

**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 (CIVEDI)**

Vânia Rebouças Barbosa Vanden
Broucke

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Adriana Dourado de Carvalho

Carine dos Reis Gondim

Sergio Valverde

REVISÃO

Márcia São Pedro Leal Souza

Ana de Fátima Cardoso Nunes

Vânia Rebouças Vanden Broucke

(71) 3103.7715

sesab.imune@saude.ba.gov.br



Estado da Bahia

Boletim Epidemiológico

VARICELA

Nº 03 | dezembro | 2022

Epidemiologia da Varicela

Lesões da Varicela Agente Etiológico



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

Transmissão

Pessoa a pessoa, por meio de contato direto ou de secreções respiratórias (disseminação aé-

rea 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.

O que é

A Varicela é uma infecção viral, aguda, altamente contagiosa que 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). 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 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.

Diagnóstico Diferencial

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; riquetsioses, entre outras.

Varicela na gravidez

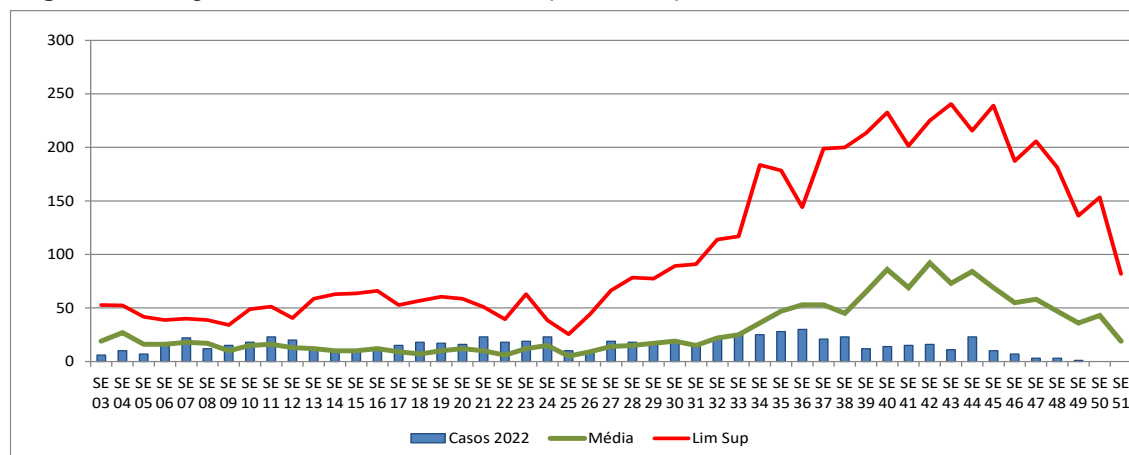
A infecção materna no primeiro ou no segundo trimestre da gestação pode resultar em embriopatia. Nas primeiras 16 semanas de gestação, há risco maior de lesões graves ao feto, que podem resultar em baixo peso ao nascer, malformações das extremidades, cicatrizes cutâneas, microftalmia, catarata e retardo mental (Síndrome da Varicela Congênita). Gestantes não imunes que tiverem contato com casos de varicela e herpes-zoster devem receber a imunoglobulina humana (IGHAV) contra esse vírus, até 96 horas (4 dias) após o contato. A IGHAV também está indicada para menores de 9 meses de idade e pessoas imunodeprimidas, além das gestantes.

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%.

Análise da Situação da Varicela na Bahia

Em 2021, na Bahia, foram notificados 539 casos de varicela até a Semana Epidemiológica (SE) 51. Em 2022, nesse mesmo período foram notificados 754 casos da doença, representando incremento de 39,8% em relação ao mesmo período do ano anterior. O Estado apresenta atualmente coeficiente de incidência para varicela (CI) de 5,1 casos/100.000 habitantes. Do total de municípios do estado, 150 foram notificantes para varicela até a SE 51.

