

INFORME TÉCNICO

PMI/NDAT/DVE/COVISA/SEABEVS/SMS-SP

Varicela: Vigilância Epidemiológica e Imunoprofilaxia

São Paulo, 26 de outubro de 2022



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Saiba mais em:

prefeitura.sp.gov.br/covisa

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS

1.1 DESCRIÇÃO

Varicela: Infecção viral primária febril, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto maculopapular e distribuição centrípeta, que, após algumas horas, torna-se vesicular, evolui rapidamente para pústulas e, posteriormente, forma crostas secas não infecciosas, em três a sete dias.

A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido.

Em crianças, geralmente é benigna e autolimitada. Em adolescentes e adultos, em geral, o quadro clínico é mais exuberante.

1.2 SINONÍMIA

Varicela: catapora.

1.3 AGENTE ETIOLÓGICO

Vírus DNA. Vírus varicela-zoster (VVZ), família Herpesviridae.

1.4 RESERVATÓRIO

O ser humano.

1.5 MODO DE TRANSMISSÃO

Pessoa a pessoa, por meio de contato direto ou de secreções respiratórias (disseminação aérea de partículas virais/aerossóis) e, raramente, através de contato com lesões de pele.

Indiretamente, é transmitida por meio de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados.

1.6 PERÍODO DE INCUBAÇÃO

De 10 a 21 dias após o contato. Pode ser mais curto em pacientes imunodeprimidos e mais longo após imunização passiva.

1.7 PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Varia de um a dois dias antes do aparecimento do exantema e estende-se até que todas as lesões estejam em fase de crosta.

1.8 SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade é universal.

A infecção confere imunidade permanente, embora, raramente, possa ocorrer um segundo episódio de varicela. Infecções subclínicas são raras.

A imunidade passiva transferida para o feto pela mãe que já teve varicela assegura, na maioria das vezes, proteção até 4 a 6 meses de vida extrauterina.

2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

2.1 Períodos da Varicela

- Período prodrômico: inicia-se com febre baixa, cefaleia, anorexia e vômito, podendo durar de horas até três dias. Na infância, esses pródromos não costumam ocorrer, sendo o exantema o primeiro sinal da doença. Em crianças imunocompetentes, a varicela geralmente é benigna, com início repentino, apresentando febre moderada durante dois a três dias, sintomas generalizados inespecíficos e erupção cutânea pápulo-vesicular que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta).
- Período exantemático: as lesões comumente aparecem em surtos sucessivos de maculas que evoluem para pápulas, vesículas, pústulas e crostas. Tendem a surgir mais nas partes cobertas do corpo, podendo aparecer no couro cabeludo, na parte superior das axilas e nas membranas mucosas da boca e das vias aéreas superiores.

O aparecimento das lesões em surtos é a rápida evolução conferem ao exantema o polimorfismo regional característico da varicela: lesões em diversos estágios (maculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas), em uma mesma região do corpo.

Nos adultos imunocompetentes, a doença cursa de modo mais grave do que nas crianças, apesar de ser bem menos frequente (em torno de 3% dos casos). A febre é mais elevada e prolongada, o estado geral é mais comprometido, o exantema mais pronunciado e as complicações mais comuns podem levar a óbito.

A varicela está associada a síndrome de Reye, que ocorre especialmente em crianças e adolescentes que fazem uso do ácido acetilsalicílico (AAS) durante a fase aguda. Essa síndrome se caracteriza por um quadro de vômitos após o pródromo viral, seguido de irritabilidade, inquietude e diminuição progressiva do nível da consciência, com edema cerebral progressivo. A síndrome de Reye é resultado do comprometimento hepático agudo, seguido de comprometimento cerebral. Portanto, está contraindicado o uso de AAS por pacientes com varicela.

