

Exame	Metodologia	Amostra	Status
Chikungunya, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Fragmento do t...	Não salva
Dengue, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Fragmento do t...	Não salva
Mayaro, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Fragmento do t...	Não salva
Oropouche, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Fragmento do t...	Não salva
Zika, Biologia Molecular	RT-PCR em tempo real	Fragmento do t...	Não salva

4.3 Soro após 6º dia do início dos sintomas - sorologia Pesquisa: Chikungunya - Sorologia

Amostras

Nova amostra: Soro Localização: 1 IN - Amostra "in natura"

Data de Início: 08/10/2024 Hora da Coleta: Medicamento: Medicamento Qual medicamento utilizado?

Material	Amostra	Material Clínico	Data de Coleta	Hora da Coleta
Soro	1ª amostra	Amostra "in natura"	08/10/2024	

Solicitação no GAL - Chikungunya



4.5 Fragmento após o óbito Bloco de Parafina ou Formalina Tamponada - Imuno-histoquímica Pesquisa: Histopatológico

Amostras

Nova amostra: Fragmento Localização: u BP - Bloco de Parafina

Data de Início: 08/10/2024 Hora da Coleta: Medicamento: Medicamento Qual medicamento utilizado?

Informar o tipo de material clínico BP ou FT.

Amostras

Nova amostra: Fragmento do tecido do SNC Localização: u FT - Em formalina Tam

Data de Início: 08/10/2024 Hora da Coleta: Medicamento: Medicamento Qual medicamento utilizado?

Material	Localização	Amostra	Material Clínico	Data de Coleta
Fragmento do tecido do SNC - cérebro	Única		BP - Bloco de Paraf...	08/10/2024
Fragmentos de coração	Única		Em formalina tam...	08/10/2024
Fragmentos de fígado	Única		BP - Bloco de Paraf...	08/10/2024
Fragmentos de tecido muscular	Única		BP - Bloco de Paraf...	08/10/2024

Nova pesquisa: Histopatologico Fragmentos de co Incluir Excluir Incluir exame Incluir exame

Exame	Metodologia	Amostra	Status
Histopatologico I: Fragmentos de fígado - Amostra Única - IN - Amostra "in natura"			
Histopatologico I	Microscopia Óptica	Fragmentos de fígado - Única	Não salva

5. Campo - Observações: A sinalização das informações como descrição dos sintomas, e demais informações solicitadas pelo MAN.NB01.001 devem ser adequadamente preenchidas neste campo.

Observações

Exames complementares, sintomas, informações relevante para diagnóstico

Salvar Cancelar

Quadro 3: Solicitação análises moleculares para o diagnóstico de Arboviroses.
Fonte: elaboração própria - Lacen/ES.



5. 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 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.

Caso confirmado laboratorial: e todo caso suspeito com positividade para qualquer um dos seguintes exames laboratoriais: isolamento viral, detecção de RNA viral por RT-PCR em tempo real (RT-qPCR), 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 de 10 a 14 dias após a coleta da amostra na fase aguda.

Caso confirmado por critério 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.

Caso descartado: caso suspeito 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 ou caso suspeito sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica sejam compatíveis com outras doenças, confirmadas laboratorialmente ou todo caso suspeito, principalmente gestantes, crianças (primeira infância) idosos, casos graves, pacientes com comorbidades descompensadas, imunossuprimidos e óbitos, deve ser descartado a partir do resultado de duas sorologias não reagentes.



6. Manejo clínico e assistência

Reforça-se que a chikungunya é uma arbovirose e como tal, em sua fase aguda, principalmente nos 10 primeiros dias do início dos sintomas, deve ser conduzida utilizando o Manejo Clínico da Dengue atualizado ([Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança — Ministério da Saúde](#)).

O tropismo pelas articulações que o CHIKV possui causa comprometimento nas fases aguda, subaguda e crônica e o tratamento da dor deve envolver todas as fases da doença.

Vale ressaltar que a dor aguda tratada de forma inadequada é uma das principais causas de sua cronificação e ainda, pode desencadear outros sintomas, como: depressão, fadiga e distúrbios do sono. O manejo adequado da dor diminui o tempo da doença clínica.

6.1 Aferição da dor

O Ministério da Saúde em sua portaria para criação de centros de referência para dor de 2002 e na sua atualização de 2012, instituiu a utilização de escalas numéricas ou analógicas de dor como norteadora da tomada de decisão nos protocolos e diretrizes terapêuticas da dor (ANEXO 1). A utilização de ferramentas de aferição da dor, transformam uma informação subjetiva em informação objetiva e permite adequada condução dos casos. Deve-se dar atenção à explicação ao paciente quanto a avaliação da dor e a cada tipo de dor com sua classificação, a fim de evitar sub ou superestimação da dor.

Em crianças menores de 3 anos e crianças não verbais, a classificação é melhor por meio de escalas de avaliação comportamental. A escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) considera parâmetros de face, pernas, atividade, choro e consolabilidade, devendo a criança ser observada por 1 a 2 minutos, com pontuação alocada para cada categoria e soma dos pontos entre 0 e 10. As interpretações das escalas são correspondentes: dores leves de 1 a 3



pontos, dores moderadas de 4 a 6 pontos e dores intensas de 7 a 10 (ANEXO 2).

Sugere-se a aplicação do Questionário de dor neuropática DN4 em adultos (ANEXO 3), composto por 2 questões realizadas por entrevista com o paciente e 2 questões de exame físico, totalizando 10 respostas. Caso 4 ou mais respostas sejam positivas, provavelmente o paciente apresenta um quadro de dor com componente neuropático. Utilizar fluxograma do ANEXO 5 para manejo da dor.

6.2 Tratamento da dor

Na fase aguda (0 a 14 dias do início dos sintomas), além dos cuidados com suporte clínico, hidratação e repouso, o manejo da dor é importante para diminuir o risco de cronificação da doença, além de reduzir a quantidade de dias que o paciente fica com doença ativa e melhorar sua qualidade de vida.

A dor de leve intensidade deve ser tratada inicialmente com dipirona e/ou paracetamol, de forma isolada ou intercalados. Pacientes com dores intensas que não respondem à dipirona e/ou paracetamol, deve-se utilizar analgésicos opioides - tramadol, codeína. O tramadol é melhor recomendado quando se suspeita de dor neuropática, pois auxiliam no antagonismo de receptores envolvidos na cronificação da dor.

Muitos pacientes podem apresentar componente de dor neuropática associada a dor articular, com isso, a associação de amitriptilina ou gabapentina podem auxiliar na melhora da dor.

Vale salientar que a amitriptilina pode levar a sedação em idosos e, ainda, não deve ser utilizada em pacientes com arritmias cardíacas, nesses casos, é preferível utilizar a gabapentina.

Nesta fase, nunca utilizar anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) - ibuprofeno, diclofenacos, ácido acetilsalicílico, cetoprofeno, nimesulida, dentre outros. Além dos AINEs, os corticosteroides não devem ser utilizados na fase aguda da doença, uma vez que a imunossupressão durante a infecção aguda não



está bem estabelecida, podendo agravar a doença, principalmente em sua fase virêmica que tem duração de até 10 dias.

