



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

PROTOCOLO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VARICELA

5ª VERSÃO

2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Secretário de Saúde do Estado da Bahia

Fábio Vilas Boas Pinto

Superintendente de Vigilância à Saúde

Rívia Mary Barros

Diretora da Vigilância Epidemiológica

Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira

**Coordenadora Estadual de Imunizações e Vigilância de Doenças
Imunopreveníveis**

Akemi Erdens Aoyama Chastinet

2019. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica

É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte.

Protocolo Estadual de Vigilância Epidemiológica da Varicela. 5ª versão.

Bahia: Diretoria de Vigilância Epidemiológica. 2019

ÍNDICE

1. Introdução	04
2. Objetivos	05
3. Epidemiologia da Varicela	05
4. Aspectos Clínicos da Varicela	07
5. Varicela na gestação	08
6. Diagnóstico diferencial	09
7. Tratamento	09
8. Vigilância Epidemiológica da Varicela	10
9. Medidas de Prevenção e Controle	16
10. Eventos Adversos	21
11. Indicações e Contraindicações para a Vacina	22
12. Referências Bibliográficas	24
Anexo 01	25
Anexo 02	27
Anexo 03	29

1. Introdução

A varicela é uma doença habitualmente benigna na infância, embora esteja associada a complicações. Em recém-nascidos prematuros ou não e em determinadas circunstâncias, gestantes, adolescentes e adultos podem ter evolução grave. A infecção materna no primeiro ou no segundo trimestre de gestação pode resultar em embriopatia. Entretanto, o maior risco da varicela é quando ela acomete pacientes imunocomprometidos, podendo atingir inclusive o sistema nervoso central. A infecção primária produz a doença. Depois, o agente infeccioso pode permanecer latente nos gânglios nervosos próximos a medula espinhal e a sua reativação causa o herpes-zoster que ocorre por debilidade do sistema imunológico.

O vírus varicela zoster é responsável por duas doenças distintas: herpes zoster (conhecido como cobreiro ou zona) e a catapora. Uma vez adquirido o vírus Varicela, a pessoa fica imune à catapora. No entanto, esse vírus permanece em nosso corpo a vida toda e pode ser reativado, causando o Herpes-Zoster. O Herpes-Zóster surge quando há uma queda nas defesas imunológicas. Entre os fatores de risco podemos citar: idade acima de 50 anos, estresse físico ou psicológico, privação do sono, diabetes mellitus, câncer, quimioterapia, doenças crônicas, uso de drogas imunossupressoras, HIV/Aids.

Até 20% dos pacientes com história de catapora na infância vão apresentar pelo menos um episódio de herpes-zóster, geralmente após os 50 anos. Entre os pacientes com mais de 85 anos essa taxa sobe para mais de 50%.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aprimorar a vigilância epidemiológica da varicela no Estado da Bahia, contribuindo para adoção de medidas de controle oportunas.

2.2 Objetivos Específicos:

- Orientar a rede de atenção e de vigilância sobre os aspectos clínicos da varicela e o comportamento epidemiológico da doença;
- Definir os fluxos de informação para a vigilância epidemiológica da varicela;
- Divulgar as indicações para a vacina e para a imunoglobulina humana antivariçela-zoster;
- Definir os fluxos para solicitação da vacina e imunoglobulina;
- Qualificar os dados do sistema de informação.

3. Epidemiologia da Varicela

3.1 Descrição

Varicela

Infecção viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculopapular de distribuição centrípeta. A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas (na pele) que se apresentam nas diversas formas evolutivas (máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas), acompanhadas de prurido (coceira). As lesões, após algumas horas adquirem o aspecto vesicular, evoluindo rapidamente para pústulas e depois para crosta em 3 a 4 dias. Pode ocorrer febre moderada e sintomas sistêmicos.

Herpes-zóster

Decorre da reativação do vírus da varicela, que permanece latente, ocorrendo na idade adulta em pessoas com comprometimento imunológico, portadores de doenças crônicas, neoplasias, Aids e outras. A maioria dos doentes refere, antecedendo às lesões cutâneas, dores nevralgias, além de parestesias, ardor e prurido locais, acompanhados de febre, cefaleia e mal estar. A erupção é unilateral, raramente ultrapassa a linha mediana e segue o trajeto de um nervo. Quando não ocorre infecção secundária, as vesículas se dissecam, formam-se crostas e o quadro evolui para cura em 2 a 4 semanas. Em paciente imunossuprimidos, as lesões surgem em localizações atípicas e geralmente disseminadas.

Sinonímia

Varicela: catapora

Agente Etiológico:

Vírus varicela – zoster (VVZ), vírus RNA, família Herpetoviridae.

