

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA
E PROTEÇÃO DA SAÚDE (SUvisa)**

Rívia Mary de Barros

**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA (DIVEP)**

Márcia São Pedro Leal Souza

**COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÕES E
VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS
IMUNOPREVENÍVEIS (CIBEDI)**

Vânia Rebouças B. Vanden Broucke

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

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

COLABORAÇÃO

Sergio Ricardo Valverde Souza

REVISÃO

Akemi Erdens Aoyama Chastinet
Ana Claudia Nunes
Millani Souza de Almeida Lessa

71 3103.7715

sesab.imune@saude.ba.gov.br

2025

GOVERNO DO ESTADO

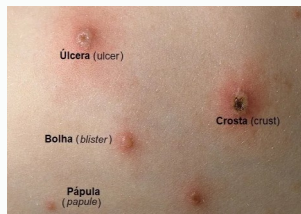


SECRETARIA DA SAÚDE

Nº 01 | fevereiro | 2025

**EPIDEMIOLOGIA DA
VARICELA**

Lesões da Varicela



Fonte: Adaptado de
<http://www.ufjf.br/hu/files/2012/08/protocolo-varicela.pdf>.

Agente Etiológico

Vírus Varicella-zoster
(VZV), família *Herpetoviridae*

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.

Transmissibilidade

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

Período de incubação

Dez (10) a vinte um (21) dias após o contato. Pode ser mais curto em pacientes imunodeprimidos 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.

**Características
epidemiológicas**

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 com complicações, hospitalização e óbito.

Descrição

A Varicela é uma infecção viral que se caracteriza por contagiosidade extremamente acentuada. Muito embora seja considerada benigna na infância, estudos demonstram uma crescente incidência de casos graves, com complicações severas. Sendo facilmente transmissível por aerossóis produzidos na tosse e nos espirros, inicialmente o vírus Varicela-zóster (VZV) infecta as vias respiratórias superiores quando da inalação de gotículas pelo paciente suscetível. Uma vez presente no trato respiratório, o vírus alcança o sistema linfático através do qual se difunde para o resto do corpo.

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

Uma vez adquirido o vírus Varicela, a pessoa fica imune à catapora. No entanto, esse vírus permanece em nosso corpo a vida toda e pode ser reativado, causando o Herpes-Zoster.

A varicela é uma doença infecciosa epidêmica que apresenta variação sazonal, uma vez que os surtos ocorrem geralmente no outono.

Análise da Situação da Varicela na Bahia

Em 2024, até a Semana Epidemiológica 52 foram notificados 1.695 casos de varicela, com coeficiente de incidência de 11 casos/100.000 habitantes, distribuídos em 208 municípios, com maior concentração em Salvador (473), seguido de Feira de Santana (109) e Prado (58). Comparativamente ao mesmo período de 2023 (1.700 casos), houve redução de 2,95% no número de casos notificados de varicela no estado. Quando analisado por Macrorregião de Saúde, o maior coeficiente de incidência se deu na Macrorregião de Saúde Extremo Sul com 26,4 casos/100.000 habitantes, seguido pela Macrorregião de saúde Nordeste, com 19,8 casos/100.000 habitantes, ficando a Macrorregião de Saúde Oeste com o menor coeficiente de incidência da doença (3,2 casos/100.000 habitantes). O maior coeficiente de incidência de casos notificados foi apresentado pelo município de Itagimirim (221,1 casos/100.000 habitantes), com registro de 15 casos da doença, seguido pelos municípios de Prado com CI de 205,6 casos/100.000 habitantes (58) e Andorinha (22), com CI de 152,6 casos/100.000 habitantes.

