



PROTOCOLO ESTADUAL DE **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** **DA VARICELA**

6º VERSÃO (2023)



SECRETARIA
DA SAÚDE



PROTOCOLO ESTADUAL DE **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VARICELA**

6º VERSÃO (2023)

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS



SECRETARIA
DA SAÚDE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

PROTOCOLO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VARICELA

6ª VERSÃO

2023

Secretária de Saúde do Estado da Bahia
Roberta Silva de Carvalho Santana

Superintendente de Vigilância à Saúde
Rivia Mary Barros

Diretora da Vigilância Epidemiológica
Márcia São Pedro Leal Souza

Coordenadora Estadual de Imunizações e Vigilância de Doenças Imunopreveníveis
Vânia Rebouças Vanden Broucke

Organização

Grupo Técnico de Vigilância das Doenças Exantemáticas e Varicela:

Teresa Maria de Souza (1ª Versão)
Suelena Costa Magalhães Gomes (2ª Versão)
Euma Fraga Marques (3ª Versão)
Aldacy Matos de Andrade (4ª Versão)
Adriana Dourado de Carvalho (5ª e 6ª versões)
Andréa Uiara (5ª Versão)
Gabriella Pereira Santos (5ª Versão)

Revisão 6ª Versão

Akemi Erdens Aoyama Chastinet (6ª versão)
Carine dos Reis Gondim (6ª versão)



2023. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde.

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

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. Modo de acesso em: <https://www.saude.ba.gov.br/protocolovaricela>

ÍNDICE

1. Introdução	04
2. Objetivos	05
3. Epidemiologia da Varicela	05
4. Aspectos Clínicos da Varicela	07
5. Varicela na gestação	08
6. Diagnóstico diferencial	09
7. Tratamento	09
8. Vigilância Epidemiológica da Varicela	11
9. Medidas de Prevenção e Controle	17
10. Eventos Adversos	23
11. Indicações e Contraindicações para a Vacina	24
12. Referências Bibliográficas	26
Anexo 01	27
Anexo 02	29
Anexo 03	31

1. Introdução

A varicela é uma doença habitualmente benigna na infância, embora esteja associada a complicações. Em recém-nascidos prematuros ou não e em determinadas circunstâncias, gestantes, adolescentes e adultos podem ter evolução grave. A infecção materna no primeiro ou no segundo trimestre de gestação pode resultar em embriopatia. Entretanto, o maior risco da varicela é quando ela acomete pacientes imunocomprometidos, podendo atingir inclusive o sistema nervoso central. A infecção primária produz a doença. Depois, o agente infeccioso pode permanecer latente nos gânglios nervosos próximos a medula espinhal e a sua reativação causa o herpes-zoster que ocorre por debilidade do sistema imunológico.

O vírus varicela zoster é responsável por duas doenças distintas: herpes zoster (conhecido como cobreiro ou zona) e a catapora. 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. O Herpes-Zóster surge quando há uma queda nas defesas imunológicas. Entre os fatores de risco podemos citar: idade acima de 50 anos, estresse físico ou psicológico, privação do sono, diabetes mellitus, câncer, quimioterapia, doenças crônicas, uso de drogas imunossupressoras, HIV/Aids.

Até 20% dos pacientes com história de catapora na infância vão apresentar pelo menos um episódio de herpes-zóster, geralmente após os 50 anos. Entre os pacientes com mais de 85 anos essa taxa sobe para mais de 50%.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aperfeiçoar a vigilância epidemiológica da varicela no Estado da Bahia, contribuindo para adoção de medidas de controle oportunas.

2.2 Objetivos Específicos:

- Orientar a rede de atenção e de vigilância sobre os aspectos clínicos da varicela e o comportamento epidemiológico da doença; Definir os fluxos de informação para a vigilância epidemiológica da varicela; Divulgar as indicações para a vacina e para a imunoglobulina humana anti-varicela-zoster; Definir os fluxos para solicitação da vacina e imunoglobulina;
- Qualificar os dados do sistema de informação.

3. Epidemiologia da Varicela

3.1 Descrição

Varicela

Infecção viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculopapular 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 (coceira). 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.



Herpes-zóster

Decorre da reativação do vírus da varicela, que permanece latente, ocorrendo na idade adulta em pessoas com comprometimento imunológico, portadores de doenças crônicas, neoplasias, Aids e outras.