Reservatório

O homem

3.2 Modo de Transmissão

Pessoa a pessoa, através do contato direto ou de secreções respiratórias (disseminação aérea de partículas virais/aerossóis), e, raramente, através de contato com lesões de pele. Pode também ser transmitida indiretamente através de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados.

3.3 Período de Incubação

O tempo entre o contágio e aparecimento dos sintomas dura entre 14 e 16 dias, podendo variar de 10 a 21 dias após o contato. Pode ser mais curto em pessoas imunodeprimidas e mais longo após imunização passiva.

3.4 Período de Transmissibilidade

Varia de 1 a 2 dias antes da erupção até 6 dias após o surgimento do primeiro grupo de vesículas. Enquanto houver vesículas a infecção é possível por via respiratória, terminando quando todas as lesões estiverem em fase de crosta.

O período de transmissibilidade pode ser mais prolongado (até meses) em indivíduos com imunodeficiência, perdurando por todo o período de surgimento de novas lesões (vesículas).

Importante: crianças com varicela não complicada só devem retornar à escola após todas as lesões terem evoluído para crostas. Crianças imunodeprimidas ou que apresentam curso clínico prolongado só deverão retornar às atividades após o término da erupção vesicular.

3.5 Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é universal.

A infecção confere imunidade permanente, e raramente ocorre um segundo episódio de varicela. Infecções subclínicas são raras.

A imunidade passiva transferida para o feto pela mãe que já teve varicela assegura proteção até 4 a 6 meses de vida extra-uterina.

4.0. Aspectos Clínicos da Varicela

- ✓ **Período prodrômico** – caracteriza-se com febre baixa, cefaleia, anorexia e vômito, podendo durar de horas até 3 dias. Na infância, o primeiro sinal é o exantema. Em crianças imunocompetentes, a doença é geralmente benigna, com início repentino, apresentando febre moderada de 2 a 3 dias de duração, sintomas inespecíficos e erupção cutânea pápulo-vesicular na face, couro cabeludo ou tronco (distribuição centrípeta).
- ✓ **Período exantemático** – as lesões apresentam máculas que evoluem para pápulas, vesículas, pústulas e crostas. Tendem a surgir em partes cobertas do corpo (couro cabeludo, axilas, mucosas da boca e das vias aéreas superiores).

Principais Complicações:

- ✓ Infecção secundária da pele;
- ✓ Encefalite: inflamação aguda no sistema nervoso central, que provoca a inflamação do cérebro. Se não for tratada, pode ser fatal. Afeta principalmente bebês, crianças e adultos com o sistema imunológico comprometido;
- ✓ Varicela disseminada ou varicela hemorrágica em pessoas com comprometimento imunológico;
- ✓ Pneumonia;
- ✓ Síndrome de Reye: associada ao uso de ácido acetilsalicílico durante a fase aguda, principalmente em crianças (vômitos, irritabilidade, nível de consciência reduzido, edema cerebral, comprometimento hepático);
- ✓ Nevralgia pós herpética (NPH) – dor persistente por 4 a 6 semanas após a erupção cutânea que se caracteriza pela refratariedade ao tratamento.

O risco de complicações da varicela varia com a idade. As complicações ocorrem com muito mais frequência em pessoas com mais de 15 anos de idade e em crianças com menos de 1 ano de idade. Antes da introdução da vacinação contra varicela, as taxas de letalidade para varicela eram de aproximadamente 1 por 100.000 casos entre crianças de 1-14 anos de idade, 2,7 por 100.000 casos entre pessoas de 15-19 anos de idade e 25,2 por 100.000 casos entre adultos 30- 49 anos de idade. Os adultos representaram apenas 5% dos casos relatados de varicela, mas aproximadamente 35% da mortalidade. Nos adultos a doença cursa de modo mais grave, apesar de menos frequente (3% dos casos); a febre é mais alta e prolongada e as complicações mais comuns podem levar a óbito, principalmente devido a pneumonia primária.

5.0 Varicela na Gestação

A varicela em gestantes no 1º e 2º trimestre pode resultar em embriopatia (síndrome da Varicela Congênita). Gestantes não imunes, que tiveram contato

com casos de varicela e herpes-zóster devem receber a imunoglobulina humana contra o vírus. Os recém-nascidos que adquirem varicela entre 5 e 10 dias de vida, cujas mães se infectaram entre 5 dias antes do parto e 2 dias após, estão mais expostos à varicela grave, podendo atingir letalidade de 30%. A infecção intrauterina e a ocorrência de varicela antes dos dois anos de idade estão relacionadas à ocorrência de zoster em idades mais jovens.