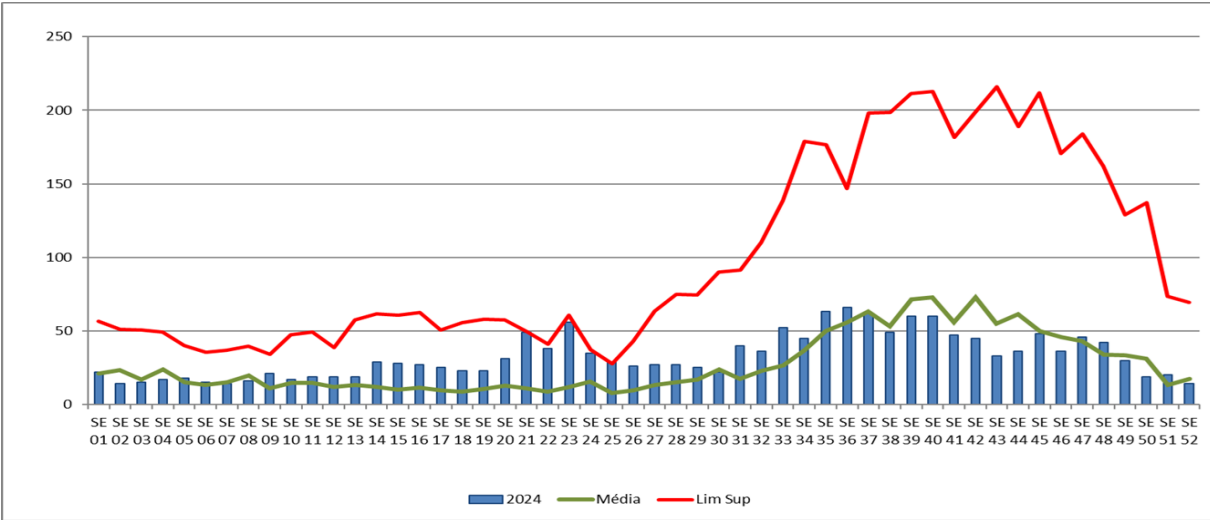
Ainda em 2024, até a Semana Epidemiológica 52 foram confirmados 1.286 casos de varicela, representando 75,8% do total de notificados. Os casos confirmados estão distribuídos em 162 municípios, com maior concentração em Salvador (428), seguido de Feira de Santana (97) e Teixeira de Freitas (45). Comparativamente ao mesmo período de 2023, quando foram confirmados 1.371 casos de varicela, nota-se que houve redução de 6,2% no número de casos de varicela confirmados no estado em 2024.

Do total de casos confirmados em 2024, 50,5% ocorreu no sexo feminino (650/1.286), 49,4% no sexo masculino (635/1.286) e 0,1% foi registrado como sexo ignorado (1/1.286). O maior coeficiente de incidência foi entre crianças < 1 ano de idade (41,1casos/100.000 hab.), seguido da faixa de 1 a 4 anos (24,2 casos/100.000 hab.).

Considerando o risco de ocorrência de varicela congênita, nesse período foram registrados 22 casos de varicela em gestante, 2 casos no primeiro trimestre de gestação, 8 no segundo trimestre e 9 no terceiro trimestre. Importante considerar que 3 (13,6%) teve a idade gestacional ignorada nos registros de ocorrência de varicela congênita, o que aponta para a qualidade dos dados notificados.

Em 2024, a ocorrência de casos esteve acima do limite de endemicidade esperado a partir da Semana Epidemiológica 9, chegando próximo ao limite superior da curva do diagrama de controle; Nas semanas epidemiológicas 21 à 25, devido à surtos em alguns municípios no estado da Bahia que iniciaram antes do período sazonal da doença, voltando a reduzir a partir da SE 38 o que sinaliza maior controle da doença nesse período (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Diagrama de controle da varicela. Bahia, 2024*.

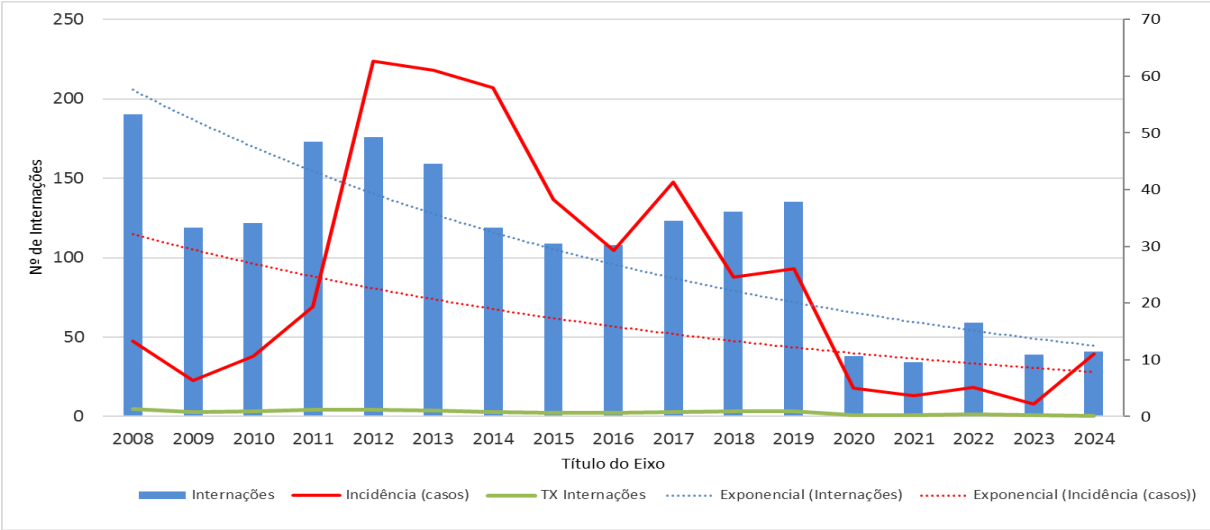


Fonte: SESAB /SUvisa/DIVEP-SINAN NET 2007 a 2024 *Dados atualizados em 20/01/2025
*Dados atualizados em 20/01/20225