Para melhor entendimento do manejo, utilizar o Fluxograma de manejo da dor do paciente na fase aguda da infecção por CHIKV disponível no ANEXO 4. Quando houver suspeita de dor neuropática, utilizar o fluxograma do ANEXO 5.

Imagens radiológicas durante a fase aguda da doença não contribuem para o diagnóstico, exceto para eventualmente descartar outras condições. A ultrassonografia musculoesquelética tem mais importância no diagnóstico diferencial de edema de membros e pode auxiliar na identificação de lesões inflamatórias articulares e periarticulares, como tenossinovite, sinovite aguda e bursite, assim, sua indicação é restrita a poucas situações.

A fase pós-aguda inicia-se a partir do 15º dia e pode perdurar até 90º dia do início dos sintomas. Nesta fase, pode haver ocorrência de febre, no entanto, geralmente ela está ausente. Ainda, pode ocorrer tanto uma melhora, quanto a piora da dor articular, quando comparado a fase aguda da doença.

O paciente na fase pós-aguda da doença continua em acompanhamento ambulatorial em UBS e o exame físico deve ser direcionado a buscar comprometimento articular e periarticular. Tanto na fase pós-aguda como na fase crônica, o uso de corticosteroides é indicado para dores moderadas a intensas, baseado na escala EVA, principalmente em casos de dores não responsivas aos analgésicos e AINEs (por exemplo, naproxeno 375 a 500 mg duas vezes ao dia, ibuprofeno 400 a 800 mg três vezes ao dia ou outro AINE);

O corticosteroide padrão para uso oral é a prednisona ou prednisolona. No tratamento da dor, a dose deve ser 0,5mg/kg/dia em dose única, pela manhã. Considerar a resposta adequada quando o paciente melhorar sua capacidade motora, sem ajuda e com controle satisfatório da dor. Nesse caso, manter a medicação até a resolução da dor articular por completo.



Em caso de remissão completa da dor, manter a dose por mais três a cinco dias. Caso não haja recidiva do quadro, iniciar desmame, com retirada de 5 mg a cada 7 dias. A dose inicial poderá ser mantida por até 21 dias, tempo médio em que, habitualmente, não há riscos de insuficiência adrenal induzida. Durante as fases de desmame, em caso de recidiva da dor, retornar à dose anterior e tentar novo desmame somente após cinco dias da resolução dos sintomas e assim por diante, até retirada completa da medicação. Nesses casos, o desmame deve ser realizado mais lentamente com retirada de 2,5 mg/ dia a cada sete dias.

Vale ressaltar que o uso de corticosteroides está contraindicado em pacientes diabéticos, hipertensos de difícil controle, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, Cushing, obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.

Assim como nos pacientes com sintomas agudos, utiliza-se a dose e a duração mínimas necessárias dos medicamentos. Periodicamente, deve ser feito um esforço para reduzir e descontinuar os medicamentos. Os sintomas articulares podem desaparecer gradualmente ao longo de vários meses e o tratamento contínuo pode não ser mais necessário.

Pacientes com manifestações clínicas (particularmente suspeita de artrite inflamatória) que persistem por pelo menos três meses após o início da infecção devem ser encaminhados a um reumatologista para assistência adicional no manejo e para determinar se o tratamento com um drogas modificadoras de doenças reumáticas (DMARD) é apropriado.

Alguns pacientes com dor moderada a intensa (EVA \geq 4), persistente, poli articular ou incapacitante, podem necessitar de medicações por via intravenosa para alívio sintomático, com uso orientado pelo ANEXO 6 (Fluxograma para tratamento de dor moderada a intensa em adultos na fase aguda da doença).

Em caso de resposta adequada, o paciente prossegue o tratamento com os esquemas anteriores. Na ausência de resposta, pode ser necessária internação hospitalar para controle da dor e investigação de outros fatores ou diagnósticos.



O regime terapêutico deve ser aquele com a menor dose, pelo menor tempo possível, para obtenção do melhor custo-benefício e redução do risco de possíveis eventos adversos. Reavaliações periódicas nos prazos preconizados garantem adequação terapêutica quando o controle da dor não for satisfatório, assim como a suspensão oportuna das medicações se remissão dos sintomas.

Para melhor visualização do manejo do paciente com dor na fase subaguda da doença, favor observar o fluxograma do ANEXO 10.

Alguns pacientes, principalmente aqueles portadores de comorbidades, podem evoluir para dor crônica, ou seja, mais de 90 dias convivendo com dor persistente e/ou incapacitante. Estudos empíricos de artrite induzida por alfavírus sugerem que a patogênese da evolução para a cronicidade do Chikungunya seja resultado de uma combinação de dano celular e tecidual direto, causado por reprodução viral, e indireto, por ativação da resposta imune nos tecidos alvo. Todavia, o principal mecanismo sugerido é a desregulação das respostas ao processo inflamatório causado pela presença do RNA viral dentro das células.

Na fase crônica da febre chikungunya é recomendado o uso de analgésicos para alívio sintomático. Os pacientes que persistem com dor musculoesquelética localizada ou difusa, sem sinais inflamatórios, além de três meses de doença, a recomendação é usar analgésicos simples ou opioides fracos, a depender da intensidade da dor, nas mesmas doses recomendadas para a fase aguda ou subaguda.

Os opioides fracos (codeína e tramadol) podem ser usados nos sintomas álgicos refratários ou intensos. Os AINEs, se foram observados o contexto clínico, as contraindicações e a resposta terapêutica também podem ser utilizados, em qualquer paciente com febre chikungunya que apresente dor refratária ou intolerância ao uso de analgésicos simples e opioides, independentemente dos sintomas serem relacionados com manifestações inflamatórias.



Os corticosteroides podem ser usados nessa fase para dores musculoesqueléticas e neuropáticas. A recomendação é sempre utilizar a menor dose possível (5 a 20mg/dia de prednisona ou prednisolona). O tempo de uso varia de 6 a 8 semanas e sua retirada deve ser gradual a fim de se evitar recidiva das dores articulares (reduzir 5mg por semana).

Outras drogas que podem ser utilizadas no tratamento das dores articulares, são os antimaláricos, de preferência a hidroxicloroquina. Pode ser utilizado de forma isolada ou associado com metotrexato e sulfassazalina, principalmente nos pacientes da fase crônica que apresentam dificuldade da retirada do corticosteroide com persistência dos sintomas articulares.

Para melhor entendimento do manejo da dor em pacientes portadores de dor crônica pelo CHIKV, observar o fluxograma do ANEXO 9.

A lista atualizada dos medicamentos utilizados no manejo da dor na Chikungunya está no ANEXO 07.