- Síndrome da varicela congênita (taxa de ataque no primeiro trimestre da gravidez é de 1,2%; quando a infecção ocorrer entre 13^a e 20^a semanas de gestação é de 2%). Pode resultar em baixo peso ao nascimento, malformações das extremidades, cicatrizes cutâneas, microftalmia, catarata e retardo mental;

6.0 Diagnóstico Diferencial

Varíola (erradicada); coksackioses; infecções cutâneas; dermatite herpertiforme; impetigo; erupção variceliforme de kaposi; riquetsioses, entre outras.

7.0 Tratamento

Para pessoas sem risco de agravamento da varicela, o tratamento deve ser sintomático. Pode-se administrar anti-térmico, analgésico não salicilato e para atenuar o prurido, anti-histamíco sistêmico. Além disso, higienização da pele com água e sabonete, com adequado corte de unhas. Havendo infecção secundária, recomenda-se o uso de antibióticos, em especial para combater estreptococos do grupo A e estafilococus.

O tratamento específico da varicela é realizado por meio da administração do antiviral aciclovir, que é indicado para pessoas com risco de agravamento. Quando administrado por via endovenosa, nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas, tem demonstrado redução de morbi-mortalidade em pacientes com comprometimento imunológico.

8.0 Vigilância Epidemiológica da Varicela

8.1 Objetivos

- ✓ Avaliar o impacto da vacinação antivariçela-zóster, no país, sobre a morbimortalidade por varicela;
- ✓ Conhecer a incidência de casos graves de varicela no país;
- ✓ Conhecer a mortalidade por varicela no país;
- ✓ Conhecer os padrões de ocorrência da doença (sazonalidade e distribuição por faixa etária);
- ✓ Estabelecer medidas de controle frente a situações de surtos e grupos populacionais de alto risco para complicações e morte.

8.2 Definição de casos de varicela

Varicela

Paciente com quadro de febre moderada de início súbito, que dura de dois a três dias, e sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia na face, couro cabeludo ou tronco.

O caso de varicela que atenda a definição acima, sem outra causa aparente, pode ser confirmado com ou sem diagnóstico laboratorial.

Varicela grave

Paciente que atenda a definição de caso suspeito de varicela e que necessite ser hospitalizado ou tenha evoluído para óbito.

O caso de varicela que atenda a definição acima, sem outra causa aparente, pode ser confirmado com ou sem diagnóstico laboratorial.

Descartado

- Caso suspeito de varicela não grave, cuja avaliação clínico-epidemiológica conclua como senso outra doença;
- Caso suspeito de varicela grave, com diagnóstico laboratorial negativo para varicela ou confirmado como outra doença.

8.3 Notificação

Notificação Individual

A varicela é uma doença de notificação compulsória obrigatória desde 2002 em todo estado da Bahia, ou seja, todo caso suspeito deve ser notificado através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SinanNET), de acordo com a Portaria Estadual nº 1290 de 09 de novembro de 2017.

A notificação individual (CID B01) deve ser realizada no SinanNET, módulo individual, visando fornecer informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal e estadual. Ficha de notificação individual (ANEXO 2).

Para fins de conhecimento da incidência de casos graves, internados e óbitos, em consonância com a Portaria de Consolidação nº4 de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, casos graves, internamentos, surtos e óbitos devem ser notificados de imediato em até (24 horas) a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde

Nos casos graves de varicela e em situações de óbitos, orienta-se o registro da evolução do caso no módulo individual do SinanNET na aba “**investigação**”. Nessa mesma aba, no campo “**observações adicionais**” devem ser registradas as informações sobre a data do internamento e quais foram as principais complicações apresentadas.

Notificação de Surtos de Varicela

Surtos decorrentes deste agravo em hospitais, creches, pré-escolas, escolas, áreas indígenas e comunidades em geral devem ser notificados no Sistema de Informação Nacional dos Agravos de Notificação (SinanNet) no módulo surto - **Ficha de Investigação de Surto (ANEXO 3)**. Deve-se atentar para o registro dos casos na **Planilha de Acompanhamento de Surto**.

8.4 Contatos significativos com varicela

- ✓ Contato domiciliar contínuo;
- ✓ Permanência junto com o doente durante pelo menos uma hora em ambiente fechado;
- ✓ Contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado (profissionais de saúde);

8.5 Contato significativo com caso de herpes zoster

Quando houver contato físico (por exemplo: abraços) entre o doente e o suscetível. O paciente com herpes-zóster ativo é contagioso apenas para as pessoas que nunca tiveram varicela.

8.6 Definição de Surto de Varicela

Considera-se como surto de varicela a ocorrência de um número de casos acima do limite esperado com base nos anos anteriores, ou um único caso em ambiente hospitalar, ou casos agregados em creches, escolas e áreas indígenas.

8.7 Surtos de Varicela em Ambiente Hospitalar

Considera-se como surto de varicela em ambiente hospitalar, a ocorrência de um único caso confirmado de varicela.

