

CARACTERÍSTICAS GERAIS

► 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 (CDC, 2015).

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.

Herpes-Zóster

Decorre da reativação do vírus da varicela, que permanece em latência no sistema nervoso após a infecção primária. A reativação ocorre na idade adulta, e é mais comum em pessoas imunocomprometidas (CDC, 2020).

É caracterizada por manifestações cutâneas dolorosas. O quadro clínico manifesta-se desde a forma benigna até formas graves.

Após a fase de disseminação hematogênica, em que o vírus atinge a pele, ele progride centripetamente pelos nervos periféricos até os gânglios nervosos, onde poderá permanecer, em latência, por toda a vida.

Causas diversas podem levar à reativação do vírus que, progredindo centrifugamente pelo nervo periférico, atinge a pele e causa a característica erupção do herpes-zóster.

Excepcionalmente, há pacientes que desenvolvem herpes-zóster após contato com doentes de varicela e, até mesmo, com outro doente de herpes-zóster, o que indica a possibilidade de uma reinfecção em paciente já previamente imunizado. Casos de varicela podem surgir após contato com pessoa infectada pelo herpes-zóster.

► SINONÍMIA

Varicela: catapora.

Herpes-zóster: cobreiro (CDC, 2020).

► AGENTE ETIOLÓGICO

Vírus DNA. Vírus varicela-zóster (VZV), família Herpesviridae (CDC, 2020).

▶ RESERVATÓRIO

O ser humano.

▶ 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.

▶ PERÍODO DE INCUBAÇÃO

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

▶ 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.

▶ 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.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

▶ VARICELA

- **Período prodromico:** 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 máculas 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 e a rápida evolução conferem ao exantema o polimorfismo regional característico da varicela: lesões em diversos estágios (máculas, 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 à 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.

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 (CAMERON, 2007).
- Síndrome de Reye rara (CDC, 2015) associada ao uso de ácido acetilsalicílico, principalmente em crianças.
- Infecção fetal, durante a gestação, pode levar à embriopatia, 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 (CDC, 2015).

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-zóster devem receber a imunoglobulina humana contra esse vírus, disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) (BRASIL, 2019).

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 13^a e a 20^a 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 à varicela grave, com a letalidade podendo atingir 30%. A infecção intrauterina e a ocorrência de varicela antes dos 2 anos de idade estão relacionadas à ocorrência de herpes-zóster em idades mais jovens (HELOISA, 2003).

▶ HERPES-ZÓSTER

O quadro clínico do herpes-zóster é, quase sempre, típico. 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 lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa.

A erupção vesicular é unilateral, raramente ultrapassa a linha mediana e segue o trajeto de um nervo sensorial ou dermatome (CDC, 2020). Surge de modo gradual e leva de dois a quatro dias para se estabelecer. Quando não ocorre infecção secundária, as vesículas se dissecam, formam-se crostas e o quadro evolui para a cura em duas a quatro semanas. As regiões mais comprometidas são a torácica (53% dos casos), cervical (20%), correspondente ao trajeto do nervo trigêmeo (15%) e lombossacra (11%). Em pacientes imunossuprimidos, as lesões surgem em localizações atípicas e, geralmente, disseminadas. O envolvimento do VII par craniano leva à combinação de paralisia facial periférica e *rash* no pavilhão auditivo, denominada síndrome de Haysay-Hurt, com prognóstico de recuperação pouco provável. O acometimento do nervo facial (paralisia de Bell) apresenta a característica de distorção da face (RUBIN, 2019). Lesões na ponta e asa do nariz sugerem envolvimento do ramo oftálmico do trigêmeo, com possível comprometimento ocular. Nos pacientes com herpes-zóster disseminado e/ou recidivante, é aconselhável fazer sorologia para HIV (BVS, 2009), além de pesquisar neoplasias malignas.

Complicações – herpes-zóster

- Nevralgia pós-herpética (NPH): dor persistente, por quatro a seis semanas após a erupção cutânea, que se caracteriza pela refratariedade ao tratamento. É mais frequente em mulheres e após comprometimento do trigêmeo (VERONESI, 2005).
- Envolvimento oftálmico, superinfecção bacteriana, paralisias nervosas cranianas e periféricas e envolvimento visceral (CDC, 2020).