2.2 Complicações – varicela

- Ataxia cerebelar aguda.
- Trombocitopenia.
- Infecção bacteriana secundária de pele: impetigo, abscesso, celulite, erisipela, causadas por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* ou outras que podem levar a quadros sistêmicos de sepse, com artrite, pneumonia bacteriana ou viral, endocardite, encefalite ou meningite e glomerulonefrite.
- Síndrome de Reye rara associada ao uso de ácido acetilsalicílico, principalmente em crianças.
- Infecção fetal, durante a gestação, pode levar a embrionária, com síndrome da varicela congênita (expressa-se com um ou mais dos seguintes sintomas: malformação das extremidades dos membros, microftalmia, catarata, atrofia óptica e do sistema nervoso central).
- Varicela disseminada ou varicela hemorrágica em pessoas com comprometimento imunológico.
- Manifestações raras no sistema nervoso central como meningite asséptica e encefalite.

2.3 Varicela e gravidez

A infecção materna no primeiro ou no segundo trimestre da gestação pode resultar em embriopatia.

Nas primeiras 16 semanas de gestação, há risco maior de lesões graves ao feto, que podem resultar em baixo peso ao nascer, malformações das extremidades, cicatrizes cutâneas, microftalmia, catarata e retardo mental. Gestantes não imunes 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 (CRIE).

A taxa de ataque para síndrome de varicela congênita, em recém-nascidos de mães com varicela no primeiro semestre de gravidez, é de 1,2%; quando a infecção ocorre entre a 13ª e a 20ª semana de gestação, é de 2%. Recém-nascidos que adquirem varicela entre 5 e 10 dias de vida, cujas mães se infectaram entre cinco dias antes do parto e dois dias após, estão mais expostos a varicela grave, com a letalidade podendo atingir 30%. A infecção intrauterina e a ocorrência de varicela antes dos 2 anos de idade estão relacionadas a ocorrência de herpes-zoster em idades mais jovens.

3. DIAGNOSTICO

3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico é clínico, considerando os sinais e os sintomas apresentados.

3.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Os exames laboratoriais não são utilizados para confirmação ou descarte dos casos de varicela, exceto quando é necessário fazer o diagnóstico diferencial em casos graves e óbitos, ou quando há apresentações clínicas menos típicas, como em pessoas com sistema imunológico suprimido que podem manifestar herpes-zóster disseminado. A Rede de Laboratórios de Saúde Pública (Lacen), não realiza exame de rotina para esse diagnóstico.

A reação em cadeia da polimerase (PCR) é o teste padrão-ouro, aplicado também para confirmar casos de suspeita de herpes-zóster senoidal (dor do tipo herpes-zóster que ocorre sem erupção na pele). O PCR detecta o DNA do vírus varicela-zóster de forma rápida e sensível. Para a realização do teste, as amostras ideais são swabs provenientes das lesões vesiculares não cobertas e das crostas de lesões crostosas. O vírus também pode ser detectado na saliva durante a fase aguda, contudo amostras salivares são menos confiáveis. Amostras de biópsias também são úteis em casos de doença disseminada.

Os testes sorológicos mais utilizados são ensaio imunoenzimático (ELISA – do inglês, *enzyme-linked immunosorbent assay*), aglutinação em látex (AL) e imunofluorescência indireta (IFI). O teste de ELISA apresenta uso limitado para confirmação laboratorial, pois pacientes com herpes-zóster podem apresentar um resultado IgM reagente que pode indicar infecção primária por VZV, reinfecção ou reativação. A infecção primária pode ser diferenciada da reativação ou da reinfecção com o teste de avididade VZV IgG. A alta avididade de IgG no contexto de VZV IgM é indicativa de infecção remota; baixa avididade IgG indica infecção primária. A dosagem de soros agudos e convalescentes também tem valor limitado, uma vez que é difícil detectar aumento de IgG para o diagnóstico laboratorial de herpes-zóster.

O vírus também pode ser isolado das lesões vesiculares durante os primeiros três a quatro dias de erupção, ou identificado pelas células gigantes multinucleadas, em lâminas preparadas, a partir de material obtido de raspado da lesão, ou pela inoculação do líquido vesicular em culturas de tecido; porém a identificação das células gigantes multinucleadas não é específica para o VZV.

