

Limitação da mobilidade em indivíduos sintomáticos pós-Febre Chikungunya que buscaram atendimento em Auriculoterapia: estudo transversal

Limitação da mobilidade pós-Chikungunya

Mobility limitation among symptomatic post Chikungunya Fever individuals who asked for Auriculotherapy treatment: cross-sectional study

Yãnsley André Sena Tavares¹

Bernardo Diniz Coutinho²

(1) Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC);

(2) Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

RESUMO:

Introdução: A Febre Chikungunya é uma arbovirose que desencadeia sintomas agudos, como inflamação e dor articular, que podem repercutir negativamente na funcionalidade dos indivíduos acometidos e gerar incapacidade residual nas fases subaguda e crônica. Dados sobre a dor e a limitação da mobilidade em cada fase da doença ainda são escassos na literatura. **Objetivo:** Conhecer a prevalência da limitação da mobilidade e a intensidade da dor nos indivíduos sintomáticos pós-Febre Chikungunya que procuraram atendimento em um serviço de Auriculoterapia, bem como identificar a fase mais incapacitante da doença. **Metodologia:** Estudo observacional descritivo, transversal, retrospectivo, realizado através da análise das fichas dos indivíduos sintomáticos pós Febre Chikungunya avaliados no período de outubro de 2016 à junho de 2017 em um serviço de Auriculoterapia na atenção básica de Fortaleza/CE. A diferença entre os grupos foi avaliada pelos testes Shapiro-Wilk e Kruskal-Wallis. **Resultados:** Mulheres, indivíduos adultos e inseridos no mercado de trabalho apresentaram dor recorrente de alta intensidade (8,0; 7,0-10,0) nos membros inferiores e limitação da mobilidade (11,3; 9,1-14,4). A fase subaguda foi a mais limitante para mobilidade (13,7; 10,7-15,6; P=0,0004). **Conclusão:** A população estudada apresentou alta intensidade de dor e elevada prevalência da limitação da mobilidade, sendo esta mais intensa nos indivíduos que se encontravam na fase subaguda da doença.

Palavras-chave: febre chikungunya, limitação da mobilidade, dor, capacidade física, estudo observacional.

ABSTRACT:

Introduction: The Chikungunya Fever is an arbovirus that leads to acute symptoms like inflammation and joint pain which may repercute negatively to the functionality of affected individuals and leave residual incapacity on post-acute and chronic stages. Data concerning pain and mobility limitation in each illness stage are although rare in literature. **Objective:** To Know the prevalence of mobility limitation and pain intensity among symptomatic post

Chikungunya Fever individuals who asked for treatment in an Auriculotherapy Care giving Service, and identify which is the most incapacitating Illness stage. **Methodology:** An Observational descriptive, Cross-Sectional, retrospective Study made upon analysis of Assessment's Sheet of symptomatic post Chikungunya Fever individuals assessed between October/2016 and June/2017 at an Auriculotherapy Care giving Service of Primary Health Care System at Fortaleza/CE. The difference between groups was evaluated using the Shapiro-Wilk Test and Kruscall-Wallis Test. **Results:** Women, adult individuals at formal-work jobs showed high level pain intensity (8,0; 7,0-10,0) in lower limbs and mobility limitation (11,3; 9,1-14,4). The sub-acute stage was the most lititating concerning mobility (13,7; 10,7-15,6; P=0,0004). **Conclusion:** The assessed population showed high pain intensity and high prevalence of mobility limitation, which was more intense among individuals who were at Illness sub-acute stage.

Key-words: chikungunya fever, mobility limitation, pain, physical capacity, cross-sectional study.

INTRODUÇÃO

A Febre Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), transmitida pelo mosquito *Ae. Aegypti*, que desencadeia sinais e sintomas na fase aguda como febre, inflamação, artralgia e dor muscular, impactando na redução da funcionalidade e da qualidade de vida nos indivíduos infectados (1). Após os surtos epidêmicos de Febre Chikungunya nas Américas, os números de casos notificados no Brasil desde 2014 vem aumentando, onde, atualmente, o estado do Ceará é o que apresenta maior incidência da doença (983,4 casos suspeitos/ 100 mil habitantes), com 44.644 casos confirmados até junho de 2017 (2).