6.3 Manejo da dor em criança

A avaliação da dor em crianças é um desafio de se executar pela incapacidade de muitas delas para uma autoavaliação, comportamentos sutis e inespecíficos de dor, sendo muitas vezes subdiagnosticadas e erroneamente tratadas, com excessos ou baixas doses de medicamentos.

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

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



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.

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. Ver fluxograma no ANEXO 08.

7. Fluxo de acesso a medicamentos para o tratamento da chikungunya

Os medicamentos disponíveis para o tratamento da chikungunya são:

Medicamento	Apresentação	Fase	Acesso
Codeína	Comp. 30mg	Aguda e Subaguda	Superintendências Regionais
		Crônica	Farmácias Cidadãs Estaduais
Tramadol	Comp. 50mg	Aguda e Subaguda	Superintendências Regionais
		Crônica	Farmácias Cidadãs Estaduais
Gabapentina	Cap. 300mg e 400mg	Aguda, Subaguda e Crônica	Farmácias Cidadãs Estaduais
Hidroxicloroquina	Comp. 400mg	Subaguda	Superintendências Regionais
		Crônica	Farmácias Cidadãs Estaduais
Naproxeno	Cap. 500mg	Subaguda	Superintendências Regionais
		Crônica	Farmácias Cidadãs Estaduais
Metotrexato	Comp. 2,5 mg	Crônica	Farmácias Cidadãs Estaduais



Os medicamentos codeína, tramadol, hidroxyclorequina e naproxeno serão disponibilizados, para tratamento nas fases agudas e subagudas, para as Regionais de Saúde através de solicitação à Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF) seguindo o fluxo de distribuição dos programas do componente estratégico (ANEXO 13). Estes medicamentos estarão disponíveis nas Regionais de Saúde para 90 dias de tratamento (fase aguda e subaguda).

Os medicamentos codeína e tramadol, se necessário, a continuação de uso durante a fase crônica deverão ser solicitados via Farmácia Cidadã Estadual pelo próprio paciente e/ou responsável legal, conforme PCDT da Dor Crônica, através da apresentação dos documentos para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado ([documentos necessários para solicitação de medicamentos](#)).

O medicamento gabapentina deve ser solicitado na Farmácia Cidadã Estadual pelo próprio paciente e/ou responsável legal, conforme PCDT da Dor Crônica, através da apresentação dos documentos para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado ([documentos necessários para solicitação de medicamentos](#)). Quando solicitado nas fases aguda e/ou subaguda será necessária a apresentação de um laudo sobre a impossibilidade clínica dos demais medicamentos utilizados para o manejo da dor. O uso deste medicamento deve ser cuidadoso e suas doses otimizadas de acordo com os níveis de sedação e sonolência que porventura o indivíduo venha a apresentar.

O medicamento metotrexato indicado para a fase crônica e os medicamentos hidroxyclorequina e naproxeno, se necessário, a continuação de uso durante a fase crônica, deverão ser solicitados na Farmácia Cidadã Estadual pelo próprio paciente e/ou responsável legal, conforme PCDT da Artrite Reumatóide e da Artrite Idiopática Juvenil, através da apresentação dos documentos para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado, utilizando os **CID's M06.0 ou M06.8** ([documentos necessários para solicitação de medicamentos](#)).



A dispensação de medicamentos pelo município deve se concentrar num ponto estratégico de melhor acesso ao usuário, definido pelo município e sob supervisão de um profissional farmacêutico.

8. Controle Vetorial

O Programa de Controle das Arboviroses tem como uma das suas atribuições a visita aos imóveis para busca e eliminação de focos do *Aedes aegypti*, principal vetor dessas enfermidades. Esse trabalho é realizado pelos Agentes de Combate às Endemias (ACE) que, durante a visita pesquisam focos de larvas de mosquito, eliminam criadouros, orientam moradores, realizam mobilização, dentre outras atividades.

9. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde : volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.



ANEXO 1 - Escala analógica visual da dor (EVA)



Fonte: <<http://www.colunasp.com.br/questionarios/eva-escala-visual-analogica/>>.



ANEXO 2 - Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F 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 Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas
A 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 a 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 gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto
Orientações para aplicação da escala			
<p>1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.</p> <p>2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.</p> <p>3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.</p> <p>4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais.</p> <p>As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.</p>			
<p>© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.</p>			



ANEXO 3 - Questionário de dor neuropática DN4 em adultos

QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA DN4 (VERSÃO BRASILEIRA 1.0)

Nome: _____

Data: ___/___/_____

Nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número.

ENTREVISTA COM O PACIENTE		
Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?		
1 – Queimação	() SIM	() NÃO
2 – Sensação de frio dolorosa	() SIM	() NÃO
3 – Choque elétrico	() SIM	() NÃO
Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?		
4 – Formigamento	() SIM	() NÃO
5 – Alfinetada e agulhada	() SIM	() NÃO
6 – Adormecimento	() SIM	() NÃO
7 – Coceira	() SIM	() NÃO
EXAME DO PACIENTE		
Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?		
8 – Hipoestesia ao toque	() SIM	() NÃO
9 – Hipoestesia à picada de agulha	() SIM	() NÃO
Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:		
10 – Escovação	() SIM	() NÃO

Score	Dor nociceptiva (<4) ()	Dor neuropática (>=4) ()
--------------	--------------------------	---------------------------

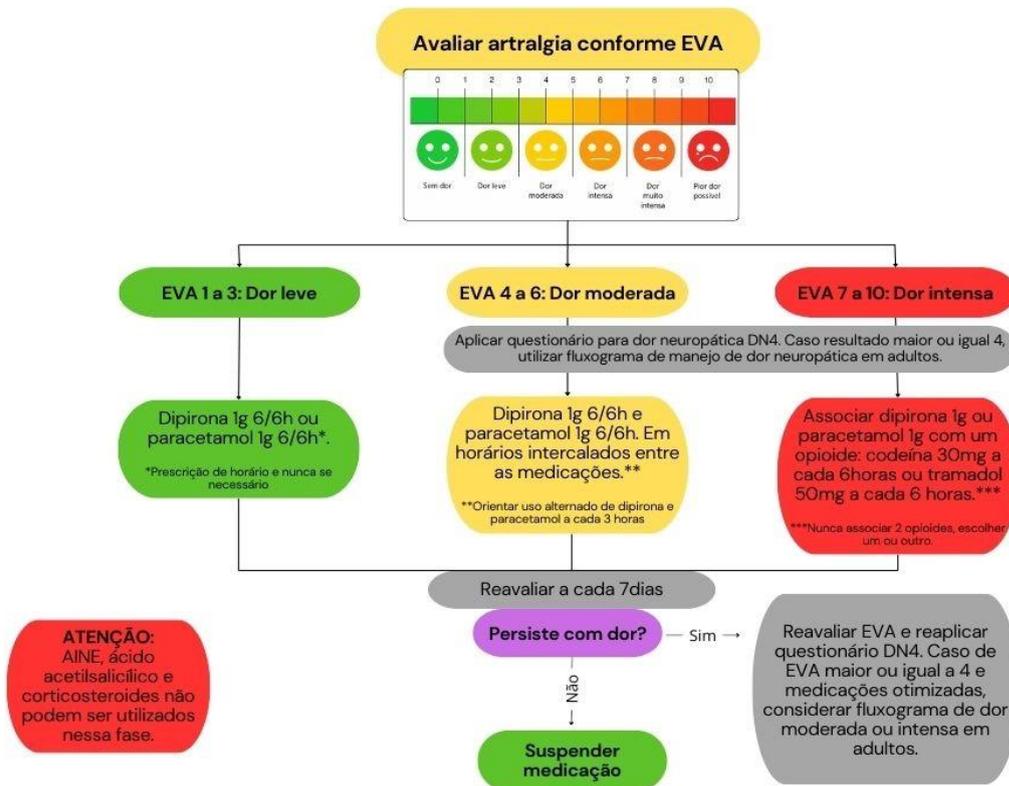
Referências Bibliográficas:

- Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesion and development a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005 Mar; 114 (1-2): 29-36.
- Autores: Karine A. S. Leão Ferreira e Manoel J. Teixeira. Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Wiermann et al. Consenso Brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. Revista Brasileira de Oncologia Clínica 2014 Outubro/Novembro/Dezembro; Vol. 10 (38): 132 – 143.



ANEXO 4 - Fluxograma de manejo da dor do paciente na fase aguda da infecção por CHIKV

Fluxograma de manejo da dor em pacientes na fase aguda de chikungunya (até 14 dias de início de sintomas):



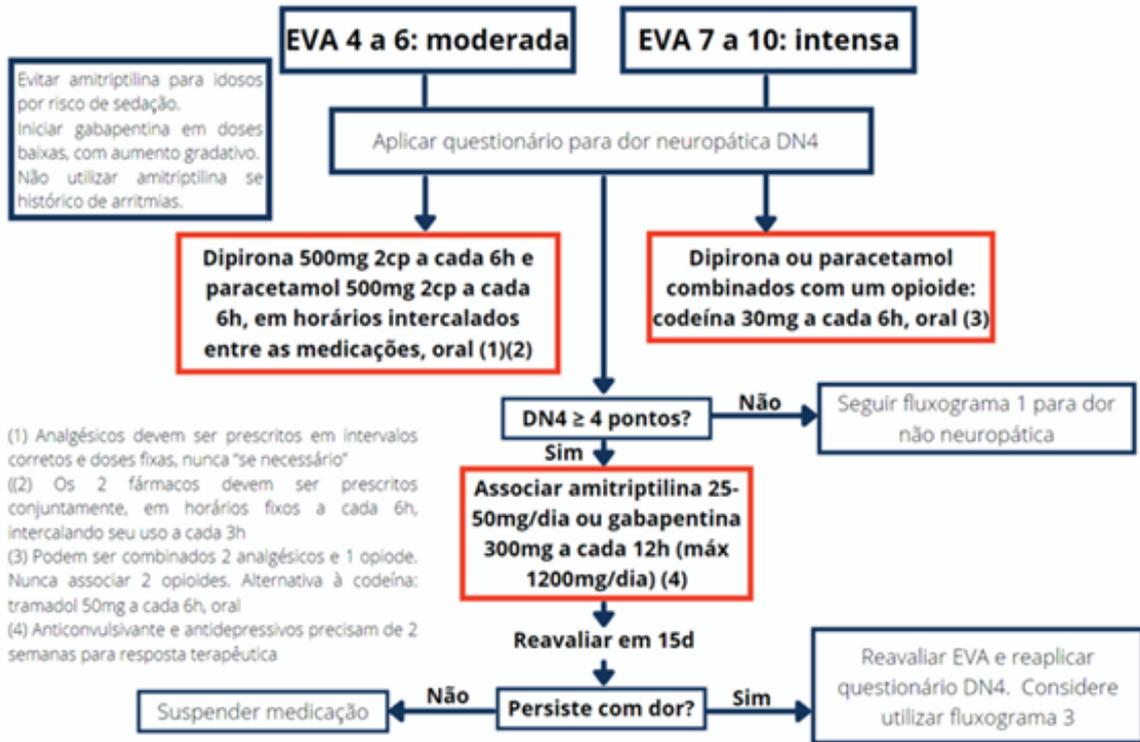
Fonte: Adaptado de <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016>



ANEXO 5 - Fluxograma de tratamento ambulatorial de dor neuropática em adultos.

**2: questionário DN4 - adultos
sugestivo de dor neuropática**

**Avaliar artralgia
utilizando EVA**

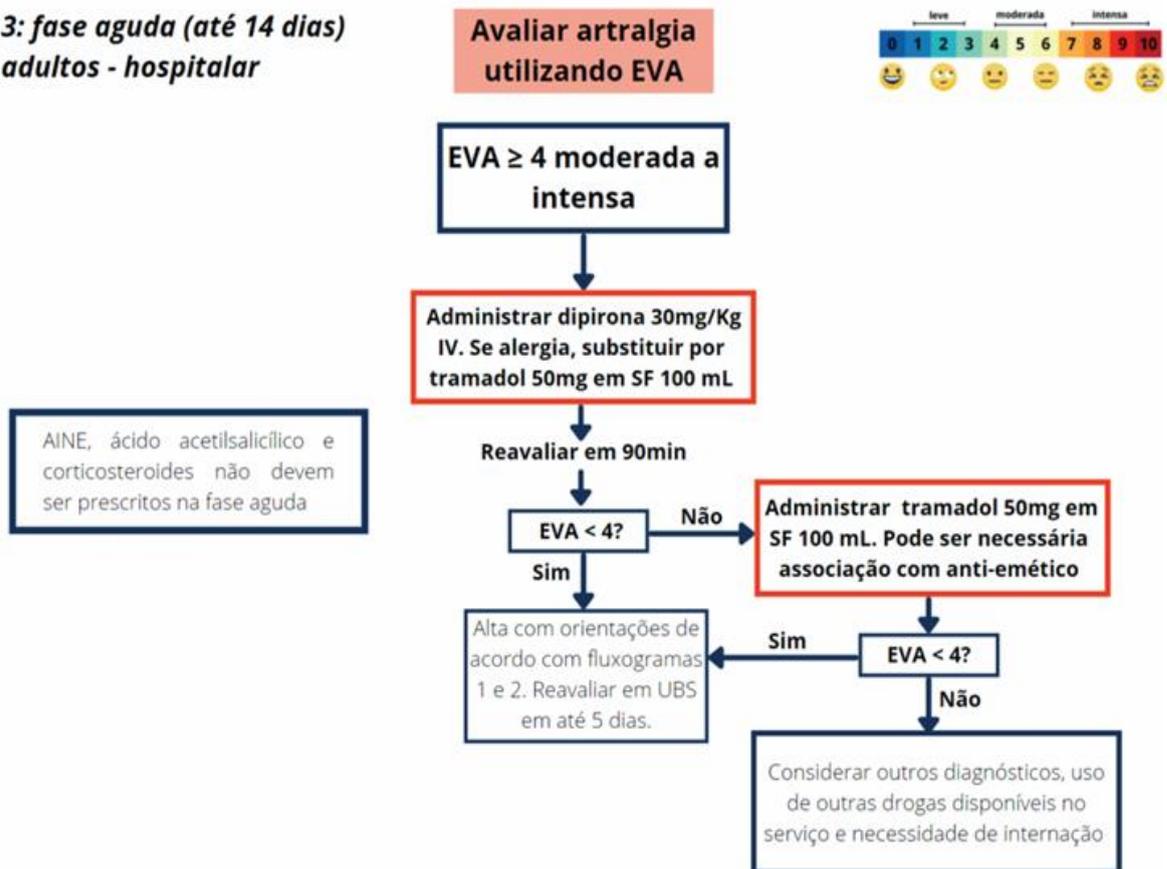


Fonte: Adaptado de <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016>



ANEXO 6 - Fluxograma para tratamento de dor moderada a intensa em adultos na fase aguda da doença

