

SUPERINTENDÊNCIA DE
VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA
SAÚDE - SUVISA
Rívia Mary de Barros

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - DIVEP
Marcia São Pedro Leal Souza

COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÕES
E VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS
IMUNOPREVENÍVEIS
Vânia Rebouças Barbosa Vanden
Broucke

EQUIPE DE ELABORAÇÃO
Adriana Dourado de Carvalho
Jacira Evangelista da Silva
Carine dos Reis Gondim

COLABORAÇÃO
Zenaide Calazans

REVISÃO

Ana Cláudia Fernandes Nunes da Silva
Vânia Rebouças Vanden Broucke
Sergio Valverde

(71) 3103.7715

sesab.imune@saude.ba.gov.br



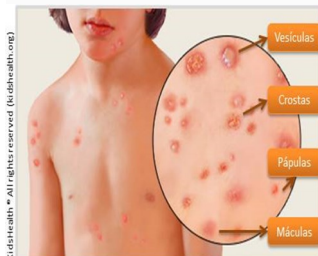
Estado da Bahia

Boletim Epidemiológico

VARICELA

Nº 02 | agosto | 2022

Epidemiologia da Varicela



Agente Etiológico

Vírus Varicella-zoster (VVZ), família *Herpesviridae*

Transmissão

Pessoa a pessoa, por meio de contato direto ou de secreções respiratória

(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.

Transmissibilidade

Varia de 1 a 2 dias antes do aparecimento do exantema e estende-se até que todas as lesões estejam em fase de crosta.

Período de incubação

10 a 21 dias após o contato. Pode ser mais curto em pacientes imunode-

primidos e mais longo após imunização passiva.

Infectividade

Altamente contagiosa, com taxas de ataque variando de 61 a 100%

Imunidade

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 quatro a seis meses de vida extrauterina.

O que é

A Varicela é uma infecção viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto maculopapular 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. 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.

Sintomas

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

Notificação

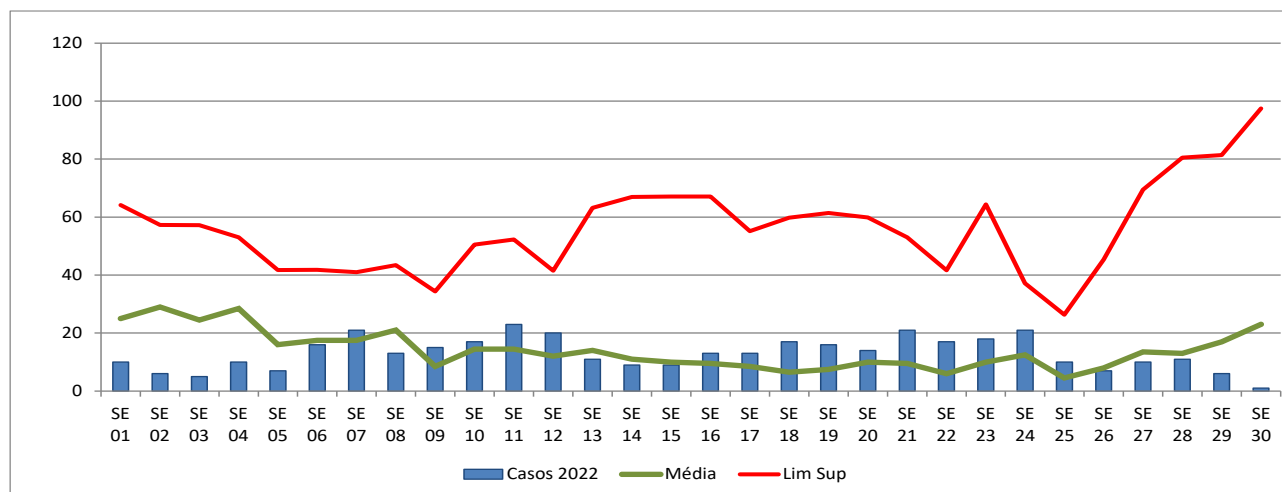
A varicela é uma doença de notificação compulsória obrigatória desde 2002, em todo estado da Bahia, ou seja, todo caso suspeito deve ser notificado através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan NET), de acordo com a Portaria Estadual nº 1290 de 09 de novembro de 2017. A notificação individual (CID B01) deve ser realizada no Sinan NET, 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. Para fins de conhecimento da incidência de casos graves, internados e óbitos, em consonância com a Portaria GM/MS nº 1102 de 13 de maio de 2022, do Ministério da Saúde, casos graves, internamentos e óbitos devem ser notificados de imediato em até (24 horas) à Secretaria Municipal de Saúde e à Secretaria Estadual de Saúde.