A identificação do vírus varicela-zóster pode ser feita pelo teste direto de anticorpo fluorescente ou por cultura em tecido, por meio de efeito citopático específico, porém esse método é de alto custo e sua disponibilidade é limitada.

3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial deve ser direcionado para outras infecções como, por exemplo: varíola humana (erradicada); monkeypox; coxsackioses; infecções cutâneas; dermatite herpetiforme; impetigo; erupção variceliforme de Kaposi; riquetsioses, entre outras.

4. TRATAMENTO

Para pessoas sem risco de agravamento da varicela, o tratamento deve ser sintomático de acordo com orientação médica. Pode-se administrar antitérmico, analgésico não salicilato e, para atenuar o prurido, anti-histamínico sistêmico. Havendo infecção secundária, recomenda-se o uso de antibióticos, em especial para combater estreptococos do grupo A e estafilococos.

O tratamento específico da varicela é realizado por meio da administração do antiviral aciclovir (BRASIL, 2020a), 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 morbimortalidade em pacientes com comprometimento imunológico.

O uso de aciclovir oral para o tratamento de pessoas sem condições de risco de agravamento não está indicado até o momento, exceto para aquelas com idade inferior a 12 anos, portadoras de doença dermatológica crônica, pessoas com pneumopatias crônicas ou aquelas que estejam recebendo tratamento com ácido acetilsalicílico por longo tempo, pessoas que recebem medicamentos à base de corticoides por aerossol ou via oral ou via endovenosa.

As indicações para o uso do aciclovir são:

- Crianças sem comprometimento imunológico: 20 mg/kg/dose, via oral, cinco vezes ao dia; dose máxima de 800 mg/dia, durante cinco dias.
- Crianças com comprometimento imunológico ou casos graves: deve-se fazer uso de aciclovir endovenoso na dosagem de 10 mg/kg, a cada oito horas, infundido por uma hora, durante 7 a 14 dias.
- Adultos sem comprometimento imunológico: 800 mg, via oral, cinco vezes ao dia, durante sete dias. A maior efetividade ocorre quando iniciado nas primeiras 24 horas da doença, ficando a indicação a critério médico.
- Adultos com comprometimento imunológico: 10 mg a 15 mg de aciclovir endovenoso, três vezes ao dia por, no mínimo, sete dias.

Embora não haja evidência de teratogenicidade, não se recomenda o uso desse medicamento em gestantes. Entretanto, em casos em que a gestante vier a desenvolver complicações como pneumonite, deve-se considerar o uso endovenoso.

Com relação à profilaxia, não há indicação do uso do aciclovir em pessoas sem risco de complicação por varicela e vacinadas.

A terapia antiviral específica, iniciada em até 72 horas após o surgimento do *rash*, reduz a ocorrência da NPH, que é a complicação mais frequente do herpes-zóster. O uso de corticosteroides, na fase aguda da doença, não altera a incidência e a gravidade do NPH, porém reduz a neurite aguda, devendo ser adotado em pacientes sem imunocomprometimento. Uma vez instalada a NPH, o arsenal terapêutico é muito grande, mas não há uma droga eficaz para seu controle. São utilizados: creme de capsaicina, de 0,025% a 0,075%; lidocaína gel, a 5%; amitriptilina, em doses de 25 mg a 75 mg, via oral; carbamazepina, em doses de 100 mg a 400 mg, via oral; benzodiazepínicos, rizotomia, termocoagulação e simpatectomia.

O tratamento sintomático pode ser feito em regime ambulatorial, enquanto pessoas acometidas por varicela grave ou herpes-zóster disseminado devem ser hospitalizadas imediatamente em regime de isolamento de contato e respiratório.

5. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

A varicela pode ocorrer durante o ano todo, porém observa-se um padrão sazonal de aumento do número de casos no período que se estende do fim do inverno até a primavera.