Análise da Situação da Varicela na Bahia

De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), ocorreram 41 internações por varicela no ano de 2024, com maior taxa de hospitalizações na faixa etária < de 1 ano (2,6 casos/100.000 habitantes). As hospitalizações ocorreram com maior frequência no sexo feminino (51,2%). O município de Salvador registrou o maior número de hospitalizações (19), seguido por Feira de Santana (3). A Macrorregional de Saúde Nordeste registrou maior taxa de hospitalizações (0,8 casos/100.000 habitantes), seguida pela Macrorregião de Saúde Leste (0,5 casos/100.000 habitantes). De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), não houve óbito por varicela no estado em 2024. O Estado da Bahia vem em progressiva melhora das coberturas vacinais, obtendo ,em 2024, cobertura de 72,7% contra varicela, porém não alcançou a meta preconizada pelo Ministério da Saúde para controle da doença (≥95%).

Gráfico 2 – Análise de tendência das hospitalizações por varicela e coeficiente de incidência da doença (por 100.000 habitantes). Bahia, 2008 a 2024*



Fonte: Sesab /Suvisa/Divep- SIH SUS e SINAN NET 2008 a 2024

Na Bahia, no período que antecedeu a implantação da vacina contra varicela no PNI (2008 a 2013), era registrada uma média anual de 156,5 hospitalizações. A partir da introdução da vacina, no período de 2014 a 2024, nota-se uma importante redução da média anual de hospitalizações, chegando a 89,3, o que representa uma redução de 42,9% na média anual de internações. A taxa de hospitalização variou de 1,3/100.000 habitantes em 2008 a 0,2/100.000 habitantes em 2021. No ano da implantação da vacina no calendário de rotina (2013), o coeficiente de incidência da varicela era de 61 casos/100.000 habitantes, passando para 26 casos/100.000 habitantes em 2019, ano que antecedeu à pandemia de COVID 19. Nos anos pandêmicos, percebe-se maior redução do coeficiente de incidência da varicela: em 2020 (5/100.000 hab.), 2021 (3,6/100.000 hab.) e 2022 (5,1/100.000 hab.), respectivamente, chegando, em 2023, a 2,2 casos/100.000 habitantes. Em 2024, houve discreto aumento para 11 casos /100.000 habitantes justificado pelas baixas coberturas vacinais que representam risco iminente para ocorrência de surtos, casos graves de varicela e consequente aumento dos internamentos (Gráfico 2).

De acordo com a análise do módulo Surto do Sinan-Net, foram registrados 52 surtos de varicela em 2024, distribuídos em 26 municípios, com maior ocorrência no município de Salvador (13 surtos). Em relação ao ano de 2023, foram registrados 79 surtos de varicela em 29 municípios, sendo maior ocorrência em Salvador (13 surtos), o que demonstra redução de 34,2% dos surtos em 2024 quando comparado ao ano de 2023, embora a capital não tenha apresentado redução no número de surtos notificados.

Destaca-se, como principal local de ocorrência dos surtos, a creche/escola (26 surtos), seguido de hospital/unidade de saúde (12 surtos) e residência (9 surtos). Analisando a situação das Macrorregiões de Saúde quanto a surtos de varicela, nota-se que a Macrorregião de Saúde Centro- Norte obteve maior incidência de surtos de varicela (1,2 casos/100.000 habitantes), seguido pela Macrorregião de Saúde Norte (0,8 casos/100.000 habitantes). Em oito Macrorregionais de Saúde foram notificados surtos de varicela, apenas a Macrorregião de Saúde Oeste não notificou surto, em 2024.

Orientações para Notificação da Varicela na Bahia

- Todos os casos suspeitos devem ser notificados através da Ficha Individual do Sinan;
- Quando é confirmado 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;

Definições de Caso

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 antivariçela (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 antivariçela até 96 horas após o contato com o caso

Surto de varicela em creches/escolas, comunidades indígenas, instituições de longa permanência e outras instituições fechadas (presídios, asilos, abrigos, entre outros): ocorrência de casos agregados em instituições como: creches e escolas, presídios, asilos, abrigos e em áreas indígenas é considerado surto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 6. ed.– Brasília : Ministério da Saúde, 2023. 3v.: il.

Bahia, Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Protocolo Estadual de Vigilância Epidemiológica da Varicela 6ª Versão [recurso eletrônico] / SESAB– Bahia : Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2023. 32 p.