

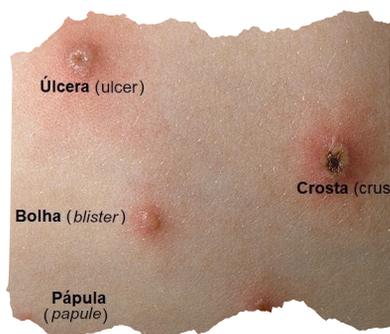
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VARICELA

2023

1. VISÃO GERAL DA DOENÇA

A varicela é uma infecção aguda, altamente contagiosa causada pelo vírus varicela-zoster (VVZ), da família *Herpetoviridae*. Caracteriza-se pelo surgimento de lesões de pele maculopapulares, que se tornam vesículas, das quais algumas se rompem e outras evoluem para formação de pústulas e posteriormente formam-se crostas, todo o processo é acompanhado por prurido. Os diferentes estágios evolutivos das lesões cutâneas (pápulas, vesículas, pústulas e crostas) podem ocorrer simultaneamente. A evolução para a cura geralmente ocorre em até uma semana. O quadro clínico pode vir acompanhado de febre moderada, prostração, cefaleia, anorexia e dor de garganta. A doença acomete principalmente crianças e jovens menores de 14 anos. Em crianças, a evolução geralmente é benigna e autolimitada. No entanto, em adolescentes e adultos, o quadro clínico tende a ser mais severo.



2. TRANSMISSÃO

Trata-se de uma doença altamente transmissível. O risco de transmissão é elevado em situações de contato próximo e de permanência em um mesmo ambiente (fechado) por mais de 1 hora, como comumente ocorre em creches e salas de aula. A transmissão pode variar de 1 a 2 dias antes do surgimento das lesões até o momento em que todas estejam em fase de crosta. A principal via de transmissão é pelo contato direto com gotículas de um indivíduo infectado ou com o líquido das vesículas. Mais raramente, a transmissão se dá de forma indireta, pelo contato com objetos recém contaminados com secreção das vesículas. É possível ainda a transmissão da varicela durante a gestação, através da placenta.

3.PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação (período antes da manifestação dos sintomas) costuma ser de 14 a 16 dias, podendo variar de 10 a 21 dias após o contato

5.DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico é clínico, exceto quando é necessário fazer o diagnóstico diferencial em casos graves. Os casos não graves devem receber tratamento sintomático, sendo indicado isolamento domiciliar (cerca de 7 dias e/ou até as lesões evoluírem para crostas). Além disso, recomenda-se a higiene da pele com água e sabão, bem como, o adequado corte das unhas. O tratamento específico da varicela é realizado por meio da administração de antiviral, quando há indicação médica para pessoas com risco de agravamento. O tratamento sintomático pode ser feito em regime ambulatorial, enquanto que pessoas acometidas por varicela grave devem ser hospitalizadas imediatamente, em regime de isolamento de contato e respiratório.

6. IMUNIDADE E SUCETIBILIDADE

A suscetibilidade é universal. Geralmente a infecção confere imunidade permanente, embora o sistema imunológico não seja capaz de eliminar o vírus. Devido a isso, em cerca de 10 a 20% dos indivíduos que tiveram a doença, principalmente em idosos e em imunodeficientes, o agente infeccioso, que permanece latente no organismo, pode ser reativado décadas depois manifestando-se como herpes-zoster. A imunidade passiva transferida para o feto pela mãe que já teve varicela assegura, na maioria das vezes, proteção de quatro a seis meses de vida extrauterina.

7. COMPLICAÇÕES

As complicações podem variar desde infecção secundária das lesões de pele, pneumonia, encefalite, complicações hemorrágicas, hepatite, artrite, Síndrome de Reye, até relatos de infecção invasiva severa por estreptococos do grupo A. As principais causas de internação estão relacionadas a infecções bacterianas secundárias (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*) principalmente devido ao ato de coçar as lesões. Embora a infecção bacteriana geralmente fique limitada à pele, pode haver disseminação através da corrente sanguínea para outros órgãos, como pulmão ou infecção generalizada (sepsis). Em crianças com menos de 01 ano de idade é comum a ocorrência de pneumonia bacteriana secundária.