Boletim Epidemiológico da Varicela Nº 2 - 2022

Análise da Situação da Varicela na Bahia

Em 2021, na Bahia, foram notificados 549 casos de varicela até a Semana Epidemiológica (SE) 52. Em 2022, foram notificados 387 casos da doença até a SE 30, representando incremento de 87,86% em relação ao mesmo período do ano anterior (206 casos). O Estado apresenta atualmente coeficiente de incidência para varicela (CI) de 2,6 casos/100.000 habitantes. Do total de municípios do estado, 104 foram notificantes para varicela até a SE 30.

Figura 1 – Diagrama de controle da varicela por município. Bahia, 2022*.



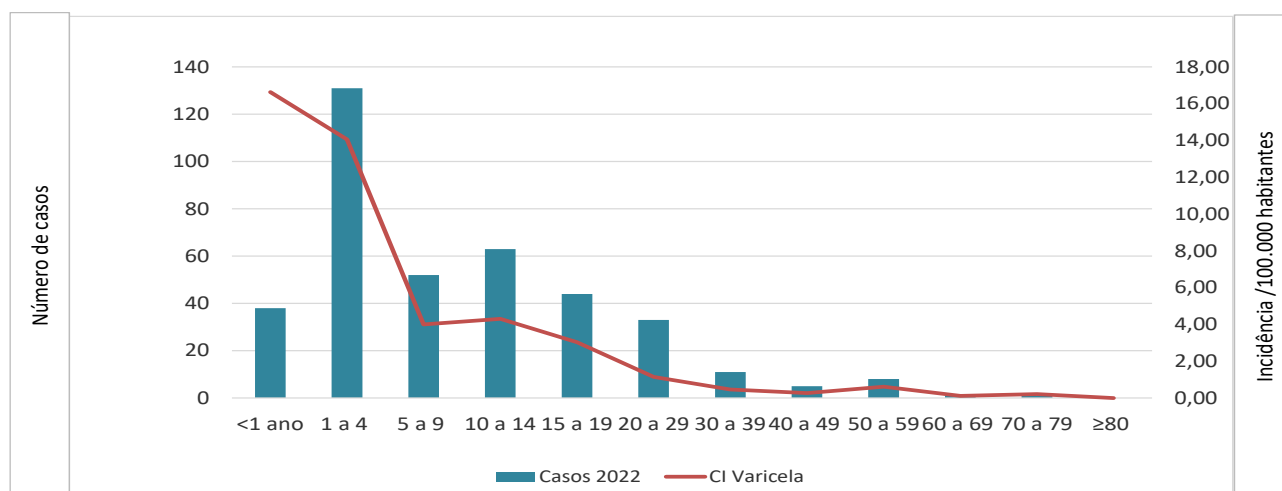
Fonte: Sinan NET/Divep/Suvisa/Sesab - *Dados preliminares até a SE 30/2022

A ocorrência de casos esteve acima do limite de endemicidade esperado em 15 Semanas Epidemiológicas, não ultrapassando o limite superior da curva, o que sinaliza o controle da doença nesse período. O maior coeficiente de incidência (CI) foi apresentado pelo município de Pé de Serra (110,8 casos/100.000 habitantes), com registro de 15 casos da doença, seguido pelos municípios de Barra do Rocha e Maetinga, com CI de 90,7 casos/100.000 habitantes e CI de 83,8 casos/100.000 habitantes, respectivamente. O maior número de casos foi notificado pelo município de Salvador (62), representando 16% do total notificado no estado.

De acordo com a figura 2, a maior ocorrência de casos se deu na faixa etária de 1 a 4 anos (131), seguido de 10 a 14 anos (63). O coeficiente de incidência foi maior entre menores de 1 ano de idade (16,63 casos/100.000 habitantes), com 38 casos, seguido da faixa etária de 1 a 4 anos, CI 14,06 casos/100.000 habitantes.

Do total de casos de varicela, 214 casos foram do sexo masculino (55%) e 173 casos do sexo feminino (45%).