O contato com varicela em ambiente hospitalar é caracterizado pela associação do indivíduo suscetível com uma pessoa infectada, de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado, assim, a possibilidade de contrair a infecção.

Considera-se como suscetível, o indivíduo que não comprovar a vacinação anterior contra varicela.

- Precauções de contato e de aerossóis durante o período de transmissibilidade. Os Equipamentos de Proteção Individual - EPI para profissionais de saúde e acompanhantes suscetíveis expostos ao contato com o paciente durante o período de transmissibilidade do vírus da varicela são as máscaras PFF2 ou N95 (precauções para aerossóis); luvas e aventais para precauções de contato. As precauções padrão devem ser mantidas durante todo o período de internação para todos os pacientes, independente do estado presumido de infecção
- Internação do paciente: preferencialmente em quarto privativo. Caso não seja possível, a profilaxia está recomendada para os comunicantes suscetíveis que compartilham o mesmo ambiente.

8.8 Recomendações relacionadas aos comunicantes (indivíduos suscetíveis que foram expostos ao contato com o caso de varicela):

- Na ocorrência de varicela em ambiente hospitalar, devido ao risco de disseminação da doença, está indicada a utilização de precauções por aerossóis aos pacientes suscetíveis, comunicantes do caso de varicela. Esses comunicantes devem ser rapidamente identificados para administração da profilaxia pós-exposição;
- Nas situações de controle de surto em hospitais, mesmo utilizando a vacina é importante lembrar que existe a possibilidade de que um pequeno percentual de pessoas desenvolva a doença. Todos os contatos deverão ser avaliados quanto à possibilidade de alta hospitalar. Na impossibilidade de alta deverá ser definida a coorte de comunicantes

suscetíveis à varicela, que seguirão internados em isolamento (quarto privativo para a coorte com precauções para aerossóis), a partir do 8º dia a contar da primeira exposição ao caso, e até o 21º dia após o último contato, mesmo que tenham recebido a vacina de varicela pós-exposição; no caso de terem recebido a imunoglobulina humana antivaricela-zoster (VZIG) a coorte deverá ser mantida em isolamento até o 28º dia;

- Se algum paciente da coorte de comunicantes desenvolver varicela, ele deverá ser retirado da coorte e internado em novo isolamento (quarto privativo, com precauções para aerossol e contato durante todo o período de transmissibilidade do vírus, ou durante toda a internação, se for imunocomprometido);
- Os profissionais de saúde suscetíveis à varicela deverão ser afastados do cuidado direto aos pacientes a partir do 8º dia após o primeiro contato até o 21º dia após o último contato caso tenham recebido a vacina (ou até o 28º dia, se receberam VZIG). No caso de não ser possível o afastamento das funções de assistência durante esse período, deverão utilizar máscara N95 ou PFF2. Caso venham a apresentar varicela deverão ser afastados do trabalho.
- Havendo a necessidade de internar pessoas suscetíveis durante a vigência do surto, está indicada a profilaxia;
- Comunicantes imunes à varicela (pacientes, profissionais de saúde e acompanhantes) não precisam receber vacina, nem VZIG e nem ser colocados em isolamento;
- A solicitação das doses da vacina contra varicela e imunoglobulina em situação de surto, seguirá os fluxos definidos pelo Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE);

Medidas de Biossegurança e Precauções de Isolamento na Assistência aos Pacientes em Situações de Surto de Varicela em Ambiente Hospitalar

- Lavagem das mãos antes e após o cuidado com o paciente;

- Máscaras comuns (tipo cirúrgica) não conferem proteção adequada em se tratando de aerossóis (tuberculose, varicela e sarampo), devendo ser utilizadas máscaras PFF2 ou N95;
- Segundo as Normas de Regulamentação (NR 32) o uso de aventais, luvas, jalecos, máscaras e óculos de proteção pelos profissionais de saúde que estejam cuidando ou tenham a possibilidade de entrar em contato com paciente portador de varicela é imprescindível, assim como é de fundamental importância que os cabelos dos profissionais estejam sempre presos e protegidos com toca/gorro, impedindo a transmissão do vírus;
- O recém-nascido de mãe com varicela não deve ser amamentado neste período, sendo necessária a ordenha manual do leite para manter a produção do mesmo. Amamentar após usar a Imunoglobulina no RN.
- Medidas de precaução padrão devem ser mantidas durante todo o período de internação para todos os pacientes, independente do estado presumido de infecção.

Após a alta do paciente, para proceder à limpeza e para a liberação do quarto do isolamento respiratório, aguardar pelo menos 2 horas mantendo portas e janelas abertas. Se houver filtro HEPA, (sistema que faz a troca do ar em intervalos constantes, permitindo captar o contaminante no local onde é gerado e lançá-lo no meio externo após filtragem com alta eficiência - filtra 99,9% das impurezas do ar), 1 hora com janelas e portas fechadas.