A artralgia é um sintoma comum que restringe a funcionalidade dos indivíduos acometidos pois reduz a mobilidade articular, a velocidade da marcha, a mobilidade funcional e a realização de atividades de vida diária, laboral e de lazer, podendo durar de semanas a meses, e permanecer como sequela na fase crônica da doença (3). A mobilidade funcional é um importante componente da funcionalidade (4) que pode ser avaliada através do teste *Timed Up and Go* (TUG), um teste clínico baseado no desempenho considerado mais confiável e preciso do que a aplicação de questionários (5).

Como recursos não farmacológicos para o manejo da dor, é comum que os indivíduos portadores de dor crônica façam uso de terapias complementares como a Auriculoterapia (6), um recurso da Medicina Tradicional Chinesa recomendado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (7) por ser considerado mais natural e menos iatrogênico do que os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios.

Devido a epidemia emergente de Febre Chikungunya e a carência de dados relativos a funcionalidade dos indivíduos acometidos por esta doença, este estudo tem por objetivo conhecer a prevalência da limitação da mobilidade e a intensidade da dor nos indivíduos sintomáticos pós-Febre Chikungunya que procuraram atendimento em um serviço de Auriculoterapia na atenção básica, bem como identificar a fase mais incapacitante da doença.

METODOLOGIA

Estudo observacional descritivo, transversal, retrospectivo, realizado através da coleta de dados secundários nas fichas de avaliação dos indivíduos sintomáticos pós-Febre Chikungunya que buscaram atendimento com Auriculoterapia no Grupo de Atenção Integral e Pesquisa em Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (GAIPA), projeto de extensão vinculado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, em um serviço da atenção básica no município de Fortaleza/CE.

Foram analisadas as fichas dos indivíduos maiores de 18 anos e que foram atendidos no período de outubro de 2016 a maio de 2017, sendo coletados dados sócio-demográficos, clínicos de saúde, como presença de Condições Crônicas Não Transmissíveis, tipo de diagnóstico, uso de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios, Índice de Massa Corporal (IMC), e os dados de avaliação dos componentes de estruturas e funções do corpo e de atividades funcionais, como a Escala Numérica de Dor (END) e o teste *Timed Up And Go* (TUG).

A END mede a intensidade de dor auto-relatada por um indivíduo em uma determinada parte do corpo, onde o limite inferior (valor igual a 0 pontos) corresponde a nenhuma dor, e o limite superior (valor igual a 10 pontos) corresponde a dor mais intensa na qual o paciente pode pensar. A END apresenta propriedades psicométricas confiáveis para disfunções músculo-esqueléticas (8), e é comumente utilizada para análise de diversos tipos de dor (aguda, pós-operatória, crônica, câncer)(9).

O TUG consiste de um teste objetivo de mobilidade funcional que engloba diversas habilidades, como força, equilíbrio dinâmico e agilidade em múltiplas atividades, através da mensuração do tempo, em segundos, necessário para levantar-se de uma posição sentada em uma cadeira com braços, caminhar uma distância de 3 metros, dar a volta, retornar para a cadeira e sentar-se (10). Tempos maiores do que 10 segundos para a realização do teste sugerem importante limitação da mobilidade funcional em indivíduos com disfunções músculo-esqueléticas(11).

A análise dos dados foi realizada utilizando o software Microsoft Office Excel 2013 e o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows versão 18. A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra em termos de fatores sócio-demográficos, perfil de saúde e funcional, reportando a frequência absoluta e relativa (%) para as variáveis categóricas. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a normalidade das variáveis intervalares, assim, os dados normais foram apresentados em média e desvio padrão (DP) e os não normais em mediana e intervalo interquartil. Para verificar as diferenças na limitação da mobilidade entre as fases da doença utilizou-se o teste Kruskal-Wallis, seguido de Mann-Witney U para a localização das diferenças. Para todas as análises foi adotada significância estatística de $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (Parecer nº 2.266.764).

RESULTADOS

Perfil sócio-demográfico

A amostra estudada foi composta por 100 indivíduos, constituindo-se prioritariamente por indivíduos do sexo feminino (92,0%), de cor parda (49,0%), com média de idade 57,3 ($\pm 13,9$) anos sendo em sua maioria adultos entre 40 e 60 anos de idade (44,0%) e idosos (44,0%), com ensino médio de instrução (41,0%) e que se encontravam aposentados (31,0%) ou trabalhando de forma remunerada (24,0%) ou autônoma (23,0%) (Tabela 1).