É uma doença benigna, mas altamente contagiosa que ocorre, principalmente, em menores de 15 anos de idade. Indivíduos adultos e os imunocomprometidos, quando adquirem varicela primária ou recorrente, possuem maior risco de evoluir para complicações, hospitalização e óbito.

Nas creches, a incidência de varicela é maior do que em crianças da população geral, as manifestações clínicas dos casos secundários geralmente são mais intensas que o caso índice e a taxa de mortalidade é mais elevada em comparação com as crianças que não frequentam estes estabelecimentos.

Os números conhecidos são somente de casos graves de varicela internados, óbitos e surtos de varicela, que são de notificação compulsória. No município de São Paulo, no período de 2007 a 2021, foram notificados 707 casos graves de varicela, dos quais 92,6% (655) foram confirmados e 2,68% (19) evoluíram à óbito pelo próprio agravo. No mesmo período, foram notificados 7.282 surtos de varicela com 61.012 casos envolvidos no início do surto no município. Destes surtos, 87,7% (6.385) tiveram a creche/escola como local inicial da ocorrência.

O Estado de São Paulo (ESP) passou a incluir a vacina contra varicela como uma das medidas de controle de surtos em creches desde 2003.

A vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação em 2013, para crianças de 15 meses de idade e a vacina varicela (atenuada) foi introduzida como 2ª dose para crianças entre quatro e seis anos, 11 meses e 29 dias a partir de 2018. Observando as notificações de casos graves, surtos e casos envolvidos em surtos de varicela do início das atividades nacionais de vacinação de varicela até os dias atuais, observa-se uma

redução de 119 casos graves em 2015 para 06 casos em 2021 e uma redução de 867 surtos em 2013 para 41 em 2021.

6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.1 OBJETIVOS

- Avaliar o impacto da vacinação antivariçela-zoster sobre a morbimortalidade por varicela no município.
- Conhecer a incidência de casos graves de varicela no município.
- Conhecer a mortalidade por varicela no município.
- 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.

6.2 DEFINIÇÃO DE CASO DE VARICELA

SUSPEITO

-Varicela: Paciente com quadro discreto 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 papulo-vesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta – cabeça e tronco).

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

CONFIRMADO

-Varicela: Paciente com quadro infeccioso agudo, de início súbito, que apresenta exantema maculopapulovesicular difuso, cujas vesículas evoluem para crostas, em dois a três dias, sem outra causa aparente, com ou sem confirmação laboratorial.

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

DESCARTADO

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

6.3 DEFINIÇÃO DE CONTATO

Qualquer pessoa que esteve em contato próximo e prolongado a um caso suspeito ou confirmado de varicela, durante seu período de transmissibilidade, por mais de uma hora, em ambiente fechado.

6.4 DEFINIÇÃO DE SUSCETÍVEL

Indivíduo sem referência de ter tido a doença (diagnóstico clínico ou informação verbal), ou não ter sido vacinado.

6.5 DEFINIÇÃO DE SURTO

SURTO DE VARICELA

Considerar como surtos de varicela a ocorrência na comunidade de número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou um único caso suspeito ou confirmado em ambientes de alto risco de disseminação da doença: hospitais, creches, escolas, instituições de longa permanência, abrigos e unidades prisionais.

Surto de varicela em ambiente hospitalar

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 a uma hora, e/ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado assim a possibilidade de contrair a infecção. Nesses casos, a vacina varicela (atenuada) está indicada nos contatos suscetíveis imunocompetentes maiores de 9 meses de idade, até 120 horas (5 dias) após o contato.

Demais ambientes de alto risco de disseminação da doença

Para ambientes de alto risco de disseminação da doença, como creches, escolas, instituições de longa permanência, abrigos e unidades prisionais, a vacina contra varicela está indicada, a partir da ocorrência do primeiro caso, nos contatos suscetíveis imunocompetentes maiores de 9 meses de idade, até 120 horas (5 dias) após o contato e, após esse período, para a população contemplada na vacinação de rotina e para as situações especiais nas quais a vacinação está indicada, vacinar todos os contatos conforme calendário preconizado para a idade, no período máximo de até quatro semanas do último caso.