8. VARICELA NO PERÍODO GRAVÍDICO

A infecção materna no 1º ou no 2º trimestre da gestação pode resultar em embriopatia. Nas primeiras 16 semanas de gestação, pode causar a síndrome da varicela congênita que se caracteriza por baixo peso ao nascerem, malformações das extremidades, cicatrizes

cutâneas, microftalmia, catarata e retardo mental. Quando surge no final da gravidez ou logo após o parto, o recém-nascido pode vir a desenvolver doença disseminada, com até 30% de letalidade. O período crítico ocorre quando a infecção materna se manifesta entre 05 dias antes e 02 dias depois do parto, uma vez que nestas circunstâncias é mais provável que ocorra passagem do vírus através da placenta, mas não de anticorpos maternos, que ainda estariam sendo produzidos. Gestantes não imunes (não vacinadas ou nunca apresentaram a doença), que tiverem contato com casos de varicela e herpes-zoster, devem receber a imunoglobulina humana contra esse vírus, disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES).

9. PREVENÇÃO

A vacinação é a forma mais eficiente de prevenir a ocorrência da doença na população. No Brasil, a vacina tetraviral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela) está disponível na rotina de vacinação infantil desde 2013. O Calendário Nacional de Vacinação da Criança indica uma dose aos 15 meses em crianças que já tenham recebido uma dose da vacina Tríplice Viral, com limite de idade para aplicação de até 4 anos 11 meses e 29 dias. Após administrar a 1ª dose aos 15 meses de idade com a vacina tetraviral, administrar a 2ª dose aos 4 anos de idade com varicela monovalente. Maiores de 5 anos até 7 anos de idade incompletos, sem história prévia de vacinação, devem receber duas doses de varicela monovalente, respeitando o intervalo mínimo de 1 mês entre elas. O prazo para administração da vacina varicela é de até 6 anos, 11 meses e 29 dias. Considerar vacinada a criança que comprovar duas doses de vacina com componente varicela. Para profissionais de saúde que trabalham na área assistencial, independente da idade, administrar uma ou duas doses da vacina varicela, a depender do laboratório produtor (verificar na bula que acompanha a vacina). A eficácia global da vacina é de aproximadamente 70% contra a infecção, e de mais de 95% contra as formas graves da doença. Ainda, para grupos especiais de risco a vacina está disponível nos CRIES.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

BRASIL

O Ministério da Saúde estima que ocorram 3 milhões de casos de varicela ao ano, porém não há uma série histórica de dados sobre a incidência da doença, uma vez que somente a partir da portaria de doenças de notificação compulsória de 2014 (Portaria nº1271 de 6 de julho de 2014) foram incluídos a notificação dos casos graves internados e óbitos de varicela.

No país, no período de 2012 a 2019, houve a notificação de 694.809 casos de varicela grave, sendo o pico no ano de 2013 com 198.070 casos, no ano seguinte inicia um declínio nas notificações, chegando em 2019 a 26.766 notificações. Quanto aos óbitos foram registrados 649 óbitos por varicela, com maior concentração na faixa etária de 1 a 4 anos com 217 (33,4%). Em 2012 foi registrado o maior número de óbitos por varicela com 176 (27,1%) enquanto que nos anos de 2015 e 2016 foram registrados os menores números, 81 (12,4%) e 76 (11,7%) respectivamente.