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 erupção é unilateral, raramente ultrapassa a linha mediana e segue o trajeto de um nervo. As regiões mais comprometidas são a torácica (53% dos casos), cervical (20%), correspondente ao trajeto do nervo trigêmeo (15%) e a lombossacra (11%). Quando não ocorre infecção secundária, as vesículas se dissecam, formam-se crostas e o quadro evolui para cura em 2 a 4 semanas. Em paciente imunossuprimidos, as lesões surgem em localizações atípicas e geralmente disseminadas.

A principais complicações do Herpes -Zóster são:

- Nevralgia pós herpética que se caracteriza por dor persistente, por quatro a seis semanas após a erupção cutâneas, sendo mais frequente em mulheres e após comprometimento do trigêmio;
- Envolvimento oftalmológico, superinfecção bacteriana, paralisias nervosas craniana e periféricas e envolvimento visceral.

Sinonímia

Varicela: catapora

Agente Etiológico:

Vírus varicela – zoster (VVZ), vírus RNA, família Herpetoviridae.

Reservatório

O homem

3.2 Modo de Transmissão

Pessoa a pessoa, através do contato direto ou de secreções respiratórias (disseminação aérea de partículas virais/aerossóis), e, raramente, através de

contato com lesões de pele. Pode também ser transmitida indiretamente através de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados.

3.3 Período de Incubação

O tempo entre o contágio e aparecimento dos sintomas dura entre 10 a 21 dias. Pode ser mais curto em pessoas imunodeprimidas e mais longo após imunização passiva.

3.4 Período de Transmissibilidade

Varia de 1 a 2 dias antes da erupção até 6 dias após o surgimento do primeiro grupo de vesículas. Enquanto houver vesículas a transmissão é possível por via respiratória, terminando quando todas as lesões estiverem em fase de crosta.

O período de transmissibilidade pode ser mais prolongado (até meses) em indivíduos com imunodeficiência, perdurando por todo o período de surgimento de novas lesões (vesículas).

Importante: crianças com varicela não complicada 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.

3.5 Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é universal.

A infecção confere imunidade permanente, e raramente ocorre 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 extra-uterina.

4.0. Aspectos Clínicos da Varicela

- ✓ **Período prodrômico** – caracteriza-se pela presença de febre baixa, cefaleia, anorexia e vômito, podendo durar de horas até três dias. Na infância, o primeiro sinal é o exantema. Em crianças imunocompetentes, a doença é geralmente benigna, com início repentino, apresentando febre moderada de 2 a 3 dias de duração, sintomas inespecíficos e erupção

cutânea pápulo-vesicular na face, couro cabeludo ou tronco (distribuição centrípeta).

- ✓ **Período exantemático** – as lesões apresentam máculas que evoluem para pápulas, vesículas, pústulas e crostas. Tendem a surgir em partes cobertas do corpo (couro cabeludo, axilas, mucosas da boca e das vias aéreas superiores).

Principais Complicações:

- ✓ Encefalite: considerada manifestação rara e se caracteriza como inflamação aguda no sistema nervoso central, que provoca a inflamação do cérebro. Se não for tratada, pode ser fatal. Afeta principalmente bebês, crianças e adultos com o sistema imunológico comprometido;
- ✓ Infecção secundária da 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);
- ✓ Varicela disseminada ou varicela hemorrágica em pessoas com comprometimento imunológico;
- ✓ Pneumonia;
- ✓ Síndrome de Reye: considerada rara, está associada ao uso de ácido acetilsalicílico durante a fase aguda, principalmente em crianças (vômitos, irritabilidade, nível de consciência reduzido, edema cerebral, comprometimento hepático);
- ✓ Nevralgia pós herpética (NPH) – dor persistente por 4 a 6 semanas após a erupção cutânea que se caracteriza pela refratariedade ao tratamento.

O risco de complicações da varicela varia com a idade. As complicações ocorrem com muito mais frequência em pessoas com mais de 15 anos de idade e em crianças com menos de 1 ano de idade. Antes da introdução da vacinação contra varicela, as taxas de letalidade para varicela eram de aproximadamente 1 por 100.000 casos entre crianças de 1-14 anos de idade, 2,7 por 100.000 casos entre

peças de 15-19 anos de idade e 25,2 por 100.000 casos entre adultos 30- 49 anos de idade. Os adultos representaram apenas 5% dos casos relatados de varicela, mas aproximadamente 35% da mortalidade. Nos adultos a doença cursa de modo mais grave, apesar de menos frequente (3% dos casos), a febre é mais alta e prolongada e as complicações mais comuns podem levar a óbito, principalmente devido a pneumonia primária.