7. NOTIFICAÇÃO

7.1 INDIVIDUAL: casos graves internados e óbitos

De acordo com a Portaria n.º 1.271, de 6 de julho de 2014 (BRASIL, 2014), a varicela foi incluída na lista nacional de notificação compulsória em nível federal e estadual, devendo ser notificados como casos individuais somente os casos graves internados e óbitos, por meio da Ficha de Notificação Individual, segundo atualização da lista de notificação compulsória de 2020 (Portaria de n.º 264, de 17 de fevereiro de 2020).

7.2 SURTO

Os surtos de varicela devem ser notificados na Ficha de Investigação de Surtos do SINAN e os respectivos casos do surto registrados na Planilha para Acompanhamento de Surto.

8. INVESTIGAÇÃO

8.1 INDIVIDUAL

ROTEIRO DA INVESTIGAÇÃO

Identificação do paciente

Devem-se preencher todos os campos dos itens da ficha específica.

Coleta de dados clínicos e epidemiológicos

- É necessário consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente para completar as informações clínicas sobre o paciente. Essas informações servirão para definir se o quadro apresentado é compatível com a varicela grave. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, exame físico e da evolução do doente, com vistas ao enriquecimento da análise.
- Verificar se o paciente foi vacinado previamente contra varicela, se entrou em contato com casos de varicela ou herpes-zoster, ou se já teve a doença em algum momento de sua vida.
- Registrar a data da vacinação.
- Acompanhar a evolução dos pacientes e os resultados dos exames laboratoriais.
- Verificar se, na residência, outros casos estão ocorrendo. Investigar minuciosamente deslocamentos do caso, de seus familiares e/ou de amigos (considerar todos os deslocamentos que antecederam 21 dias do início do exantema, inclusive os de curta duração), para identificar a ocorrência de outros casos.

Encerramento de caso

O caso será encerrado de acordo com as classificações descritas no item “Definição de caso de Varicela”.

8.2 SURTO

Os surtos de varicela devem ser registrados na planilha para acompanhamento de surto do SINAN.

ROTEIRO DA INVESTIGAÇÃO

- Identificar o número de indivíduos que não tiveram varicela e não foram vacinados para varicela e que frequentaram a instituição nas últimas quatro semanas, a partir de a identificação do(s) caso(s), independentemente do número de horas que o indivíduo permaneça na instituição e seguir as recomendações de vacinação para situações de surto, atentando-se para as contraindicações.
- Identificar o número de funcionários desta instituição, que não tiveram varicela e que não foram vacinados para varicela e houve histórico de contato com os casos e seguir as recomendações de vacinação para situações de surto, atentando-se para as contraindicações.
- Identificar o número de pessoas com indicação para o uso de imunoglobulina humana antivariçela (IGHAV), especialmente as imunocomprometidas e as gestantes suscetíveis, que tiveram contato com os casos. Anotar o peso para cálculo da dosagem da IGHAV.
- Aplicar a imunoglobulina específica, dentro do período hábil para bloqueio das manifestações clínicas (96 horas).

- Monitorar o aparecimento de casos novos.
- Após 21 dias sem novos casos, considera-se o surto controlado, devendo a notificação do surto ser encerrada no SINAN.

Recomenda-se em creche/escola não aceitar matrículas de crianças suscetíveis até que tenha decorrido 21 dias do último caso. Em caso de novas admissões, deve-se verificar se a situação vacinal contra varicela está atualizada conforme as indicações do Calendário Estadual de Vacinação. Caso não esteja, aguardar 21 dias para iniciar a frequência escolar.