Figura 2 – Distribuição dos casos e coeficiente de incidência (por 100.000 hab.) de varicela por faixa etária. Bahia, 2022*.



Fonte: Sinan NET/Divep/Suvisa/Sesab - IBGE – Datasus/ *Dados preliminares até a SE 30/2022

Boletim Epidemiológico da Varicela Nº 2 - 2022

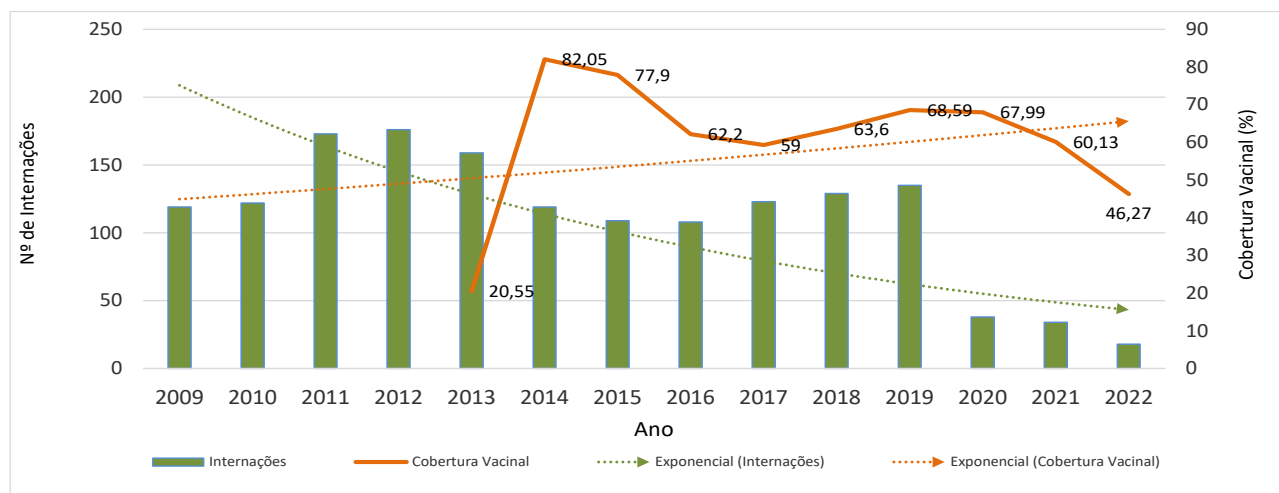
Análise da Situação da Varicela na Bahia

De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), disponíveis até maio de 2022, ocorreram 18 internações por varicela até esse período, com maior percentual na faixa etária de 1 a 4 anos (50%) (Tabela1). As hospitalizações ocorreram com maior frequência no sexo feminino (61%). O município de Salvador registrou o maior número de hospitalizações (7), seguido por Cachoeira (4). De acordo com o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) não ocorreram óbitos por varicela até a SE 30/2022.

No período de 2009 a 2022 foram registradas no SIH-SUS, na Bahia, 1.562 internações por varicela, com uma média anual de 111,6 casos (desvio padrão = 49,3).

De acordo com a análise de tendência comparativa das hospitalizações e dos níveis de cobertura vacinal contra varicela (Tetra Viral e Varicela Monovalente), nota-se redução dos internamentos pela doença a partir de 2014, podendo refletir o impacto da introdução da vacina Tetra Viral na rotina do Programa Nacional de Imunizações a partir dos 15 meses de idade, em 2013, a despeito do fato dos níveis de cobertura alcançados estarem aquém da meta estabelecida para adequado controle da doença (meta=95%). A maior redução das hospitalizações são observadas durante os anos de ocorrência da pandemia de COVID19 (Figura 3). Destaca-se que, os dados de 2022 ainda são preliminares (até julho). No ano 2014 o estado alcançou o maior resultado de cobertura contra varicela durante o período analisado (82,05%) e a partir de 2015 as baixas coberturas vacinais vêm reduzindo, chegando em 2021 a 60,13% e 2022 a 46,27%. O cenário de baixas coberturas vacinais representa risco iminente para ocorrência de surtos e casos graves de varicela no estado e consequente aumento dos internamentos.

Figura 3 – Análise de tendência das hospitalizações por varicela e cobertura vacinal (tetra viral + varicela monovalente) contra a doença. Bahia, 2009 a 2022*.