5.0 Varicela na Gestaçã

A varicela em gestantes no 1º e 2º trimestre pode resultar em embriopatia (Síndrome da Varicela Congênita). Gestantes não imunes, que tiveram contato com casos de varicela e herpes-zóster devem receber a imunoglobulina humana contra o vírus, disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Os recém-nascidos que adquirem varicela entre 5 e 10 dias de vida, cujas mães se infectaram entre 5 dias antes do parto e 2 dias após, estão mais expostos à varicela grave, podendo atingir letalidade de 30%. A infecção intrauterina e a ocorrência de varicela antes dos dois anos de idade estão relacionadas à ocorrência de zoster em idades mais jovens.

- Síndrome da varicela congênita (taxa de ataque no primeiro trimestre da gravidez é de 1,2%; quando a infecção ocorrer entre 13ª e 20ª semanas de gestação é de 2%). Pode resultar em baixo peso ao nascimento, malformações das extremidades, cicatrizes cutâneas, microftalmia, catarata e retardo mental.

6.0 Diagnóstico Diferencial

Varíola (erradicada); infecções por **Coxsackie**; infecções cutâneas; dermatite herpertiforme; impetigo; erupção variceliforme de kaposi; riquetsioses, mpox, entre outras.

7.0 Tratamento

Para pessoas sem risco de agravamento da varicela, o tratamento deve ser sintomático. Pode-se administrar anti-térmico, analgésico não salicilato e para atenuar o prurido, anti-histamíco sistêmico. Além disso, deve-se realizar a

higienização da pele com água e sabonete, com adequado corte de unhas. Havendo infecção secundária, recomenda-se o uso de antibióticos, em especial para combater estreptococos do grupo A e estafilococcus.

O tratamento específico da varicela é realizado por meio da administração do antiviral aciclovir, 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 morbi-mortalidade 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 Nevralgia Pós-herpética (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

8.0 Vigilância Epidemiológica da Varicela

8.1 Objetivos

- ✓ Avaliar o impacto da vacinação antivaricela-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.

8.2 Definição de casos de varicela

Suspeito

Paciente com quadro de febre moderada de início súbito, que dura de dois a três dias, com sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular que se inicia na face, couro



cabeludo ou tronco.

Varicela grave

Paciente que atenda a definição de caso suspeito de varicela e que necessite ser hospitalizado ou tenha evoluído para óbito.

Confirmado

O caso de varicela que atenda a definição de casos suspeito, sem outra causa aparente, pode ser confirmado com ou sem diagnóstico laboratorial.

O caso de varicela grave, sem outra causa aparente, pode ser confirmado com ou sem diagnóstico laboratorial.

Descartado

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

8.3 Notificação

Notificação Individual

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 (SinanNET), de acordo com a Portaria Estadual nº 1290 de 09 de novembro de 2017.**

A notificação individual (CID B01) deve ser realizada no SinanNET, 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. Ficha de notificação individual (ANEXO 1).

Para fins de conhecimento da incidência de casos graves, internados e óbitos, em consonância com a Portaria de Consolidação nº4 de 28 de setembro de 2017,

do Ministério da Saúde, casos graves, internamentos, surtos e óbitos devem ser notificados de imediato em até (24 horas) a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

Notificação de Surtos de Varicela

Surtos decorrentes deste agravo em hospitais, creches, pré-escolas, escolas, áreas indígenas e comunidades em geral devem ser notificados no Sistema de Informação Nacional dos Agravos de Notificação (SinanNet) no módulo surto - **Ficha de Investigação de Surto (ANEXO 3)**. Deve-se atentar para o registro dos casos na **Planilha de Acompanhamento de Surto**.

Investigação

É preconizada a investigação dos casos graves.

Nos casos graves de varicela e em situações de óbitos, orienta-se o registro da evolução do caso no módulo individual do SinanNET na aba “**investigação**”. Nessa mesma aba, no campo “**observações adicionais**” devem ser registradas as informações sobre a data do internamento e quais foram as principais complicações apresentadas.