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

9. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E DE CONTROLE

9.1 OBJETIVOS

- Reduzir a ocorrência de casos graves da doença.
- Restringir a disseminação do VVZ.
- Reduzir os números de internações, complicações e óbitos por varicela.

9.2 VACINAÇÃO

A vacina varicela (atenuada) está licenciada no Brasil na apresentação monovalente ou tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela). As vacinas registradas atualmente são dos Laboratórios Merk Sharp & Dohme - MSD (a partir de 12 meses de idade), GlaxoSmithKline – GSK (a partir de 9 meses de idade) e Green Cross Corporation – GCC (a partir de 12 meses de idade).

Cada dose de ambas as vacinas é de 0,5 mL, devendo ser aplicada por via subcutânea.

Após a sua reconstituição deve ser administrada imediatamente. Os produtos disponíveis atualmente devem ser conservados sob refrigeração entre +2°C e 8°C.

INDICAÇÕES DA VACINAÇÃO

Rotina

A vacinação contra varicela está disponível na rotina dos serviços públicos de saúde, conforme esquema a seguir:

- Aos 15 meses: a primeira dose com a vacina tetra viral, e na indisponibilidade desta, administrar tríplice viral mais varicela (atenuada).
- Aos 4 anos de idade: a segunda dose, deve ser com vacina varicela (atenuada). Crianças não vacinadas oportunamente podem receber essa vacina até 6 anos, 11 meses e 29 dias.
- Povos indígenas a partir dos 7 anos de idade não vacinados ou sem comprovação vacinal: administrar uma ou duas doses de vacina varicela (atenuada), a depender do laboratório produtor.
- Profissionais de saúde não vacinados e que trabalham na área assistencial, especialmente em contato com pessoas imunodeprimidas e os da área de pediatria, devem receber uma ou duas doses de vacina varicela (atenuada), a depender do laboratório produtor. Não existe idade-limite para a

vacinação contra varicela para os profissionais de saúde, entretanto recomenda-se que os profissionais da saúde com 60 anos e mais de idade passem por uma triagem rigorosa para identificar possíveis situações que contraindiquem a vacinação.

Situações especiais nas quais a vacinação está indicada:

- Pessoas imunocompetentes de grupos especiais de risco (profissionais de saúde, cuidadores e familiares) suscetíveis a doença e que estejam em convívio familiar domiciliar ou hospitalar com pacientes com comprometimento imunológico.
- Crianças acima de 1 ano de idade imunocompetentes e suscetíveis a doença, no momento da internação, em que haja caso de varicela.
- Candidatos a transplante de órgãos, suscetíveis a doenças, pelo menos três semanas antes do procedimento, desde que não apresentem comprometimento imunológico.
- Pessoas com nefropatias crônicas.
- Pessoas com síndrome nefrótica.
- Doadores de órgãos sólidos e de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea).
- Receptores de transplante e de células-tronco hematopoiéticas: para pacientes transplantados há 24 meses ou mais, sendo contraindicada quando houver doença, enxerto versus hospedeiro.
- Crianças e adolescentes infectados pelo HIV suscetíveis a varicela nas categorias clínicas (CDC) N, A e B com $CD4 > 200$ células/mm³ (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 pessoas que apresentam comprometimento imunológico.
- Pessoas com deficiência isolada de imunidade humoral (com imunidade celular preservada).
- Pessoas com doenças dermatológicas graves, tais como: ictiose, epidermólise bolhosa, psoríase, dermatite

atópica grave e outras assemelhadas.

- Pessoas em uso crônico de ácido acetilsalicílico (suspender uso por seis semanas após a vacinação).
- Pessoas com asplenia anatômica e funcional e doenças relacionadas.
- Pessoas com trissomias.

Situações de surto

Diante da ocorrência de surto de varicela em ambiente hospitalar, creches, escolas e outras instituições (presídios, asilos, abrigos), deve-se identificar o número de pessoas que são contatos dos casos da doença para verificar o quantitativo necessário de doses de vacina e de imunoglobulina humana antivaricela (IGHAV) para a realização do bloqueio.