Perfil de saúde

A maioria dos pacientes relataram a presença de Condições Crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (39,0%) e possuíam IMC de 26,7 (24,1-30,6). Os sinais e sintomas mais comuns de manifestação da Febre Chikungunya foram Dor articular e/ou muscular (95,0%) e febra alta (88,0%), buscando atendimento nos serviços da Atenção básica (37,0%), sendo diagnosticados pelos clínicos (39,0%). Estes sujeitos apresentavam cerca de 82 (33,8-184,0) dias de dor até o momento da avaliação, encontravam-se na fase subaguda da doença (48%), tendo os membros inferiores mais acometidos (51%) pela dor. A maioria dos pacientes (65%) relataram que não sentiam esta dor antes da infecção e que estavam utilizando medicamentos (48,0%), sendo mais comum os analgésicos não-opioides e AINES (68,8%). (Tabela 2).

Perfil funcional

Quanto a funcionalidade e incapacidade, 91% da amostra relatou possuir dificuldade para realização das atividades de vida diária, e apresentaram no segmento mais acometido dor de intensidade 8,0 (7,0-10,0). A limitação da mobilidade esteve presente em 61% dos indivíduos avaliados, cujo tempo médio para execução do TUG foi de 11,3 (9,1-14,1) segundos (Tabela 3).

Os testes de comparação mostraram que a intensidade da dor continua elevada e não se difere entre as três fases da doença, porém, os indivíduos na fase subaguda são os que apresentam maior limitação da mobilidade, sendo esta estatisticamente significativa quando comparadas às fases aguda e crônica ($p < 0,05$) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os dados mostram que mulheres adultas, inseridas no setor produtivo da economia e com ensino médio de formação escolar procuraram mais o serviço de saúde do que os indivíduos do sexo masculino, estando de acordo com a literatura sobre o uso dos serviços de saúde na população brasileira (12). As sequelas funcionais decorrentes da Febre Chikungunya

em uma população economicamente ativa podem implicar no absenteísmo do trabalho e na redução dos ganhos financeiros, trazendo impactos negativos na economia familiar.

Taxas de infecção assintomáticas variam entre populações e em geral são de baixa proporção. As fases da infecção pelo CHIKV, quando sintomática, podem ser divididas clinicamente em três fases: aguda, subaguda e crônica. Na fase aguda, caracterizada entre a picada e o 14º dia de infecção, o vírus espalha-se através da corrente sanguínea para todo o corpo, provocando sintomas como febre, poliartralgia, mialgia, dentre outros sintomas. A poliartralgia está relacionada a poliartrite desenvolvida nos primeiros dias de infecção, que tende a regredir nas primeiras semanas (13). Pode ser por isso que o número de indivíduos que se encontravam na fase aguda foi pouco prevalente na amostra estudada.

Na fase subaguda, após 14 dias de infecção, espera-se a remissão da febre, porém, pode haver a permanência da artralgia, que vai depender de diversos fatores, como os genéticos, sócio-demográficos e da presença de condições crônicas prévias. A dor de caráter inflamatório na região articular e periarticular geralmente é bilateral, simétrica e com preferência por regiões apendiculares, ocorrendo remissão temporária e momentos de agravamento do quadro, além do surgimento de outros sintomas como mal-estar geral, depressão, fadiga, alopecia, dentre outros (13). De fato, artralgia, mialgia e febre foram os sintomas mais comuns dentre os indivíduos atendidos no serviço.

Na amostra estudada, a maioria dos pacientes apresentaram dores articulares de alta intensidade em todas as fases da doença. Os sintomas algícos da Febre Chikungunya podem ocorrer em função da resposta inflamatória no hospedeiro, a presença de produtos virais nos macrófagos ou tecidos articulares e a resposta autoimune envolvidas, onde através da produção de citocinas e quimiocinas inflamatórias, diversas células do sistema imunológico são atraídas para a região, desregulando o processo inflamatório local (14).

A manutenção dos sintomas na fase subaguda e crônica pode ser explicada pela manutenção da Imunoglobulina M (IgM) anti-CHIKV em resposta à antígenos virais ainda presentes, favorecendo a continuidade do processo inflamatório local crônico nestes casos (15). Os resultados mostram que houve uma maior procura pelo serviço de Auriculoterapia para o manejo da dor por indivíduos que se encontravam nas fases subaguda e crônica da doença, ou seja, apresentando em média certa de três meses de acometimento pela doença.