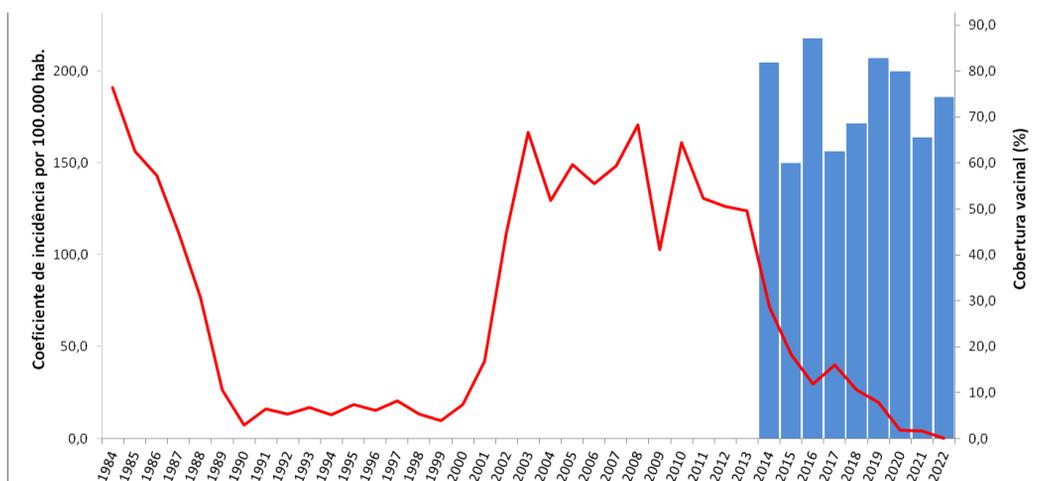
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

RIO GRANDE DO SUL

No RS a varicela é uma doença de interesse estadual desde o Decreto Estadual n.º 23.430, de 24 de outubro de 1974, sendo notificada na forma individual e em casos de surto. Avaliando a série histórica de 1984 a 2022 observa-se que a incidência da doença variou de 190,9 a 4,0 casos por 100.000 habitantes, sendo o maior coeficiente registrado em 1984 e os menores em 2020 e 2021, anos da pandemia de COVID-19, onde devido a estratégias de enfrentamento da doença como o fechamento do comércio, escolas e indústrias, houve a diminuição da circulação das pessoas e com isso a redução de incidência de doenças de transmissão respiratórias.

Mesmo antes da pandemia, o RS já apresentava uma redução na incidência da doença desde 2013, quando foi inserida no calendário vacinal brasileiro a vacina tetraviral (sarampo, rubéola, caxumba, varicela). Acredita-se que a queda na incidência no período de 1990 a 2000 tenha sido gerada por problemas com o registro de dados. A cobertura vacinal tem apresentado uma média de cobertura anual de 65,3% (59,9% a 87,12%) entre 2014 e 2022 (Figura 1).

Figura 1- Taxa de incidência de varicela e cobertura vacinal da vacina tetraviral, Rio Grande do Sul, 1984 a 2022

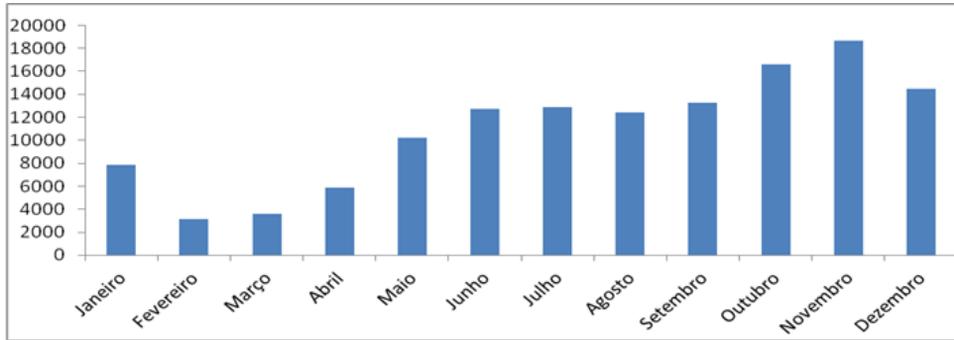


Fonte: SINAN/CEVS/SES/RS

SAZONALIDADE

A ocorrência de casos de varicela no RS não é diferente do que se observa na literatura, onde identifica-se registros de casos da doença durante o ano todo, porém com aumento no número de casos no período do final do inverno e primavera.