No momento que a doença chega ao fim deve ser feita a desinfecção e esterilização dos objetos, quarto/leito que foram utilizados no tratamento. A desinfecção tem como objetivo eliminar risco de contágio, impedindo a contaminação de outros usuários.

8.9 Surto de Varicela em Creches/Escolas

A ocorrência de casos agregados em creches e escolas é considerada surto

As ações de bloqueio vacinal em escolas se restringem àquelas que atendem crianças menores de 7 anos de idade.

Considera-se contato nessas instituições, crianças e profissionais suscetíveis que tiveram contato com o caso de varicela.

8.10 Orientações para controle do surto em Creches/Escolas:

Recomendações relacionadas aos casos de varicela:

- As crianças com varicela devem permanecer no domicílio até que as lesões evoluam para crosta;
- Condições que favoreçam a evolução para casos graves devem ser avaliadas para que haja adequada assistência médica.

Recomendações relacionadas às ações de controle do surto:

- Identificar o número de contatos suscetíveis (nunca antes vacinados) a partir de 9 meses de idade, incluindo funcionários dessas instituições;
- Identificar entre os contatos, pessoas com imunossupressão, menores de 9 meses e gestantes da instituição que tiveram contato com os casos. Anotar idade e peso para cálculo da dosagem da Imunoglobulina Específica;
- A solicitação das doses da vacina contra varicela e imunoglobulina em situação de surto, seguirá os fluxos definidos pelo CRIE;
- Obedecer aos prazos oportunos para aplicação dos imunobiológicos (vide orientações para vacinação em situação de surto);
- Monitorar o aparecimento de casos novos;
- Recomenda-se não realizar admissão de crianças suscetíveis até que tenha decorrido 21 dias do último caso. Na impossibilidade, vacinar a criança antes da admissão;
- Após 21 dias sem novos casos, considera-se o surto controlado.
- As doses da vacinação de boqueio devem ser registradas na caderneta de vacinação e no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).

9.0 Medidas de Prevenção e Controle

Os comunicantes (pessoas com contato íntimo e prolongado, por mais de uma hora, em ambiente fechado) suscetíveis (sem referência de ter tido a doença -

diagnóstico clínico ou informação verbal, ou não ter sido vacinado contra varicela) deverão ser prontamente identificados, para que sejam imunizados:

- Vacina varicela para as pessoas imunocompetentes suscetíveis (pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde), até 120 horas após o contato com o caso índice (vacinação de bloqueio). O esquema vacinal nesses casos está disponível no Manual do CRIE.
- Imunoglobulina humana varicela zoster (**IGHAVZ**) para as crianças menores de 9 meses de idade, gestantes suscetíveis e imunocomprometidos, até 96 horas após o contato com o caso índice. Dose única de 125 UI para cada 10 kg de peso (a dose mínima é de 125 UI e a dose máxima de 625 UI), administrada nas primeiras 96 horas depois de ter ocorrido o contato.

As vacinas varicela são de vírus vivos atenuados, provenientes da cepa Oka. Cada dose da vacina deve conter, no mínimo, 1.350 unidades formadoras de placas (UFP) do vírus varicela zoster (VVZ) atenuado. As vacinas varicela podem conter sacarose, gelatina (suína hidrolisada), ureia, cloreto de sódio, glutamato de sódio monobásico, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monobásico e cloreto de potássio. A vacina também contém componentes residuais de células MRC-5 e traços de neomicina (antibiótico) e de soro fetal bovino do meio de cultura de MRC-5. O produto não contém conservantes.

A vacina varicela está licenciada no Brasil na apresentação monovalente ou a vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola, varicela).

A imunoglobulina humana antivariela-zoster (IGHAVZ) é obtida de plasma humano contendo títulos altos de IgG contra o vírus da varicela; contém de 10% a 18% de globulina e timerosal como conservante. Geralmente as apresentações contêm 125 unidades por frasco, com o volume variando de 1,25 mL a 2,5 mL. Deve-se observar as orientações do fabricante a cada nova partida do produto.

A vacina contra o vírus varicela-zoster previne não só a catapora como também o herpes-zóster.

A utilização da IGHAVZ depende do atendimento de três condições:

Que o comunicante seja suscetível			
A) Pessoas imunocompetentes e imunodeprimidos sem história bem definida da doença e/ou de vacinação anterior.		B) Pessoas com imunodepressão celular grave, independentemente de história anterior de varicela.	
Que tenha havido contato significativo com o vírus varicela zoster			
A) Contato domiciliar contínuo: permanência com o doente durante pelo menos 1 hora em ambiente fechado.		B) Contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado, de pelo menos 1 hora.	
Que o suscetível seja pessoa com risco especial de varicela grave			
A) Recém-nascidos de mães nas quais o início da varicela ocorreu nos cinco últimos dias de gestação ou até 48 horas depois do parto.	B) Recém-nascidos prematuros, com 28 ou mais semanas de gestação, cuja mãe nunca teve varicela.	C) Recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou com menos de 1.000 g ao nascimento), independentemente de história materna de varicela.	D) Gestantes, crianças ou adultos imunodeprimidos e menores de 1 ano em contato hospitalar com o vírus varicela zoster (VVZ).