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



Fonte: Sinan NET/Divep/Suvisa/Sesab - *Dados preliminares até a SE 51/2022

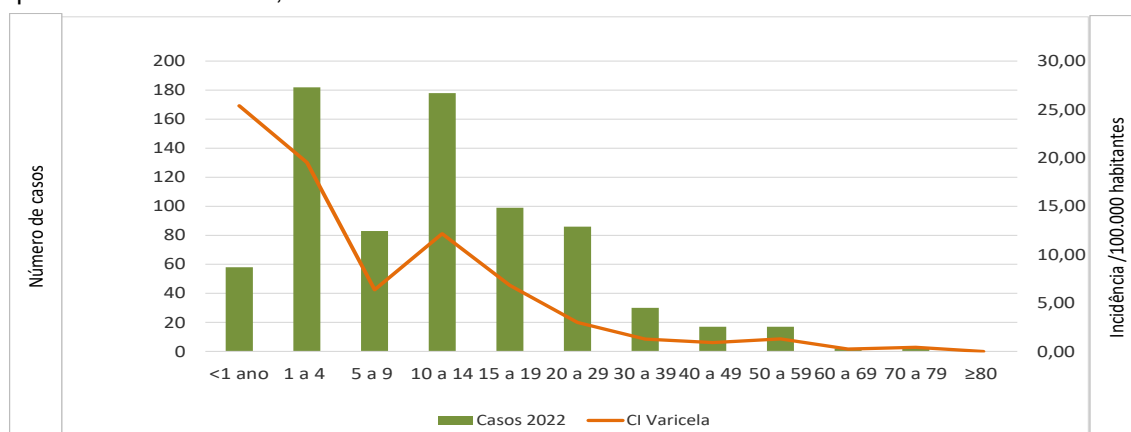
A ocorrência de casos esteve acima do limite de endemicidade esperado em 16 Semanas Epidemiológicas, não ultrapassando o limite superior da curva, o que sinaliza o controle da doença nesse período. O maior coeficiente de incidência (CI) foi apresentado pelo município de Maetinga (167,6 casos/100.000 habitantes), com registro de 4 casos da doença, seguido pelos municípios de Pé de Serra e Una, com CI de 110,8 casos/100.000 habitantes e CI de 99,4 casos/100.000 habitantes, respectivamente. O maior número de casos foi notificado pelo município de Salvador (164), representando 21,75% 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 (182), seguido de 10 a 14 anos (178). O coeficiente de incidência foi maior entre menores de 1 ano de idade (25,39 casos/100.000 habitantes), com 58 casos, seguido da faixa etária de 1 a 4 anos, (CI 19,53 casos/100.000 habitantes).

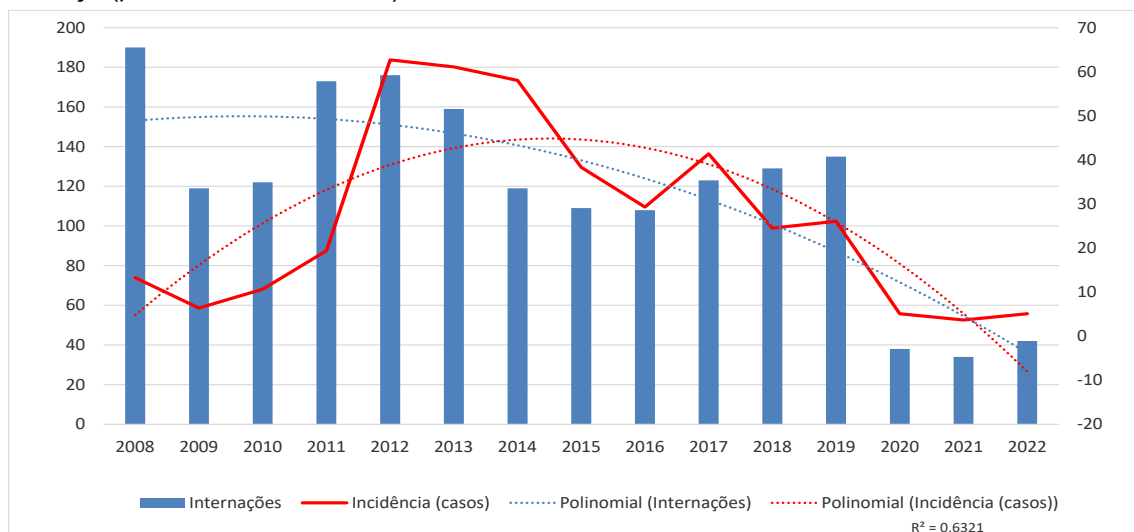
Do total de casos de varicela, 416 casos foram do sexo masculino (55%) e 338 casos do sexo feminino (45%).

Em 2022, foram notificados 42 surtos de varicela no estado da Bahia, sendo 20 em residência, 05 em unidades de saúde, 13 em creche, 02 dispersos em bairro e 02 dispersos no município.

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 51/2022

Análise da Situação da Varicela na Bahia**Figura 3** - Análise de tendência das hospitalizações por varicela e coeficiente de incidência da doença (por 100.000 habitantes). Bahia, 2009 a 2022*.