Fonte: SIH-SUS*/Divep/Suvisa/Sesab - SI-PNI**- Datasus. Nota: *Dados disponíveis até maio -**dados preliminares até julho

Tabela 1 – Distribuição dos internamentos de varicela por faixa etária e por município. Bahia, 2022*.

MUNICÍPIOS	< 1 A	1 A 4 ANOS	5 A 9 ANOS	10 A 14	20 A 29	70 a 79	80+	TOTAL
BAIXA GRANDE	0	0	1	0	0	0	0	1
CACHOEIRA	0	1	0	0	1	0	2	4
CENTRAL	0	1	0	0	0	0	0	1
DIAS DÁVILA	0	0	0	1	0	0	0	1
EUCLIDES DA CUNHA	0	1	0	0	0	0	0	1
SALVADOR	1	3	1	0	1	1	0	7
SANTO AMARO	0	1	0	0	0	0	0	1
SIMÕES FILHO	0	1	0	0	0	0	0	1
VERA CRUZ	0	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	1	9	2	1	2	1	2	18

Fonte: SIH-SUS*/Divep/Suvisa/Sesab. * dados disponíveis até maio.

Boletim Epidemiológico da Varicela Nº 2 - 2022

Análise da Situação da Varicela na Bahia

Tabela 2 – Análise dos surtos de varicela por município, segundo local de ocorrência. Bahia, 2022*.

MUNICÍPIOS	RESIDÊNCIA	UNIDADES DE SAÚDE	CASOS DISPERSOS POR BAIRRO	CASOS DISPERSOS PELO MUNICÍPIO	CRECHE	TOTAL DE SURTOS
MARCIONÍLIO SOUZA	0	0	1	1	0	2
BAIXA GRANDE	0	0	0	0	1	1
CAIRU	1	0	0	0	0	1
ITATIM	0	0	0	1	2	3
MALHADA	0	1	0	0	0	1
PINDAÍ	12	0	0	0	0	12
PRADO	0	0	0	0	2	2
XIQUE XIQUE	0	0	1	0	0	1
VALENÇA	0	0	0	0	2	2
VITÓRIA DA CONQUISTA	0	0	0	0	2	2
CARAÍBAS	2	0	0	0	0	2
RIO REAL	0	0	0	0	1	1
TOTAL	15	1	2	2	10	30

Fonte: Sinan-NET/Divep/Suvisa/Sesab.

De acordo com a análise do módulo Surto do Sinan-Net, foram registrados 30 surtos de varicela distribuídos em 12 municípios, com maior ocorrência em Pindaí (12). Destaca-se como principal local de ocorrência dos surtos, a residência (15), seguido de creches (10). Comparativamente aos dados extraídos do SIH-SUS, percebe-se que os 18 casos graves hospitalizados até maio (Tabela1) não foram notificados como surto em unidade de saúde no Sinan-NET. No módulo de notificação de surto do Sinan-NET consta apenas 01 notificação de surto em unidade de saúde. Essas inconsistências sinalizam fragilidade do atendimento ao fluxo de notificação de surto de varicela pelas unidades de saúde.

Orientações da Vigilância da Varicela

- Todos os casos suspeitos devem ser notificados na Ficha Individual do Sinan;
- Quando se configura surto, os agregados de casos devem ser notificados na Ficha de Investigação de Surto do Sinan, devendo ser preenchida a Planilha de Acompanhamento de Surto;

Caso Suspeito de Varicela: paciente com quadro discreto de febre moderada, de início súbito, que dura de 2 a 3 dias, e sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaléia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia na face, couro cabeludo ou tronco (distribuição centrípeta – cabeça e tronco);

Caso grave de varicela: caso que atenda a definição de casos suspeito de varicela que tenha sido hospitalizado e/ou evoluiu com complicações ou óbito;

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. 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 vacinal.

Surto de varicela em ambiente hospitalar: a ocorrência de um único caso confirmado de varicela é considerado surto 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. 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.

Surto de varicela em ambiente de creche: ocorrência de um único caso confirmado de varicela em crianças ou profissional que mantém contato direto com a comunidade escolar.



Fonte:
<http://www.gettyimages.pt/detail/foto/chicken-pox-imagem-royalty-free/175444393>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p. : il.