Solicitação de Imunobiológico

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar ou o setor responsável deverá solicitar a vacina ou imunoglobulina à vigilância epidemiológica do município através de relatório contendo dados do caso índice: data de internação, início dos sinais e sintomas, idade e peso do paciente. Quanto aos comunicantes: nome, história anterior da doença, idade, peso, patologias como motivo da internação e outras diagnosticadas, informações sobre o uso de corticóide (tempo e dosagem) e data do contato com o caso índice. Preencher formulário padronizado, com informações necessárias para liberação do imunobiológico.

Ficha de Solicitação de Imunobiológico e de Vacina Varicela (ANEXO 1)

Obs: Nas situações de controle de surto em hospitais, mesmo utilizando a vacina, é importante lembrar que existe a possibilidade de que um pequeno percentual de pessoas desenvolva a doença.

9.1 Orientações para Vacinação de Rotina

As vacinas tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e varicela (atenuada) estão disponíveis para crianças menores de sete anos de idade, de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.

- Uma dose da vacina tetra viral deve ser administrada aos 15 meses de idade, em crianças vacinadas com a primeira dose da vacina tríplice viral (VTV) aos 12 meses. Crianças não vacinadas oportunamente aos 15 meses de idade poderão receber a tetra viral até 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias. A dose da tetra viral corresponde a segunda dose VTV e a primeira dose da varicela;
- Uma dose da vacina varicela (atenuada) aos 4 anos corresponde à segunda dose da varicela, considerando a tetra viral aos 15 meses. Crianças não vacinadas oportunamente aos 4 (quatro) anos, poderão

receber a vacina varicela (atenuada) até 6 (seis) anos, 11 meses e 29 dias. A segunda dose visa corrigir possíveis falhas vacinais da primeira dose, aumentar a proteção deste grupo alvo contra varicela e prevenir a ocorrência de surtos da doença em creches e escolas (NI 135-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS).

A vacinação oportuna reduz o risco de complicações, casos graves e óbitos por varicela no grupo alvo da vacinação.

9.2 Orientações para Imunização em Situações de Surto

- Intensificação da vacinação de rotina, com busca ativa de crianças não vacinadas;
- Vacinação seletiva (pessoas sem histórico de vacinação anterior) dos contatos de casos suspeitos ou confirmados de varicela em hospitais, áreas indígenas, creches e escolas que atendem crianças menores de 7 (sete) anos de idade. A **vacinação** deve ser realizada **até 120 horas** após identificação do caso suspeito ou confirmado;
- A vacina varicela (atenuada) está contraindicada para os contatos menores de 9 meses de idade, gestantes, indivíduos com história de reação anafilática a qualquer componente da vacina e imunodeprimidos (exceto os previstos nas indicações dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE). Essas pessoas devem receber a **imunoglobulina antivariçela zoster até 96 horas** após o contato com caso suspeito ou confirmado da doença;
- Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até pelo menos 30 dias após a vacinação.

10.0 Eventos adversos

10.1 Eventos adversos a Vacina Atenuada

Locais: sintomas locais como dor, hiperestesia ou rubor podem ocorrer em torno de 20% dos vacinados nas primeiras horas após a aplicação. Erupção leve semelhante a varicela pode surgir no local da aplicação de 8 a 19 dias após a vacinação em torno de 3,5% dos vacinados.

Sistêmicos: febre pode ocorrer em torno de 15% dos vacinados, até 40 dias depois da vacinação. Erupção variceliforme, com cinco lesões, em média, pode ocorrer de 5 a 26 dias após a vacinação. Encefalite, ataxia, eritema polimorfo e anafilaxia foram relatados raramente, assim como plaquetopenia.

Alérgicos: anafilaxia é rara.

10.2 Eventos adversos da IGHAVZ (Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster)

A IGHAVZ não tem qualquer indicação terapêutica. Seu uso tem finalidade exclusivamente profilática.

Locais: eritema, enduração e dor de intensidade leve são comuns.

Sistêmicos: febre, sintomas gastrointestinais, mal-estar, cefaleia, exantema, ocasionalmente.