Fontes: SIH-SUS/Divep/Suvisa/Sesab - Dados disponíveis até Dezembro
SINAN-NET/Divep/Suvisa/Sesab – Dados preliminares até SE 51

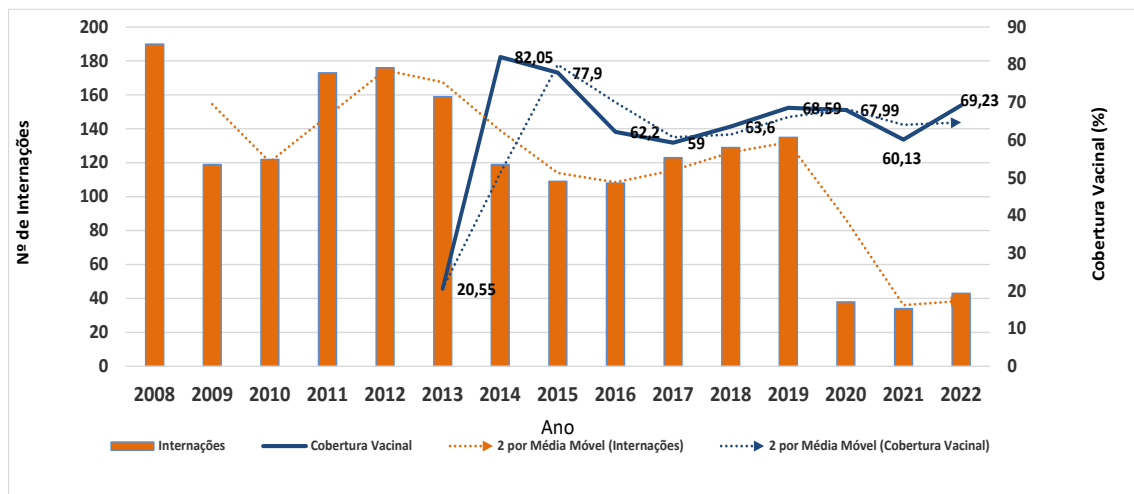
De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), ocorreram 43 internações por varicela no ano de 2022 até Dezembro (dados preliminares, sujeitos a alteração), com maior percentual na faixa etária de 1 a 4 anos (30%). As hospitalizações ocorreram com maior frequência no sexo masculino (51%). O município de Salvador registrou o maior número de hospitalizações (16), seguido por Cachoeira (8). De acordo com o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), ocorreu um (1) óbito por varicela em gestante em 2022.

No período de 2008 a 2022 foram registradas no SIH-SUS, na Bahia, 1.777 internações por varicela, com uma média anual de 118,46 casos (desvio padrão = 48,52).

Analisando o módulo Surto do Sinan-Net, foram registrados 42 surtos de varicela distribuídos em 17 municípios, com maior ocorrência em Pindaí (13). Destaca-se como principal local de ocorrência dos surtos, a residência (15), seguido de creches (13). Comparativamente aos dados extraídos do SIH-SUS, percebe-se que os 43 casos graves hospitalizados até semana 48 não foram notificados no módulo surto do Sinan-NET.

Considerando o risco de ocorrência de varicela congênita, nesse período foram registrados 05 casos de varicela em gestante, 01 no primeiro trimestre de gestação, 01 no segundo trimestre, 01 no terceiro trimestre e 02 com idade ignorada. De acordo com o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), ocorreu um (1) óbito por varicela em gestante em 2022 (grupo de alto risco), residente no município de Milagres. A ocorrência de óbito por uma doença imunoprevenível representa uma falha do sistema de saúde, reacendendo o alerta sobre a necessidade de implementação de medidas efetivas para a garantia da proteção dos grupos mais vulneráveis, incluindo a vacinação de rotina, implementação das ações de controle (monitoramento e bloqueio oportuno frente aos grupos de maior risco) e manejo clínico adequado de casos graves.

Análise da Situação da Varicela na Bahia

Figura 4 - Média móvel de hospitalizações por varicela e cobertura vacinal contra a doença na Bahia, 2008 a 2022*.

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

De acordo com a análise de evolução da média móvel anual de hospitalizações e dos níveis de cobertura vacinal contra varicela (Figura 4), nota-se a redução dos internamentos em 2014, estabilidade entre 2015 e 2016, e novo aumento da média de hospitalizações entre 2017 e 2019, coincidindo com a redução dos níveis de coberturas vacinais contra a doença nesse período. No período da pandemia de Covid-19 (2020 a 2022), a despeito do não alcance das metas anuais de cobertura vacinal contra varicela ($\geq 95\%$), houve redução expressiva das hospitalizações, o que pode evidenciar o impacto das medidas de isolamento respiratório e isolamento social adotadas durante a pandemia, contribuindo para o controle de outras doenças de transmissão respiratória, como a varicela. 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. Em 2022, o estado alcançou cobertura de 69,23% contra varicela (varicela monovalente), até dezembro (dados preliminares).

Orientações - Vigilância da Varicela na Bahia

- Todos os casos suspeitos devem ser notificados na 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;

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 centripeta – 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: SIH-SUS/Divep/Suvisa/Sesab - SI-PNI- Datasus. Nota: - Dados disponíveis até dezembro (sujeitos a alteração).

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.