Na fase crônica, após 90 dias, pode ainda haver permanência da artralgia com rigidez articular associada, edema crônico, apresentando piora do quadro pela manhã, gerando dificuldades para a realização de atividades de vida diária e instrumentais para os indivíduos acometidos, podendo restringir a realização de atividades laborais devido à limitação da mobilidade e da capacidade funcional nesta população (13).

Fatores como idade acima de 35 anos e o sexo feminino estiveram associados a manutenção de altos níveis de artralgia e maior tempo de duração de dor em indivíduos que realizaram artroplastia de quadril ou artroplastia de joelho (10), porém, em indivíduos infectados pela Chikungunya, não se mostrou correlacionado a persistência da artralgia (16). A idade elevada dos participantes pode ser considerada um fator que repercutiu negativamente para a limitação da mobilidade.

Corroborando com o apresentado, sabe-se que indivíduos pós-Chikungunya com idade elevada (>50 anos) apresentam maior prevalência na permanência de artralgia quando

comparados à indivíduos mais jovens, e o gênero feminino à maior prevalência de edema articular (17).

Em ambas as fases da doença foram encontradas elevada pontuação na Escala Numérica de Dor, sendo categorizadas como de alta intensidade, mesmo que parte dos participantes afirmasse estar fazendo uso de medicamentos contra a dor no momento da avaliação inicial. Sabe-se que altos níveis de dor musculoesquelética estão associados a maiores níveis de incapacidade (18).

O uso de analgésicos e AINES são indicados para o tratamento na fase aguda da Febre Chikungunya, porém, com a perpetuação dos sintomas na fase crônica, é comum a utilização de outros fármacos mais potentes (19), aumentando a ocorrência de efeitos colaterais nos pacientes e elevando os custos para o sistema público de saúde (14).

A utilização de questionários de auto percepção de incapacidade para a execução das atividades de vida diária, auto-cuidado e deambulação são bastante utilizados na avaliação de pacientes pós-Febre Chikungunya (20), porém, testes baseados no desempenho podem fornecer medidas quantitativas mais fidedignas. Na avaliação do tempo para realização do TUG Test a maioria dos pacientes apresentaram tempos superiores ao ponto de corte de 10 segundos, indicando limitação da mobilidade funcional, o que reafirma a elevada prevalência de incapacidade nesta população.

Como limitações do estudo pode-se citar a quantidade de indivíduos sem a confirmação por diagnóstico laboratorial, uma vez que a utilização de critério diagnóstico através de exames sorológicos para Anticorpos Anti-CHIKV por método ELISA ou RT-PCR(21) seria o mais preciso para assegurar a real condição da infecção na população. Outra limitação é referente a amostra não ter sido representativa da população infectada pelo Vírus Chikungunya em Fortaleza/CE, e da quantidade de dados ausentes nas fichas de avaliação.

CONCLUSÃO

Indivíduos sintomáticos pós-Febre Chikungunya apresentaram altos níveis de dor e elevada prevalência de limitação da mobilidade funcional identificadas pelo teste *Timed Up and Go*. A intensidade da dor parece não variar entre as fases da doença, porém, a fase subaguda pode ser a mais limitante para mobilidade, indicando a necessidade de se ampliar a oferta de terapias não farmacológicas mais custo-efetivas no sistema público de saúde que sejam capazes de prevenir a evolução dos pacientes para a fase crônica.

REFERÊNCIAS

1. Ramachandran V, Malaisamy M, Ponnaiah M, Kaliaperuaml K, Vadivoo S, Gupte MD. Impact of Chikungunya on Health Related Quality of Life Chennai, South India. *PLoS One*. 2012;7(12).
2. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. 2017;48(85):1–13. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8->

Indicadores-priorit--rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa--de-P--blica-no-Brasil.pdf