3: fase aguda (até 14 dias)
adultos - hospitalar



Fonte: Adaptado de <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016>



ANEXO 07 - Tabela de drogas utilizadas no manejo da dor da Chikungunya.

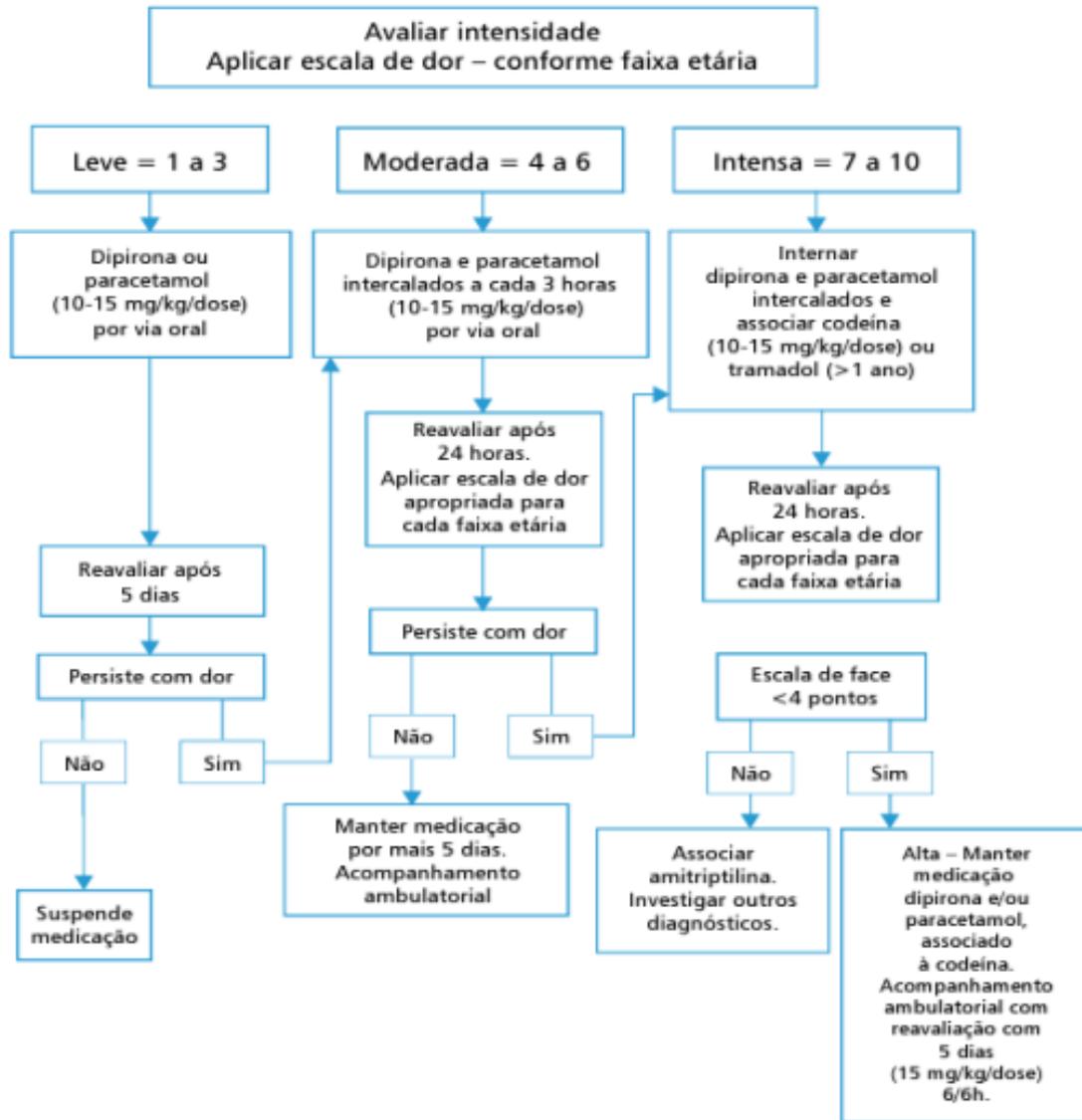
Medicamento	Dose	Monitoração e cuidados
Paracetamol	60 mg/kg/dia, não ultrapassar 4 g/dia, VO, quatro vezes ao dia	Atenção deve ser dada ao risco aumentado de hepatite pela associação de viremia, interações medicamentosas e comorbidades (doença hepática, renal ou alcoolismo) com doses elevadas de paracetamol.
Dipirona	1 g, VO, quatro vezes ao dia.	Avaliar função renal e hepática, principalmente em idosos.
Tramadol	50 mg a 100 mg, VO, duas a quatro vezes ao dia	Em pacientes acima de 65 anos iniciar com a menor dose; acima de 75 anos não exceder 300 mg/dia. Risco de depressão respiratória em idosos.
Paracetamol + Codeína	500 mg + 30 mg, VO, duas a quatro vezes ao dia	Avaliar hepatotoxicidade.
AINEs	A depender do composto escolhido	Usar a menor dose pelo menor tempo possível. Nunca usar dois AINEs combinados Avaliar fatores de risco: Idade > 65 anos, história prévia de úlcera, HAS, doença renal, uso de CE, anticoagulantes, asma e tabagismo Monitorar pressão arterial, edema periférico e função renal
Amitriptilina	25 a 50 mg/dia, VO	Usar com cautela em pacientes com doença cardiovascular, diabetes mellitus, mania, insuficiência renal ou hepática, disfunção tireoideana ou epilepsia. Deve ser retirada gradualmente.
Gabapentina	300 mg, 2 a 3 vezes ao dia, VO	Em crianças abaixo de 3 a 12 anos existe o risco de eventos adversos neuropsiquiátricos (labilidade emocional, hostilidade, desordens do pensamento e hipercinesia). Deve ser retirada gradualmente.
Pregabalina	50 a 150 mg, 2 a 4 vezes ao dia, VO	Usar com cautela em pacientes com insuficiência cardíaca e renal. Monitorar plaquetopenia e sintomas de dependência. Deve ser retirada gradualmente.