DIAGNÓSTICO

▶ DIAGNÓSTICO CLÍNICO

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

▶ 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 avidéz VZV IgG. A alta avidéz de IgG no contexto de VZV IgM é indicativa de infecção remota; baixa avidéz 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.

► DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

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 (Rename, 2020a); carbamazepina, em doses de 100 mg a 400 mg, via oral (Rename, 2020a); 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.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

► VARICELA

Estima-se que no Brasil ocorram em torno de 3 milhões de casos ao ano. Destes, somente os casos graves internados e óbitos são de notificação compulsória. No período de 2010 a 2019, foram notificados 1.031.545 casos suspeitos de varicela, dos quais 62,5% (644.763) foram confirmados, com coeficiente de incidência de 3,1 por 100 mil/habitantes e taxa de letalidade de 2,4. Em igual período, o número de internações apresentou redução de 11.613, em 2010, para 5.643 em 2019. As regiões com maior número de internações foram Sudeste e Nordeste, respectivamente.

A análise das internações por faixa etária demonstra que estas se concentram em crianças de 1 a 4 anos de idade, em crianças com menos de 1 ano, e de 5 a 9 anos de idade, respectivamente. Embora o maior número absoluto de hospitalizações seja observado entre crianças, grupo em que se esperam mais casos da doença, proporcionalmente, os adultos apresentam maior risco de evoluir complicações, hospitalização e óbito.

Com a introdução da vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) (BRASIL, 2013), no Calendário Nacional de Vacinação, em 2013, para crianças de 15 meses de idade, houve redução considerável do número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS).

► HERPES-ZÓSTER

No Brasil, o herpes-zóster não integra a lista nacional de doenças de notificação compulsória, e ainda não se dispõe de uma vigilância epidemiológica instituída para captar oportunamente sua ocorrência, portanto não se tem informações do número de pessoas acometidas anualmente por essa doença.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

► 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.

► 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 pápulo-vesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta – cabeça e tronco).

Varicela grave

Caso que atenda à 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 à 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.

► DEFINIÇÃO DE SURTO

Surto de varicela

Considerar como surtos de varicela a ocorrência de número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou casos agregados em instituições de longa permanência, hospitais, creches, escolas e população privada de liberdade, entre outros.

Surto de varicela em ambiente hospitalar

Define-se surto em ambiente hospitalar a ocorrência de um único caso confirmado de varicela. 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 comunicantes suscetíveis imunocompetentes maiores de 9 meses de idade, até 120 horas (5 dias) após o contato.

NOTIFICAÇÃO

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 **somente** os casos graves internados e óbitos, por meio da Ficha de Notificação Individual (BRASIL, 2005), segundo atualização da lista de notificação compulsória de 2020 (Portaria de n.º 264, de 17 de fevereiro de 2020) (BRASIL, 2020b).

No entanto o Sinan está habilitado para notificação individual, na forma da planilha para acompanhamento de surto, quando necessário e oportuno, por meio do NotSurto (BRASIL, 2006).

INVESTIGAÇÃO

Preconiza-se investigar os casos graves.

► 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-zóster, 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 dez 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”.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E DE CONTROLE

▶ OBJETIVOS

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

▶ VACINAÇÃO

A vacina varicela está licenciada no Brasil na apresentação monovalente ou tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela).

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

Indicações

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 (BRASIL, 2020c).

Situações especiais nas quais a vacinação está indicada (BRASIL, 2019):

- Pessoas imunocompetentes de grupos especiais de risco (profissionais de saúde, cuidadores e familiares) suscetíveis à doença e que estejam em convívio familiar domiciliar ou hospitalar com pacientes com comprometimento imunológico.
- 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.
- 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.
- Crianças acima de 1 ano de idade imunocompetentes e suscetíveis à 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 à 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.
- Pacientes com deficiência isolada de imunidade humoral (com imunidade celular preservada).
- Doenças dermatológicas graves, tais como: ictiose, epidermólise bolhosa, psoríase, dermatite atópica grave e outras semelhantes.
- Uso crônico de ácido acetilsalicílico (suspender uso por seis semanas após a vacinação).
- Asplenia anatômica e funcional e doenças relacionadas.
- Trissomias.
- 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 às referidas anteriormente.

Outras situações

Doação de sangue

De acordo com a Portaria n.º 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).