3. Van Aalst M, Nelen CM, Goorhuis A, Stijnis C, Grobusch MP. Long-term sequelae of chikungunya virus disease: A systematic review. *Travel Med Infect Dis*. 2017;15:8–22.
4. OMS. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade. Classificação Int funcionalidade, incapacidade e saúde [Internet]. 2004;238. Available from: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf
5. Rubio Castañeda FJ, Tomás Aznar C, Muro Baquero C, Chico Guerra J. [Mobility assessment in elderly people. Description of measuring instruments for mobility: a review]. *Rev Esp Salud Publica*. 2015 Dec;89(6):545–61.
6. Asher GN, Jonas DE, Coeytaux RR, Reilly AC, Loh YL, Motsinger-Reif AA, et al. Auriculotherapy for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2010;16(10):1097–108. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/acm.2009.0451>
7. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. Vol. 11, Ciência & Saúde Coletiva. 2006. 92 p.
8. Ornetti P, Dougados M, Paternotte S, Logeart I, Gossec L. Validation of a numerical rating scale to assess functional impairment in hip and knee osteoarthritis: comparison with the WOMAC function scale. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2011;70(5):740–6. Available from: <http://ard.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ard.2010.135483>
9. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: A systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. Elsevier Inc; 2011;41(6):1073–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016>
10. Kennedy DM, Stratford PW, Wessel J, Gollish JD, Penney D. Assessing stability and change of four performance measures: a longitudinal study evaluating outcome following total hip and knee arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2005;6(1):3. Available from: <http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-6-3>
11. Dobson F. Timed Up and Go test in musculoskeletal conditions. *J Physiother* [Internet]. Korea Institute of Oriental Medicine; 2015;61(1):47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2014.11.003>
12. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2002;11(5–6):365–73. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
13. Cunha RV da, Trinta KS. Chikungunya virus: clinical aspects and treatment - A Review. *Mem Inst Oswaldo Cruz* [Internet]. 2017;112(8):523–31. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762017000800523&lng=en&tlng=en

14. De Brito CAA, von Sohsten AKA, de Sá Leitão CC, de Brito R de CCM, De Azevedo Valadares LD, da Fonte CAM, et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: A guideline. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2016;49(6):668–79.
15. Malvy D, Ezzedine K, Mamani-Matsuda M, Autran B, Tolou H, Receveur M-C, et al. Destructive arthritis in a patient with chikungunya virus infection with persistent specific IgM antibodies. *BMC Infect Dis [Internet].* 2009;9(1):200. Available from: <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-9-200>
16. Schilte C, Staikovsky F, Couderc T, Madec Y, Carpentier F, Kassab S, et al. Chikungunya Virus-associated Long-term Arthralgia: A 36-month Prospective Longitudinal Study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7(3).
17. Zingman MA, Paulino AT, Payano MP. Clinical manifestations of chikungunya among university professors and staff in Santo Domingo, the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;41(2):e64.
18. Silva C, Silva AG, Rocha N. Adaptação e validação do WHODAS 2.0 em utentes com dor musculoesquelética Adaptation and validation of WHODAS 2.0 in patients with musculoskeletal pain. 2013;47(4):752–8.
19. Castro APCR de, Lima RA, Nascimento J dos S. Chikungunya: vision of the pain clinician. *Rev Dor [Internet].* 2016;17(4):299–302. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1806-0013.20160093>
20. Murillo-Zamora E, Mendoza-Cano O, Trujillo-Hernández B, Alberto Sánchez-Piña R, Guzmán-Esquivel J. Persistent arthralgia and related risks factors in laboratory-confirmed cases of Chikungunya virus infection in Mexico. *Rev Panam Salud Publica [Internet].* 2017;41(9):e72. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892017000100230&lng=en&nrm=iso&tlng=en<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28614481>
21. Galo SS, González K, Téllez Y, García N, Pérez L, Gresh L, et al. Development of in-house serological methods for diagnosis and surveillance of chikungunya. *Rev Panam salud publica [Internet].* 2017;41(10):e56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28902269><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5638038>

Tabela 1. Característica sócio-demográficas dos indivíduos com Chikungunya que buscaram atendimento em Auriculoterapia no Projeto GAIPA-UFC, outubro de 2016 a maio de 2017 (N=100).