Figura 2- Distribuição de casos de varicela acumulados por mês de início dos sintomas, Rio Grande do Sul, 2007 a 2022

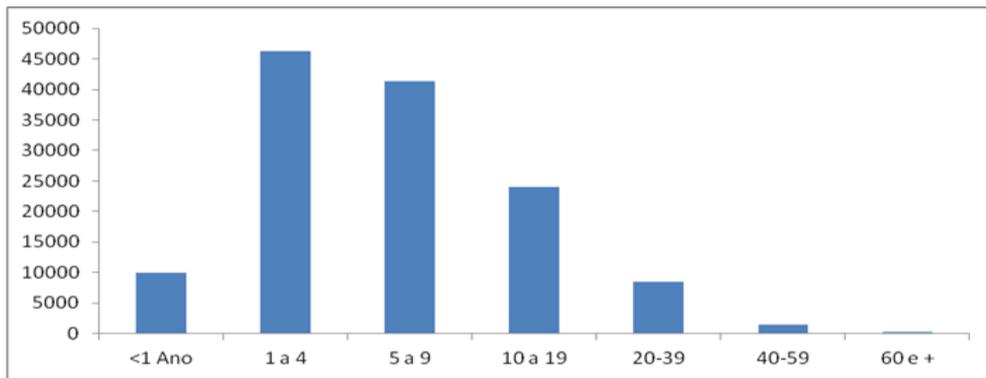


Fonte: SINAN/CEVS/SES/RS

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR FAIXA-ETÁRIA

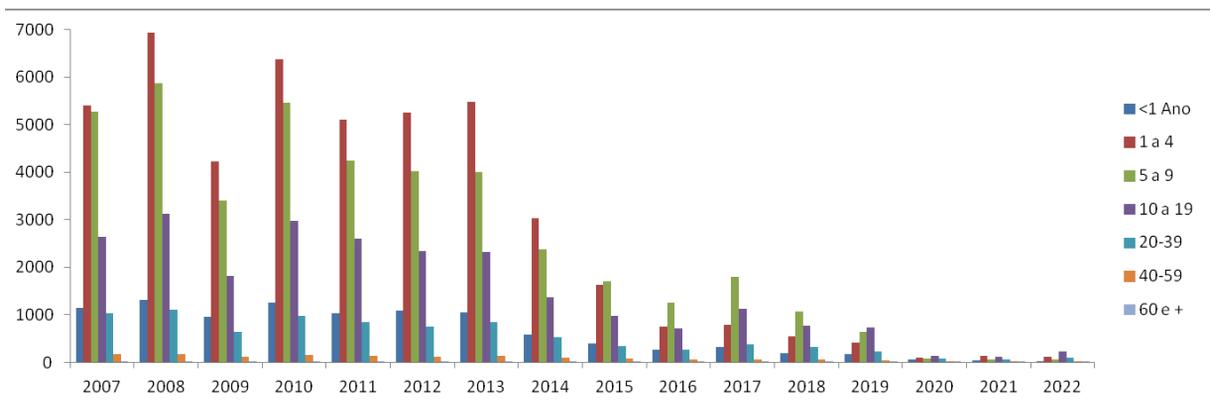
Avaliando a série história de 2007 a 2022 (131.913 casos), a faixa-etária que registra maior número de casos de varicela é a de 1 a 4 anos com 46.332 (35,1%) seguido por 5 a 9 anos, 41.338 (31,3%) e 10 a 19 anos com 24.020 (18,2%), (Figuras 3 e 4).

Figura 3 Distribuição de casos de varicela acumulados por faixa-etária, Rio Grande do Sul, 2007 a 2022



Fonte: SINAN/CEVS/SES/RS

Figura 4-Distribuição de casos de varicela por faixa-etária e ano de início dos sintomas, Rio Grande do Sul, 2007 a 2022



Fonte: SINAN/CEVS/SES/RS

A Figura 4 ilustra o deslocamento da faixa etária mais acometida, destacando-se o período a partir de 2019, no qual a faixa etária de 1-9 anos deixou de ser a mais acometida, sendo substituída pela faixa etária de 10 a 19 anos como grupo populacional predominante. Um dos fatores que contribuiu para essa mudança foi a inclusão da varicela na vacina tríplice viral, denominada tetraviral, no Calendário Básico de Imunizações do SUS em 2013.