Prednisona/	5 a 20 mg/dia, preferencialmente dose única pela manhã.	Avaliar presença de fatores de risco para osteoporose, glaucoma (história familiar), diabetes mellitus
Medicamento	Dose	Monitoração e cuidados
Prednisolona	Doses mais elevadas podem ser usadas em casos graves	Monitorar pressão arterial, glicemia de jejum
Antimaláricos	5,0 mg/kg de HCQ e 3 mg/kg de cloroquina, VO, uma vez ao dia	Com fatores de risco para toxicidade retiniana: avaliação oftalmológica prévia; reavaliação anual Sem fatores de risco: não há necessidade de avaliação prévia; reavaliação anual após 5 anos de tratamento
Metotrexate	10 a 25 mg/semana, VO ou SC	Hemograma, transaminases e função renal antes do início do tratamento e a cada três meses. Potencialmente teratogênico. O uso de ácido fólico (5 mg, VO, uma vez por semana, no dia seguinte do MTX), reduz o risco de eventos adversos. Risco de toxicidade pulmonar.
Sulfassalazina	1 a 2 g/dia, VO	Hemograma, transaminases e função renal antes do início do tratamento e a cada três meses. Pode causar coloração alaranjada da urina ou da pele
Anti-TNFs	Infliximabe, etanercepte, adalimumabe, golimumabe, certolizumabe	Triagem - as mesmas recomendações dos protocolos vigentes para AR e EpA. Atenção a sintomas respiratórios - risco de reativação de tuberculose latente.

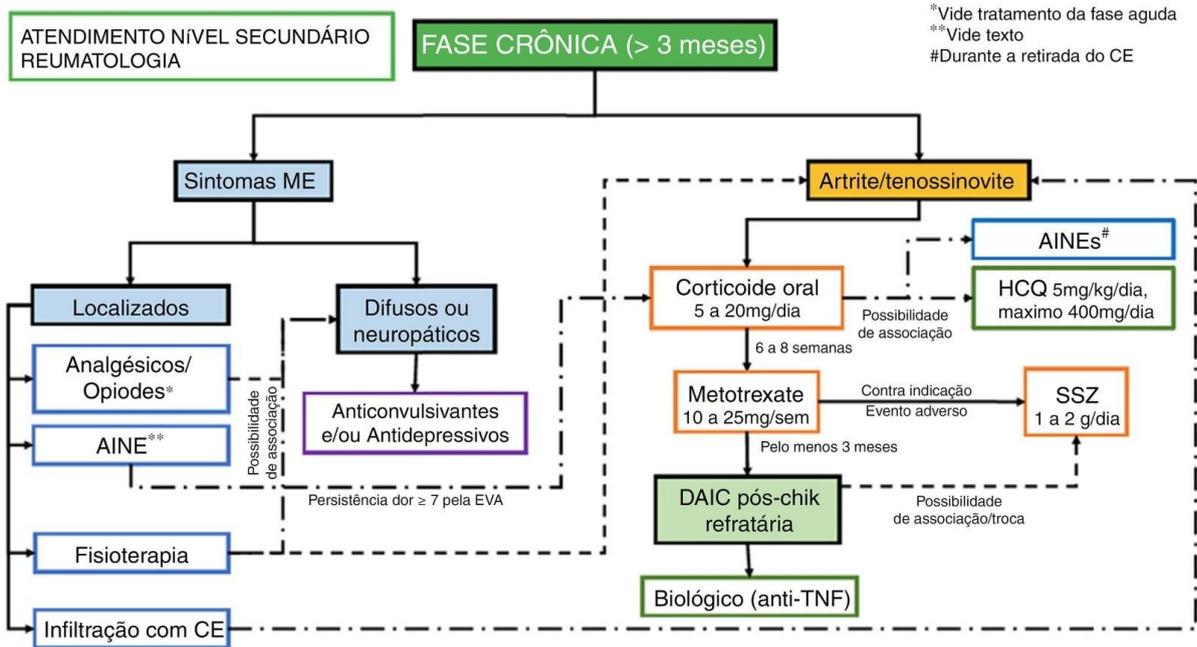


ANEXO 8 - Fluxograma de dor aguda em crianças



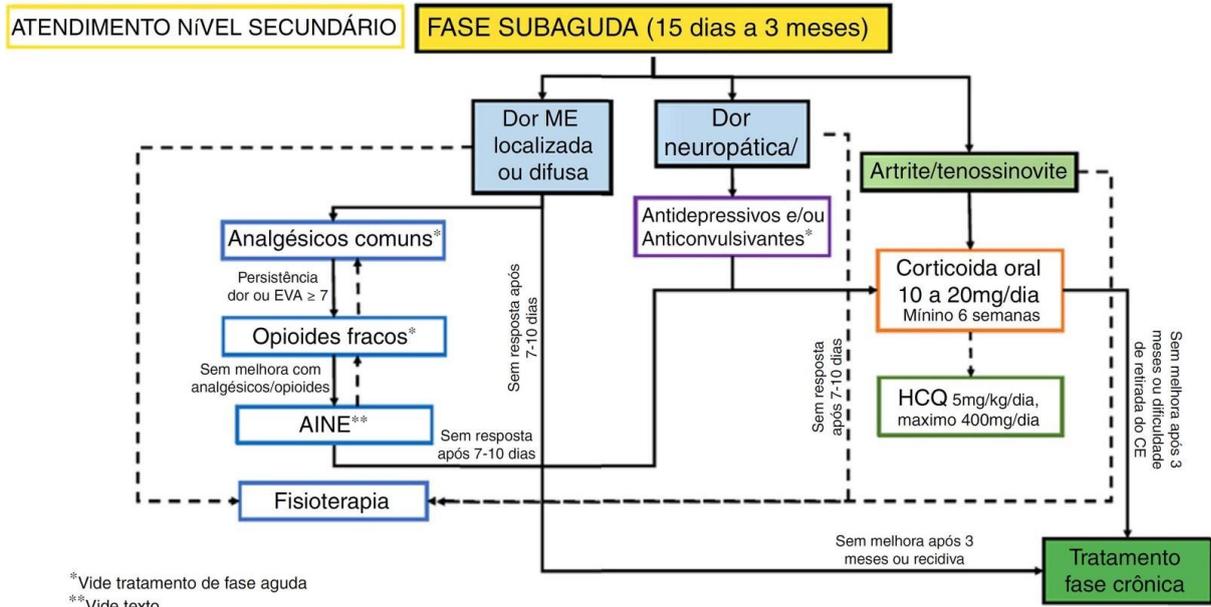


ANEXO 09 - Fluxograma de tratamento de dor crônica em pacientes com Chikungunya





ANEXO 10 - Fluxograma de manejo da dor em pacientes na fase subaguda da Chikungunya





ANEXO 11 - Modalidades de tratamento fisioterapêutico recomendadas para as fases aguda, subaguda e crônica da febre chikungunya