A vacinação deve ser realizada de forma seletiva e de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação, no período de 120 horas (5 dias), para administração da vacina, e de 96 horas (4 dias), para administração da IGHAV, após o contato com caso suspeito ou confirmado de varicela. A vacinação deve ser feita conforme descrito a seguir:

- Em crianças menores de 9 meses de idade, gestantes e pessoas imunodeprimidas: administrar a imunoglobulina humana antivaricela até 96 horas após o contato com o caso.
- Crianças a partir de 9 meses até 11 meses e 29 dias: administrar uma dose de vacina varicela (atenuada) a depender do laboratório produtor. Não considerar essa dose como válida para a rotina, e manter o esquema vacinal aos 15 meses com a tetra viral, e aos 4 anos com a varicela.
- Em crianças entre 12 e 14 meses de idade: antecipar a dose de tetraviral naquelas já vacinadas com a primeira dose (D1) da tríplice viral, e considerar como dose válida para a rotina de vacinação.
- Crianças entre 15 meses e menores de 5 anos de idade: vacinar conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.
- Crianças de 5 a 12 anos de idade: administrar uma dose de vacina varicela (atenuada).
- Pessoas a partir de 13 anos: administrar uma ou duas doses a depender do laboratório produtor. Quando houver indicação de duas doses, considerar o intervalo de 30 dias entre as doses.
- Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até um mês após a vacinação.
- As doses administradas no bloqueio devem ser registradas no comprovante de vacinação e no Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde – SIGA Saúde SP.
- Após o período oportuno para vacinação de bloqueio (5 dias), realizar somente as vacinações de rotina e de situações especiais nas quais a vacinação está indicada, se houver público nestes perfis.

Situações que não contraindicam a vacina

- Pessoas em uso de corticoides que 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.
- Se o corticoide tiver sido suspenso há pelo menos um mês, quando usado em doses superiores as referidas anteriormente.
- Lactentes/profissionais de saúde que estão amamentando podem receber a vacina, pois, até o momento, não existem evidências de transmissão desse vírus vacinal via aleitamento materno.

Contraindicações da vacina

- Nos casos em que a vacina é contraindicada, deve-se fazer o uso da imunoglobulina humana antivaricela (IGHAV) (BRASIL, 2014).
- Pacientes com comprometimento imunológico, exceto nos casos previstos nas indicações.
- Durante o período de três meses após a suspensão de terapia imunodepressora ou em caso de crioterapia.
- Gestação.
- Mulheres em idade fértil vacinadas devem evitar a gravidez durante um mês após a vacinação.
- Reação de anafilaxia a dose anterior da vacina ou a algum de seus componentes.
- Administração recente de sangue, plasma ou imunoglobulina (recomenda-se intervalo mínimo de três meses entre a administração desses produtos e a vacina).

Doação de sangue após a vacinação

De acordo com a Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016, que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, o tempo de inaptidão para a doação de sangue é de quatro semanas após a vacinação contra varicela (BRASIL, 2016).

Eventos adversos da vacina

- **Locais:** podem ocorrer dor (26%) e rubor (5%) no local da administração. Podem ser observadas vesículas próximas ao local da aplicação em 1% a 3% dos primovacinados (BRASIL, 2020d).
- **Sistêmicos:** em torno de 3% a 5% dos indivíduos apresentam exantema semelhante as lesões de varicela, com duas a cinco lesões fora do local de aplicação, podendo ser maculopapulares ou vesiculares, e que aparecem entre 5 e 26 dias após a vacinação. Entretanto, exantemas que tem início até duas semanas após a aplicação da vacina podem ser causados por vírus selvagem de infecção adquirida antes da vacinação. Após a primeira dose, indivíduos vacinados com a vacina tetraviral tem maior risco de apresentar febre (22% versus 15%) e exantema semelhante ao sarampo (3% versus 2%) que aqueles vacinados com vacina varicela. Esses sinais se instalam 5 a 12 dias após a vacinação e resolvem-se em poucos dias sem deixar sequelas.
- **Alérgicos:** anafilaxia e rara.