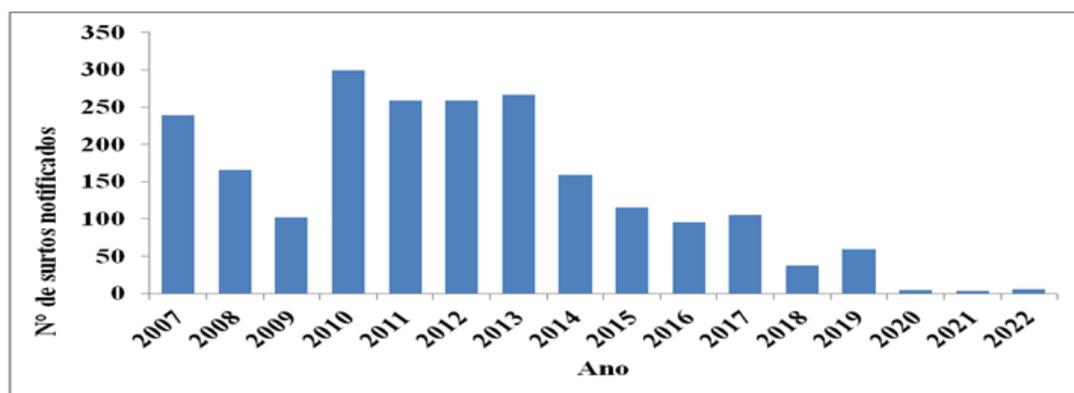
ÓBITOS POR VARICELA

No RS, no período de 2007 a 2022, foram registrados 22 óbitos por varicela, com letalidade de 0,01. O maior número de óbitos se concentra na faixa etária de 1 a 4 anos com 06 óbitos (28,6%) seguido por 10 a 19 anos com 04 óbitos (19%). Os anos com maior número de óbitos são 2010 e 2012 com 05 e 04 óbitos, respectivamente.

SURTOS DE VARICELA

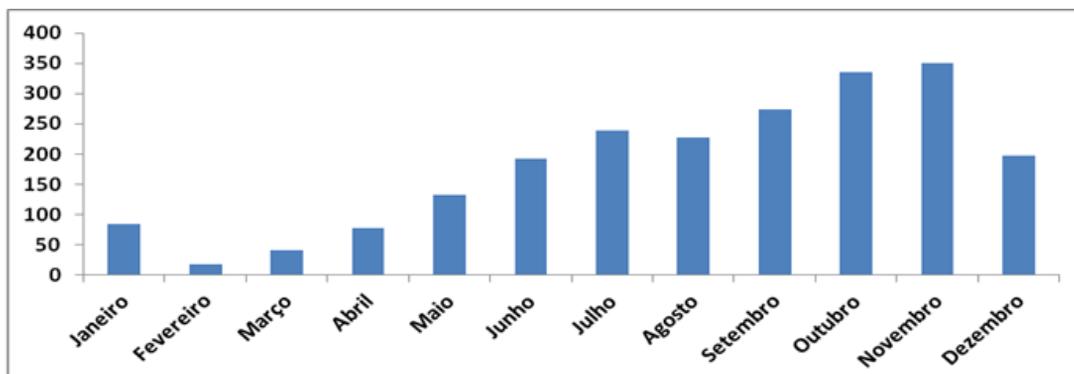
De 2007 a 2022 foram notificados 2177 surtos com 20.302 casos suspeitos envolvidos no RS. Ao longo desse período, observa-se redução significativa na ocorrência de surtos no Estado, variando de 299 episódios em 2010, 04 a 05 em 2021 e 2022, respectivamente (Figura 5). A ocorrência de surtos de varicela no RS apresenta o mesmo comportamento que os registros de casos individuais da doença, ocorrendo durante o ano todo, porém com aumento no número de surtos no período do final do inverno e primavera (Figura 6).

Figura 5- Número de surtos de varicela notificados por ano no Rio Grande do Sul, 2007 a 2022



Fonte: SINAN/CEVS/SES/RS

Figura 6- Distribuição de surtos de varicela acumulados por mês de notificação, Rio Grande do Sul, 2007 a 2022



Em relação ao local de ocorrência dos surtos, o maior número de registros está relacionado à creches/escolas (38%).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

NOTIFICAÇÃO

No RS a varicela é uma doença de interesse estadual devendo ser notificada na forma individual e em casos de surto. Os casos devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da Ficha de Notificação Individual e/ou Ficha de Investigação de Surto. O CID-10 utilizado para notificação no SINAN é o **B01-Varicela (Catapora)**.