Situações de surto

Diante da ocorrência de surto de varicela em ambiente hospitalar, creches, escolas e outras instituições (presídios, asilos, abrigos, entre outros), 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 (BRASIL, 2018, 2019, 2020c).

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 tetraviral, 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 nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

É importante ainda:

- Monitorar o aparecimento de casos novos.
- Na admissão de novas crianças em ambiente escolar/creche, verificar se a situação vacinal contra varicela está atualizada conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação. Caso não esteja, aguardar 21 dias para iniciar a frequência escolar.
- Após 21 dias sem novos casos, considera-se o surto controlado.

- Os surtos de varicela devem ser registrados na planilha para acompanhamento de surto (NotSurto do Sinan).
- As crianças com varicela deverão permanecer no seu domicílio até que todas as lesões tenham evoluído para crosta.

Contraindicações da vacina

- Nos casos em que a vacina é contraindicada, deve-se fazer o uso da imunoglobulina humana antivariçela (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 corticoterapia.
- Gestação.
- Mulheres em idade fértil vacinadas devem evitar a gravidez durante um mês após a vacinação.
- Reação de anafilaxia à 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).

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 às 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 têm 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 têm 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 é rara.

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

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIVARICELA – IGHAV

A IGHAV é obtida de plasma humano contendo títulos altos de IgG contra o vírus da varicela. Contém de 10% a 18% de globulina e timerosol como conservante. Geralmente, as apresentações contêm 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 à 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 é rara.

OUTRAS MEDIDAS

- Lavar as mãos após tocar nas lesões.
- Isolamento: crianças com varicela 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.
- Pacientes internados: isolamento de contato e respiratório até a fase de crosta.
- Desinfecção concorrente dos objetos contaminados com secreções nasofaríngeas.
- Imunoprofilaxia em surtos de ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE. Atenção Primária a Saúde. **Cuidados Primários de Saúde**: qual tratamento e que exames solicitar para pacientes de herpes zoster. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-o-tratamento-e-que-exames-solicitar-para-pacientes-de-herpes-zoster/>. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Ficha de Notificação/ Conclusão**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2005. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Planilha para acompanhamento de surto**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Surto/Planilha_Surto_v5.pdf. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico de Introdução da Vacina Tetra Viral**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013. Disponível em: http://www.sopape.com.br/data/conteudo/arquivos/informe_tecnico_introducao_vacina_tetraviral.pdf. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.271 de 6 de julho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde pública e privados em todo território nacional. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 158, de 4 de fevereiro de 2016**. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Brasília, DF: Ministério

da saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158_04_02_2016.html. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Nota Informativa n.º 80/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da saúde. Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota-Informativa-N%C2%BA-80-2018-Orienta%C3%A7%C3%B5es-Vacina-Varicela.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2020a. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Altera a Portaria nº 4 GM/MS, de 28 de setembro de 2017, da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde pública e privados em todo território nacional. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2020b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Calendário Nacional de Vacinação 2020**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2020d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/c/calendario-de-vacinacao>. Acesso em: 6 jun. 2021.

CAMERON, J. C. *et al.* Severe complications of chickenpox in hospitalised children in the U.K. and Ireland. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 92, p. 1062-1066, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases**. Jennifer Hamborsky, Andrew Kroger, Charles Wolfe. 13th ed. Washington, DC: Public Health Foundation, 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>. Acesso em: 6 jun. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases**. Ed.: Sandra W. Roush, MT, MPH, Linda M. Baldy, MPH Mary Ann Kirkconnell Hall, MPH. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, 29 jun. 2020. Acesso em: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/>. Acesso em: 6 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 10**. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português. 2. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

HELOISA, H. S. M. Conduta para os comunicantes de doenças infecto-contagiosas. *In*: MARCONDES, E. (coord.). **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. t. 2, p. 82-87.

RUBIN, Michael. **Manual MSD**: versão para profissionais de saúde: paralisia do Nervo Facial. MDCM, New York Presbyterian Hospital-Cornell Medical Center. jun 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/doen%C3%A7as-neuroftalmol%C3%B3gicas-e-de-pares-cranianos/paralisia-do-nervo-facial>. Acesso em: 6 jun. 2021.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. Doenças causadas por vírus. *In*: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 638-693.