Alérgicos: anafilaxia é rara

11.0 Indicações e Contraindicações para a Vacina.

11.1 Indicação de Vacinação Pré-exposição em suscetíveis

1. Pessoas imunocompetentes de grupos especiais de risco (profissionais de saúde, cuidadores e familiares) suscetíveis a doença que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com pacientes imunodeprimidos;
2. Maiores de 1 ano de idade imunocompetentes e suscetíveis a doença, no momento da internação onde haja caso de varicela;
3. Candidatos a transplante de órgãos, suscetíveis a doença, até pelo menos três semanas antes do procedimento, desde que não estejam imunodeprimidos;

4. Nefropatias crônicas;
5. Síndrome nefrítica;
6. Doadores de órgãos sólidos e de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea);
7. Receptores de transplante de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea): para pacientes transplantados há 24 meses ou mais, sendo contraindicadas quando houver doença enxerto *versus* hospedeiro;
8. Crianças e adolescentes infectados pelo HIV suscetíveis a varicela nas categorias clínicas (CDC) N, A e B com CD4 >15%. Recomenda-se a vacinação de crianças expostas, mesmo já excluída a infecção pelo HIV, para prevenir a transmissão da varicela em contato domiciliar com imunodeprimidos;
9. Pacientes com deficiência isolada de imunidade humoral (com imunidade celular preservada);
10. Doenças dermatológicas graves, tais como: ictiose, epidermólise bolhosa, psoríase, dermatite atópica grave e outras assemelhadas;
11. Uso crônico de ácido acetil salicílico (suspender uso por seis semanas após a vacinação);
12. Asplenia anatômica e funcional e doenças relacionadas;
13. Trissomias.

11.2 Contraindicações para a Vacina

- a) Pacientes imunodeprimidos, exceto nos casos previstos nas indicações;
- b) Durante o período de três meses após a suspensão de terapia imunodepressora ou um mês, em caso de corticoterapia.
- c) Gestação (mulheres em idade fértil vacinadas devem evitar a gravidez durante um mês após a vacinação).
- d) Reação anafilática à dose anterior da vacina ou a algum de seus componentes.
- e) Administração recente de sangue, plasma ou imunoglobulina (recomenda-se intervalo mínimo de três meses entre a administração desses produtos e a vacina).

Devido à raridade da transmissão do vírus vacinal, a vacina varicela não é contraindicada para pessoas que convivem com pacientes imunodeprimidos,

inclusive aqueles infectados pelo HIV e mulheres grávidas. Por cautela, os vacinados que desenvolvem exantema variceliforme pós vacinação devem evitar o contato com pacientes imunodeprimidos e gestantes. Não se recomenda o uso de IGHAVZ nessa circunstância, pois o risco de transmissão é considerado mínimo.

Pessoas em uso de corticoides podem ser imunizadas

1. Se estiverem recebendo baixas doses (menor que 2 mg/kg de peso/dia até um máximo de 20 mg/dia de prednisona ou equivalente). O uso de corticosteroides por via inalatória, tópica ou intra-articular não contraindica a administração da vacina.
2. Se o corticoide tiver sido suspenso há pelo menos um mês, quando usado em doses superiores as referidas acima.

12.0 Referências Bibliográficas:

1. Bahia, Portaria Estadual nº 1290 de 09 de novembro de 2017, que atualiza a lista estadual de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública de Notificação Compulsória. Bahia, 2017.
2. Bahia, Portaria nº 2743 de 19 de agosto de 1996 (Normatiza Medidas de Biossegurança e Precauções de Isolamento e Padroniza Produtos Destinados à Limpeza, Descontaminação, Desinfecção Localizada de Superfícies, Desinfecção e Esterilização Química de Artigos para uso na Rede Hospitalar Estadual).
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) – Brasília, 2014. Versão eletrônica.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços-2.ed.- Brasília: Ministério da Saúde , 2017. 705p.:il.
5. Brasil, Portaria MTE 1.748, de 11 de Novembro de 2011. Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde – NR-32.
6. Brasil, Lei 9431/97 Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País, Brasil, 1997.
7. Brasil, Portaria 2616/98, que dispõe sobre diretrizes para a prevenção e controle da infecção hospitalar.
8. Brasil, Norma Informativa nº 80/2018 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS.
9. Brasil. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.
10. CDC. Varicella - Centers for Disease Control and Prevention. Pinkbook 2012.

ANEXO 01- FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINAS E VACINAS VARICELA



DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINAS E VACINAS VARICELA

INFORMAÇÕES DO CASO ÍNDICE	
Nome completo	
Idade	
Diagnóstico	
Data dos primeiros sintomas	
Peso	
Data da admissão	
Data da notificação	
Nome da Mãe (completo)	
Endereço:	
Telefone	
Unidade de Saúde	
Setor de internamento/Telefone	

* Encaminhar o relatório médico do paciente.