CARACTERÍSTICAS	n	%
Sexo		
Masculino	8	8,0
Feminino	92	92,0
Idade (média ±DP)	57,3	±13,9
Faixa etária		
<40 anos	12	12,0
40 a 60 anos	44	44,0
>60 anos	44	44,0
Cor		
Pardo	49	49,0
Branco	33	33,0
Preto	11	11,0
Amarelo	4	4,0
Dado ausente	3	3,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental	14	14,0
Ensino Médio	41	41,0
Ensino Superior	18	18,0
Dado ausente	27	27,0
Ocupação		
Aposentado	31	31,0
Trabalho remunerado	24	24,0
Autônomo	23	23,0
Do lar	14	14,0
Estudante	3	3,0
Desempregado	2	2,0
Dado ausente	3	3,0

Tabela 2. Características de saúde dos indivíduos com Chikungunya que buscaram atendimento em Auriculoterapia no Projeto GAIPA-UFC, outubro de 2016 a maio de 2017 (N=100).

CARACTERÍSTICAS	N	%
Presença de Condições Crônicas Não-Transmissíveis		
Hipertensão	39	39,0
Diabetes	13	13,0
Depressão	6	6,0
Dado ausente	1	1,0
Índice de Massa Corporal (IMC) (mediana Q1-Q3)	26,7	24,1-30,6

Sinais e sintomas no início da doença		
Dor articular e/ou muscular	95	95,0
Febre alta	88	88,0
Exantema	39	39,0
Cefaleia	29	29,0
Mal estar geral	21	21,0
Outros (edema, coceira, enjoo, queda de cabelo, etc.)	56	56,0
Serviço de primeiro atendimento e de diagnóstico da doença		
Atenção básica	37	37,0
Hospital	30	30,0
Especializado	15	15,0
UPA	9	9,0
Dado ausente	9	9,0
Tipo de diagnóstico		
Clínico	39	39,0
Laboratorial	28	28,0
Dado ausente	33	33,0
Duração dos sintomas de dor pós-Chikungunya em dias (mediana Q1-Q3)	82,0	33,8-184,0
Fase da doença		
Aguda (<14 dias)	6	6,0
Subaguda (15-90 dias)	48	48,0
Crônica (>90 dias)	44	44,0
Dado ausente	2	2,0
Segmento corporal de ocorrência da dor principal		
Membros inferiores	51	51,0
Membros superiores	37	37,0
Coluna	11	11,0
Dado ausente	1	1,0
Presença da dor antes da Chikungunya		
Não	65	65,0
Sim	28	28,0
Dado ausente	7	7,0
Uso de medicamentos para dor		
Sim	48	48,0
Não	19	19,0
Dado ausente	33	33,0
Classe do medicamento (N=48)		
Analgésicos não-opioides ou AINES	33	68,8
Opióides	2	4,2
Corticoides	10	20,8
Dado ausente	3	6,2

Tabela 3. Perfil funcional dos indivíduos com Chikungunya que buscaram atendimento em Auriculoterapia no Projeto GAIPA-UFC, outubro de 2016 a maio de 2017 (N=100).

CARACTERÍSTICAS	N	%
Auto relato para limitação nas atividades de vida diária		
Sim	91	91,0
Não	8	8,0
Dado ausente	1	1,0
Intensidade média da dor nos últimos 7 dias (END) (mediana Q1-Q3)	8,0	7,0-10,0
Classificação da intensidade da dor nos últimos 7 dias		
Leve (0-3 pontos na END)	1	1,0
Moderada (4-6 pontos na END)	22	22,0
Alta (7-9 pontos na END)	44	44,0
Incapacitante (10 pontos na END)	31	31,0
Dado ausente	2	2,0
Tempo (s) de execução do teste <i>Timed Up and Go</i> (mediana Q1-Q3)	11,3	9,1-14,4
Limitação da mobilidade (TUG > 10")		
Sim	61	61,0
Não	31	31,0
Dado ausente	8	8,0

END = Escala Numérica de Dor.

TUG = *Timed Up and Go Test*.

Tabela 4. Comparação da limitação da mobilidade entre as três fases da Chikungunya por meio dos testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney U.

VARIÁVEIS	FASE DA DOENÇA			P
	Aguda (<15 dias)	Subaguda (15-90 dias)	Crônica (>90 dias)	
Escala Numérica de Dor (END)	8,5 (7,3-9,3)	8,0 (7,0-10,0)	8,0 (6,0-10,0)	0,732
<i>Timed Up and Go Test (TUG)</i>	9,5 (9,0-10,5)	13,7 (10,7-15,6)*	10,8 (7,9-11,8)	0,0004

Significância adotada $p < 0,05$.

*Diferença entre as fases da doença encontrada no Teste de Mann-Whitney U.