Em casos de surtos é importante registrar pelo menos 10% dos casos envolvidos na ficha de Notificação Individual. O Ministério da Saúde desde 2014 e conforme Portaria nº 420 de 02 de março de 2022, orienta a notificação obrigatória de casos graves e óbitos de varicela, porém não foi disponibilizada ficha de notificação específica para o agravo, desta forma, se solicita que na ocorrência desses eventos a vigilância epidemiológica municipal seja notificada.

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

Indivíduo 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.

VARICELA GRAVE

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

COLETA

Recomendamos coleta de amostra clínica em casos graves e casos hospitalizados de varicela. A área técnica municipal e estadual avaliará a necessidade de coleta em caso de surtos. A amostra clínica deve ser coletada com swab de rayon, dácron, poliéster ou nylon secos das lesões/ crostas ou líquido das vesículas, sugere-se a coleta de secreção de mais de uma lesão. Armazenar, preferencialmente em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte. Se necessário, utilizar 300 µl de meio de transporte viral (VTM). Refrigerar (2-8°C) ou congelar (-20°C ou menos) dentro de uma hora após a coleta; -20°C ou menos após 7 dias. Também pode ser realizada coleta de swab naso/ orofaringe. A amostra deve ser cadastrada no GAL como Varicela Zoster/ Biologia Molecular. Será realizado diagnóstico diferencial para Monkeypox.

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 casos agregados, dois ou mais em

instituições fechadas como as de longa permanência, creches, escolas, hospitais, população privada de liberdade.

MEDIDAS DE CONTROLE DE SURTOS

A vacina é indicada para controle de surto em ambiente hospitalar, creches e escolas e outras instituições (presídio, asilos, abrigos, entre outras).

Para comunicantes suscetíveis e imunocompetentes a partir de nove meses de idade em até 120 horas (cinco dias) após o contato.

Identificar o número de pessoas com comprometimento imunológico e as gestantes suscetíveis que tiveram contato com os casos para administração da Imunoglobulina humana anti-varicela-zoster IGHAVZ no período de até 96 horas após o contato.

Não administrar ácido acetilsalicílico (AAS) para crianças com varicela, pois esta pode causar uma complicação grave chamada Síndrome de Reye, caracterizada por quadro neurológico e alterações no fígado.

Arejar os ambientes e desinfetar os objetos e superfícies possivelmente contaminadas.

As crianças com varicela deverão ficar no seu domicílio até que todas as lesões tenham evoluído para crosta.

Monitorar o aparecimento de casos novos.



Após 21 dias sem novos casos, considera-se o surto controlado.

Para mais informações sobre medidas de controle, acesse o [Guia de Vigilância em Saúde](#)

CASOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

A ocorrência de um único caso confirmado de varicela dentro de instituição hospitalar é considerado surto. O contato para varicela em ambiente hospitalar é caracterizado pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior à uma hora, e/ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado assim a possibilidade de contrair a infecção.

MEDIDAS DE CONTROLE EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Realizar vacinação de bloqueio com a monovalente nos comunicantes suscetíveis (sem histórico da doença ou vacina) a partir dos 9 meses de idade em até 120 horas (5 dias) após o contato com o caso índice. Consideram-se comunicantes o contato íntimo e prolongado por período igual ou superior a uma hora ou indivíduos que ocupam o mesmo quarto do paciente infectado.

Aplicar imunoglobulina humana anti-varicela-zoster (IGHVAZ) para as crianças menores de 9 meses de idade, gestantes suscetíveis e imunocomprometidos, até 96 horas após o contato com o caso índice.

OBSERVAÇÃO: 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.

REFERÊNCIAS

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Volume Único. 5ªed.,Brasília - DF, 2022.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Varicela. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/catapora-varicela> acesso em: 27/01/2022

BRASILc. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [recurso eletrônico] – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASILd. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 420, de 02 de março de 2022. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 2022.