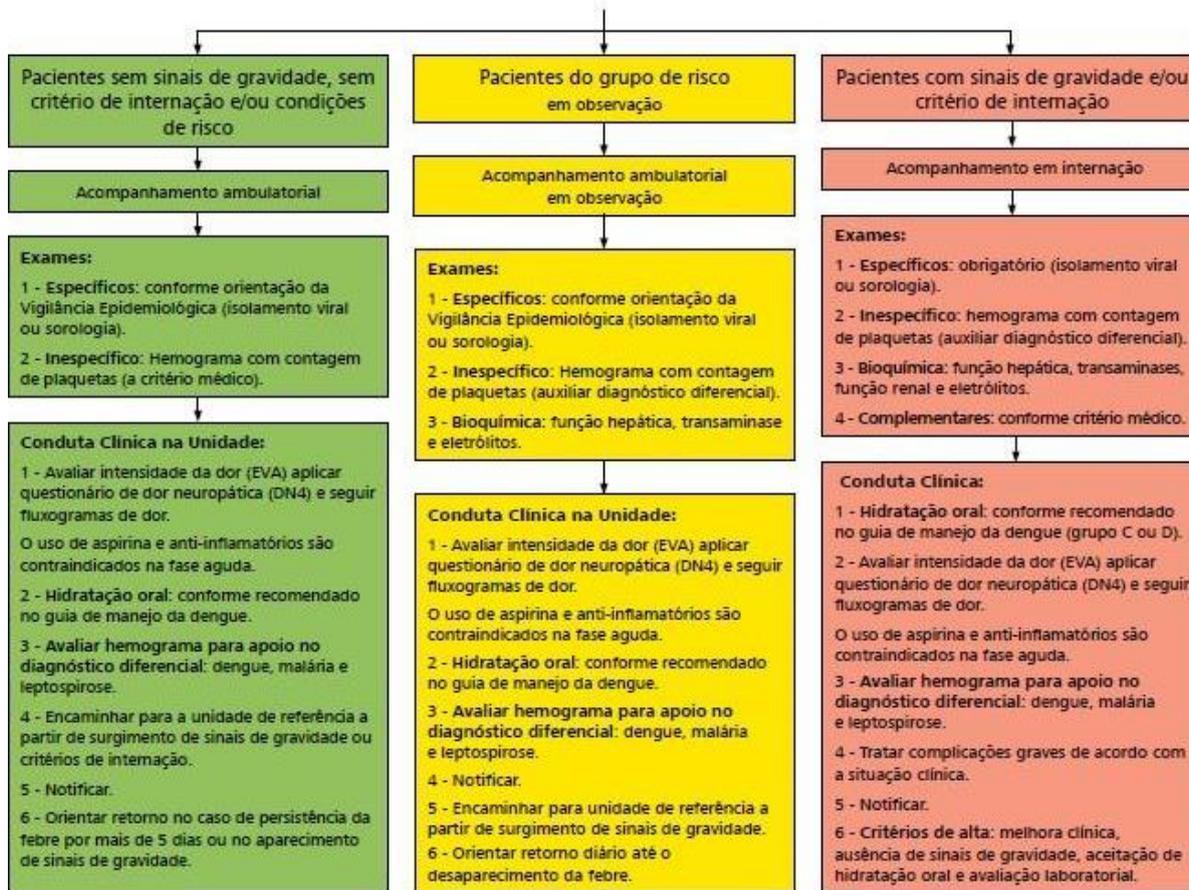
chikungunya

Objetivos	Fase aguda	Fases subaguda e crônica
Dor e redução do edema	Crioterapia TENS Terapia manual Bandagens compressivas	Eletrotermofototerapia (ultrassom, laser de baixa potência) Terapia manual Fisioterapia aquática
Manutenção da função articular	Exercícios ativos leves (cautela) Órteses	Terapia manual Exercícios terapêuticos: passivos, ativos livres e ativos resistidos -progressivo Alongamentos Treinamento proprioceptivo Fisioterapia aquática
Melhoria do condicionamento físico		Exercícios aeróbicos
Postura	Evitar posturas antálgicas Adoção de decúbitos que favoreçam o retorno venoso	Alongamentos
Evitar	Uso de calor - pode piorar a resposta inflamatória	Imobilização articular prolongada
Educação do paciente	Orientação sobre a doença Estratégias que auxiliam no tratamento Adequação de fatores ambientais e individuais que possam interferir no curso da doença	

TENS, estimulação elétrica nervosa transcutânea.



ANEXO 12 – Conduta clínica dos pacientes com suspeita de chikungunya



Anti-inflamatórios e uso de aspirina são contraindicados na fase aguda

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.

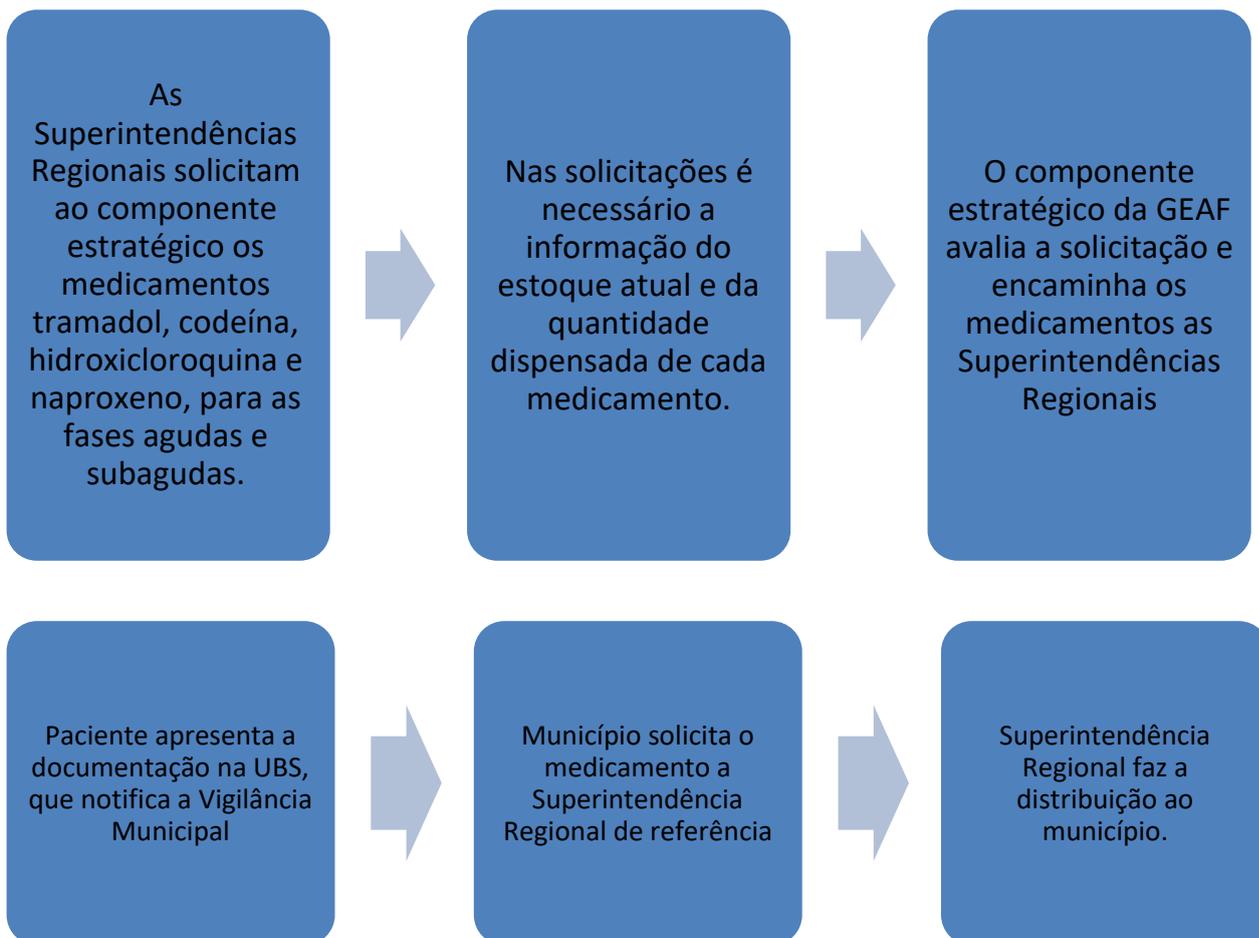
Conduta no domicílio:

- 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.



ANEXO 13 – Fluxo para distribuição de medicamentos para tratamento da dor na fse aguda e subaguda





Juliano Mosa Mação

Gerência de Vigilância em Saúde
GEVS/SSVS/SESA-ES

Fabiana Marques Dias e Silva

Chefe de Núcleo Especial de Vigilância
Epidemiológica NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

João Paulo Cola

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Adriana Endlich da Silva

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NEVE/GEVS/SSVS/SESA-ES

Roberto da Costa Laperriere Junior

Chefe de Núcleo Especial de Vigilância
Ambiental
NEVA/GEVS/SSVS/SESA-ES

Adilson Arimatéa Rosa

Núcleo Especial de Vigilância Ambiental
NEVA/GEVS/SSVS/SESA-ES

Rodrigo Ribeiro Rodrigues

Coordenação Geral do Laboratório Central de
Saúde Pública
LACEN/GEVS/SSVS/SESA-ES

Eric Arrivabene Tavares

Núcleo de Biologia Médica do LACEN
LACEN/GEVS/SSVS/SESA-ES

Daysi Koehler Behning

Gerência de Política e Organização de Redes de
Atenção em Saúde
GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Maria Angelica Callegario Vieira

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Primária
NEAPRI/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Aldo Lugão de Carvalho

Núcleo Especial de Atenção Primária
NEAPRI/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Fernando Antonio Alves de Jesus

Núcleo Especial de Atenção Primária
NEAPRI/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Raiany Boldrini Christe Jalles

Chefe do Núcleo Especial de Atenção
Especializada
NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Letícia Resende Brandão

Núcleo Especial de Atenção Especializada
NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Luiz Fellipe F. Genelhu

Núcleo Especial de Atenção Especializada
NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

Maria José Sartório

Gerência de Assistência Farmacêutica
GEAF/SSAS/SESA-ES

Grazielle Massariol Mori Nascimento

Chefe do Núcleo Especial de Gestão de Políticas
de Acesso e Uso Racional de Medicamento
NUGEPAR /GEAF/SSAS/SESA-ES

Lindiara Luiza de O. Campos

Núcleo Especial de Gestão de Políticas de Acesso
e Uso Racional de Medicamento
NUGEPAR /GEAF/SSAS/SESA-ES

Marcel Pereira Fernandes

Núcleo Especial de Gestão de Políticas de Acesso
e Uso Racional de Medicamento
NUGEPAR /GEAF/SSAS/SESA-ES

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

JOÃO PAULO COLA

ENFERMEIRO - DT
NEVE - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 10:03:37 -03:00

FABIANA MARQUES DIAS E SILVA

CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEVE - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 17:16:54 -03:00

ROBERTO DA COSTA LAPERRIERE JUNIOR

CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEVA - SESA - GOVES

assinado em 25/10/2024 10:55:05 -03:00

RODRIGO RIBEIRO RODRIGUES

COORDENADOR GERAL DO LACEN QCE-02
LACEN - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 10:07:23 -03:00

DAYSY KOEHLER BEHNING

GERENTE QCE-03
GEPORAS - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 16:45:35 -03:00

ALDO LUGAO DE CARVALHO

MEDICO
NEAE - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 18:43:44 -03:00

RAIANY BOLDRINI CRISTE JALLES

CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
NEAE - SESA - GOVES

assinado em 25/10/2024 14:19:09 -03:00

LUIZ FELLIPE FAVORETO GENELHU

MEDICO
GRAE - SESA - GOVES

assinado em 29/10/2024 12:43:59 -03:00

GRAZIELLE MASSARIOL MORI NASCIMENTO

CHEFE NUCLEO ESPECIAL FG-CNE
NUGEPAR - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 11:09:33 -03:00

MARCEL PEREIRA FERNANDES

FARMACEUTICO - DT
GEAF - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 10:32:30 -03:00

JULIANO MOSA MAÇÃO

GERENTE QCE-03
GEVS - SESA - GOVES

assinado em 25/10/2024 09:56:38 -03:00

ADRIANA ENDLICH DA SILVA DELA COSTA

ENFERMEIRO - DT
NEVE - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 10:04:38 -03:00

ADILSON ARIMATÉA ROSA

VETERINARIO - DT
NEVA - SESA - GOVES

assinado em 25/10/2024 14:50:26 -03:00

ERIC ARRIVABENE TAVARES

TECNICO NIVEL SUPERIOR - DT
NMICRO-LACEN - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 11:45:01 -03:00

MARIA ANGELICA CALLEGARIO VIEIRA

CHEFE NUCLEO ESPECIAL FG-CNE
NEAPRI - SESA - GOVES

assinado em 29/10/2024 10:56:20 -03:00

FERNANDO ANTONIO ALVES DE JESUS

ENFERMEIRO - QSS
NEAPRI - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 10:08:13 -03:00

LETICIA RESENDE BRANDAO

MEDICO
GRAE - SESA - GOVES

assinado em 28/10/2024 13:37:41 -03:00

MARIA JOSÉ SARTÓRIO

GERENTE QCE-03
GEAF - SESA - GOVES

assinado em 24/10/2024 13:10:27 -03:00

LINDIARA LUIZA DE OLIVEIRA CAMPOS

FARMACEUTICO - DT
GEAF - SESA - GOVES

assinado em 25/10/2024 10:30:36 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 29/10/2024 12:43:59 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JOÃO PAULO COLA (ENFERMEIRO - DT - NEVE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-71MWDF>