INFORMAÇÃO DOS CONTACTANTES/PACIENTES ENFERMARIA OU UNIDADE FECHADA					
Nome completo	Idade	Peso	Diagnóstico	Uso de corticóide /imunodeprimido	Já teve Varicela (SIM ou Não)

Assinalar com *SIM/NÃO* se os pacientes estão em uso de corticóide; se são imunodeprimidos.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

GENITORAS (ou acompanhantes na enfermaria com contato contínuo, a partir de 1 hora)			
Nome completo	Idade	Gestante/Semana gestacional	Já teve Varicela (SIM ou Não)

Sinalizar para presença de acompanhantes gestantes e semana de gestação.

PROFISSIONAIS (pessoas que prestaram cuidados ao caso índice, nos 3 turnos).			
Nome completo	Idade	Gestante/Semana gestacional	Já teve Varicela (SIM ou Não)

Atentar para o prazo de administração da:

- **Imunoglobulina** – até 96h após contato com a varicela, para imunodeprimidos e gestantes;
- **Vacina** – até 120h após o contato, em > 1 ano de idade, imunocompetentes, conforme protocolo do CRIE.

Obs.: A dosagem da Imunoglobulina 125 UI para cada 10kg de peso; dose máxima 625 UI.

Data ____/____/____

Assinatura do profissional solicitante, com carimbo.

Enviar para o FAX DIVEP (71): 3116-0033/0060 ou E-mail: sesab.imune@saude.ba.gov.br

ANEXO 2- FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

SINAN

Nº

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação

2 - Individual

2 Agravado/doença

VARICELA

3 Data da Notificação

UF

5 Município de Notificação

Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

Dados Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade

1- Hora
2 - Dia
3 - Mês
4 - Ano

11 Sexo

M - Masculino
F - Feminino
I - Ignorado

12 Gestante

1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre
4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica
9-Ignorada

13 Raça/Coi

1-Branca 2-Preta 3-Amarela
4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade

0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

Dados de Surto

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito

19 Local Inicial de Ocorrência do Surto

1- Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola
4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria
7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município
10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar

18 Nº de Casos Suspeitos/
Expostos

Dados de Residência

20 UF

21 Município de Residência

Código (IBGE)

22 Distrito

23 Bairro

24 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

25 Número

26 Complemento (apto., casa, ...)

27 Geo campo 1

28 Geo campo 2

29 Ponto de Referência

30 CEP

31 (DDD) Telefone

32 Zona

1 - Urbana 2 - Rural
3 - Periurbana 9 - Ignorado

33 País (se residente fora do Brasil)

Notificante

Município/Unidade de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia 	02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra 	03 Especificar tipo de exame : 	
	04 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	07 Data do início do exatema 	08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	09 Foi realizado líquido ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	10 Resultado da bacterioscopia : 		
	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	12 Data da última dose tomada 	13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	14 Data da hospitalização
	15 UF 	16 Município do hospital 	17 Nome do hospital 	Código (IBGE)
Notificação Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 			
Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória) 			
	País: _____ UF Município: _____ Distrito : _____ Bairro: _____			

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006

ANEXO 3- FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 3 - Surto			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito
Notificação de Surto	8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação			
	9 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola ☐ 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria (similares) 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____			
Dados de Ocorrência	10 UF	11 Município de Residência	Código (IBGE)	12 Distrito
	13 Bairro	14 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	15 Número	16 Complemento (apto., casa, ...)		17 Geo campo 1
	18 Geo campo 2		19 Ponto de Referência	20 CEP
	21 (DDD) Telefone	22 Zona	23 País (se residente fora do Brasil)	
			1 - Urbana 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
Situação Inicial	24 Data da Investigação		25 Modo Provável da Transmissão	
			1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado ☐	
26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável 1- Alimento/Água 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água) 3- Vetor ☐ 4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.) 6- Outro Especificar _____ 9- Ignorado				
Observações				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	

Surto

Sinan NET

SVS 29/05/2006

Equipe de Elaboração

Teresa Maria de Souza – GT Varicela (1ª Versão)

Suelena Costa Magalhães Gomes - GT Varicela (2ª Versão)

Euma Fraga Marques – GT Varicela (3ª Versão)

Aldacy Matos de Andrade - GT Exantemáticas/Civedi/Divep/Suvisa (4ª Versão)

Adriana Dourado de Carvalho – GT Exantemáticas/Civedi/Divep/Suvisa (5ª Versão)

Andréa Uiara - GT Exantemáticas/Civedi/Divep/Suvisa (5ª Versão)

Gabriella Pereira Santos – Residente Uneb (5ª Versão)

Colaboração na Revisão Textual

Maria de Fátima Sá Guirra – Cei -Covedi/Divep/Suvisa

Ramon da Costa Saavedra – Civedi/Divep/Suvisa

Akemi Erdens Aoyama Chastinet - Civedi/Divep/Suvisa