Para outras situações relacionadas a possíveis eventos adversos pós-vacinação, ver *Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação* (BRASIL, 2020d).

9.3 IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIVARICELA – IGHAV

A IGHAV é obtida de plasma humano contendo títulos altos de IgG contra o vírus da varicela. Contem de 10% a 18% de globulina e timerosol como conservante. Geralmente, as apresentações contem 125 UI por frasco, com o volume variando de 1,25 mL a 2,5 mL. Devem-se observar as orientações do fabricante a cada nova partida do produto.

INDICAÇÕES

A utilização de IGHAV depende do atendimento de três condições: suscetibilidade, contato significativo e condição especial de risco (BRASIL, 2019), como definidas abaixo.

- Que o suscetível seja pessoa com risco especial de varicela grave, isto é:
 - Crianças ou adultos imunodeprimidos;
 - Crianças com menos de 1 ano de idade em contato hospitalar com VVZ;
 - Gestantes;
 - Recém-nascidos de mães nas quais o início da varicela ocorreu nos cinco últimos dias de gestação ou até 48 horas depois do parto;
 - Recém-nascidos prematuros, com 28 ou mais semanas de gestação, cuja mãe nunca teve varicela;
 - Recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou com menos de 1.000 g ao nascer), independentemente de história materna de varicela.
- Que o comunicante seja suscetível, isto é:

- Pessoas imunocompetentes e com comprometimento imunológico sem história bem definida da doença e/ou de vacinação anterior;
- Pessoas com imunodepressão celular grave, independentemente de história anterior de varicela.
 - Que tenha havido contato significativo com o VVZ, isto é:
 - Contato domiciliar contínuo: permanência junto ao doente durante pelo menos uma hora em ambiente fechado;
 - Contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido contato direto prolongado, de pelo menos uma hora, com ele.

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

ESQUEMA

Administrar 125 UI/10 kg de peso, dose máxima de 625 UI, até 96 horas após a exposição.

CONTRAINDICAÇÃO

Anafilaxia a dose anterior.

EVENTOS ADVERSOS

- Locais: eritema, enduração e dor de intensidade leve são comuns.
- Sistêmicos: febre, sintomas gastrointestinais, mal-estar, cefaleia, exantema, ocasionalmente.
- Alérgicos: anafilaxia e rara.

9.4 OUTRAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

- Lavar as mãos após tocar nas lesões
- Desinfecção concorrente (diária) dos objetos e ambientes potencialmente contaminados com secreções nasofaríngeas.
- Afastar o caso da escola, creche ou trabalho durante o período de transmissão.
- Isolamento: pessoas com varicela só devem retornar à creche, escola ou trabalho após todas as lesões terem evoluído para crostas. Pessoas imunodeprimidas ou que apresentam curso clínico prolongado só deverão retornar as atividades após o término da erupção vesicular.
- Pacientes internados/ institucionalizados: isolamento de contato e respiratório até a fase de crosta.
- Afastar a funcionária gestante suscetível do contato com os casos durante a vigência do surto.
- Imunoprofilaxia em surtos de ambiente hospitalar.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde – 5. ed. rev., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev.pdf. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, versão 5.0.0.0. Patch 5.3.0.0. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Norma Técnica do Programa de Imunização. São Paulo: CVE, 2021. 75 p. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/centro-de-vigilancia-epidemiologica-cve/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof-alexandre-vranjac/>.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória e Divisão de Imunização. Informe Técnico Varicela: Vigilância Epidemiológica e Imunoprofilaxia. São Paulo: CVE, 2021. 15 p. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/centro-de-vigilancia-epidemiologica-cve/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof-alexandre-vranjac/>.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Informe Técnico – Imunoprofilaxia para varicela / CVE/CCD/SES/14/09/2010.