

# Condições para a transmissão da febre do vírus chikungunya

doi: 10.5123/S1679-49742014000400020

## Transmissibility conditions of chikungunya fever

**Pedro Luiz Tauil**

Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil

O vírus chikungunya (CHIKV) é enzoótico, primitivamente encontrado em regiões tropicais e subtropicais da África, no sul e sudeste da Ásia e em ilhas do Oceano Índico. O nome chikungunya significa, em língua makonde, 'aquele que é contorcido', caracterizando a postura de seus pacientes causada pelas fortes dores articulares que apresentam. Pode haver casos graves e, desde 2005, casos fatais.

O vírus chikungunya é transmitido por picada de insetos do gênero *Aedes*. Esse vírus tornou-se conhecido no início da década de 1950, isolado de um paciente febril no atual território da Tanzânia. Já em 1954, sua presença foi confirmada na Ásia, em um surto nas Filipinas e, posteriormente, em outros países, como Tailândia, Índia e Paquistão. Casos esporádicos e pequenos surtos foram registrados. Porém, o CHIKV reemergiu em 2005, passando a causar grandes surtos de doença humana na Ásia, África e ilhas do Oceano Índico. Essa reemergência deveu-se, provavelmente, a uma adaptação genética do vírus aos vetores da região.

O vírus pertence ao gênero *Alphavirus* e à família *Togaviridae*, do mesmo gênero dos arbovírus Mayaro e Ross River. Na África, os vírus mantêm-se em um ciclo de transmissão silvestre, entre macacos e pequenos mamíferos – como morcegos –, e em mosquitos do gênero *Aedes*. Na Ásia, o ciclo de transmissão é diferente e o vírus circula entre seres humanos e mosquitos, resultando em epidemias urbanas, com a participação das espécies *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus* como principais vetores.

A infecção pelo CHIKV apresenta muitas semelhanças com dengue. O período de incubação varia de 1 a 12 dias – média de 4 dias –, seguido por febre alta repentina, dores agudas e persistentes nas articulações, cefaleia, fotofobia, mialgia e *rash* cutâneo. Em cerca de 25% das pessoas atingidas, a infecção é assintomática. A poliartralgia caracteriza os casos sintomáticos. Os sintomas e sinais agudos da infecção pelo CHIKV resolvem-se em cerca de 7 a 15 dias, embora as dores, rigidez e edema nas articulações possam durar meses e até anos, em 10 a 12% dos casos. Idade acima de 45 anos, presença de doença crônica concomitante e maior intensidade das dores na fase aguda contribuem para a persistência da poliartralgia. Não há vacinas preventivas e tratamento etiológico disponível, sendo o vetor o único elo vulnerável na cadeia de transmissão da doença.

A dispersão de mosquitos do gênero *Aedes* pelo sul da Europa e continente americano, associada à presença de indivíduos infectados procedentes de áreas endêmicas, favorece o estabelecimento de novas áreas de transmissão da doença. Em 2007, na região de Emilia Romagna, no norte da Itália, houve registro de mais de 200 casos autóctones. A partir de dezembro de 2013, a transmissão autóctone estabeleceu-se em ilhas do Caribe. No início de 2014, houve registro de casos autóctones na Guiana Francesa e no Suriname e atualmente, há vários casos

**Endereço para correspondência:**

**Pedro Luiz Tauil** – Faculdade de Medicina UnB, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília-DF. CEP 70.910-900  
E-mail: ptauil@unb.br; ptauil@gmail.com

autóctones na Venezuela. Até 5 de agosto deste ano, 4 casos autóctones foram registrados na Flórida, Estados Unidos da América. Mais de 500 mil casos já foram confirmados e suspeitados nas Américas, até o momento, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde-Organização Mundial da Saúde (OPAS-OMS), sendo a grande maioria no Haiti e na República Dominicana (Ilha Espanhola).

Os conceitos de receptividade e de vulnerabilidade são fundamentais para avaliação da ameaça de transmissão local de uma doença. No caso do CHIKV, a receptividade é dada pela presença de vetores (principalmente *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus*) em densidades de infestação capazes de iniciar e manter a transmissão. A vulnerabilidade refere-se à possibilidade de entrada do vírus, por meio de pacientes infectados, na fase de transmissibilidade da doença.

No Brasil, essas condições parecem existir, havendo registro da presença dos vetores na imensa maioria dos municípios do país, em densidades suficientes para transmitir dengue e, portanto, também a doença chikungunya, cujo período de viremia (correspondente ao período de transmissibilidade da doença aos vetores) é semelhante ao do dengue: começa um dia antes e permanece até 7 dias após o início dos sintomas.

Pelo que se tem assistido em outros países das Américas, é bastante difícil detectar oportunamente a doença em viajantes procedentes de áreas endêmicas e muito menos mantê-los isolados para evitar o contato com mosquitos vetores. Infelizmente, parece que a transmissão local da doença no Brasil é uma questão de tempo. A grande movimentação de turistas por ocasião da Copa do Mundo gerou preocupação com o risco de entrada do CHIKV no Brasil. Porém, todos os casos diagnosticados no país – desde 2010, no Rio de Janeiro e em São Paulo; e do início deste ano até o momento, em oito unidades federadas – não chegaram a desencadear transmissão autóctone. Vários outros países da América do Sul também já registraram casos importados, como Argentina e Paraguai.

É fundamental que os profissionais de saúde fiquem atentos para o diagnóstico clínico oportuno dos casos suspeitos, segundo definições do próprio Ministério da Saúde. O Brasil já se encontra capacitado para confirmar a infecção na rede de laboratórios de referência para arboviroses. Pelas características das dores nas articulações, os reumatologistas são os especialistas que, provavelmente, terão os primeiros contatos com esses pacientes.

## Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
2. Albuquerque IGC, Marandino R, Mendonça AP, Nogueira RMR, Vasconcelos PFC, Guerra LR, et al. Infecção pelo vírus Chikungunya: relato do primeiro caso diagnosticado no Rio de Janeiro, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2012 jan-fev; 45(1):128-129.

Recebido em 17/08/2014  
Aprovado em 28/09/2014