8.4 Contatos significativos com varicela

- ✓ Contato domiciliar contínuo;
- ✓ Permanência junto com o doente durante pelo menos uma hora em ambiente fechado;
- ✓ Contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado (profissionais de saúde).

8.5 Contato significativo com caso de herpes zoster

Quando houver contato físico (por exemplo: abraços) entre o doente e o suscetível, considera-se o contato como significativo. O paciente com herpes-zóster ativo é contagioso apenas para as pessoas que nunca tiveram varicela.

8.6 Definição de Surto de Varicela

Considera-se como surto de varicela a ocorrência de um número de casos acima do limite esperado com base nos anos anteriores, ou um único caso em ambiente hospitalar, ou casos agregados em creches, escolas, instituições de longa permanência, população privada de liberdade, áreas indígenas, entre outras.

8.7 Surto de Varicela em Ambiente Hospitalar

Considera-se como surto de varicela em ambiente hospitalar, a ocorrência de um único caso confirmado de varicela.

O contato com varicela em ambiente hospitalar é caracterizado pela associação do indivíduo suscetível com uma pessoa infectada, de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado, assim, a possibilidade de contrair a infecção.

Considera-se como suscetível, o indivíduo que não comprovar a vacinação anterior contra varicela.

Orientações para controle do surto em Ambiente Hospitalar:

- Precauções de contato e de aerossóis durante o período de transmissibilidade: os equipamentos de proteção individual (EPI) para profissionais de saúde e acompanhantes suscetíveis expostos ao contato com o paciente durante o período de transmissibilidade do vírus da varicela são as máscaras PFF2 ou N95 (precauções para aerossóis); luvas e aventais para precauções de contato. As precauções padrão devem ser mantidas durante todo o período de internação para todos os pacientes, independente do estado presumido de infecção;
- Internação do paciente: preferencialmente em quarto privativo. Caso não seja possível, a profilaxia está recomendada para os comunicantes suscetíveis que compartilham o mesmo ambiente.

8.8 Recomendações relacionadas aos comunicantes (indivíduos suscetíveis que foram expostos ao contato com o caso de varicela):

- Na ocorrência de varicela em ambiente hospitalar, devido ao risco de disseminação, está indicada a utilização de precauções por aerossóis aos pacientes suscetíveis e comunicantes do caso de varicela. Esses

comunicantes devem ser rapidamente identificados para administração da profilaxia pós-exposição;

Nas situações de controle de surto em hospitais, mesmo utilizando a vacina é importante lembrar que existe a possibilidade de um pequeno percentual de pessoas desenvolva a doença. Todos os contatos deverão ser avaliados quanto à possibilidade de alta hospitalar. Na impossibilidade de alta deverá ser definida a coorte de comunicantes suscetíveis à varicela, que seguirão internados em isolamento (quarto privativo com precauções para aerossóis), a partir do 8º diaa contar da primeira exposição ao caso, e até o 21º dia após o último contato, mesmo que tenham recebido a vacina de varicela pós- exposição; no caso de terem recebido a imunoglobulina humana antivariçela-zoster (VZIG) a coorte deverá ser mantida em isolamento atéo 28º dia;

- Se algum paciente da coorte de comunicantes desenvolver varicela, ele deverá ser retirado da coorte e internado em novo isolamento (quarto privativo, com precauções para aerossol e contato durante todo o período de transmissibilidade do vírus, ou durante toda a internação, se for imunocomprometido);
- Os profissionais de saúde suscetíveis à varicela deverão ser afastados do cuidado direto aos pacientes a partir do 8º dia após o primeiro contato até o 21º dia após o último contato caso tenham recebido a vacina (ou até o 28º dia, se receberam VZIG). No caso de não ser possível o afastamento das funções de assistência durante esse período, deverão utilizar máscara N95 ou PFF2. Caso venham a apresentar varicela deverão ser afastados do trabalho;
- Havendo a necessidade de internar pessoas suscetíveis durante a vigência do surto, está indicada a profilaxia;
- Comunicantes imunes à varicela (pacientes, profissionais de saúde e acompanhantes) não precisam receber vacina, nem VZIG e nem ser colocados em isolamento;
- A solicitação das doses da vacina contra varicela e imunoglobulina em situação de surto, seguirá os fluxos definidos pelos Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Medidas de Biossegurança e Precauções de Isolamento na Assistência aos Pacientes em Situações de Surto de Varicela em Ambiente Hospitalar

- Lavagem das mãos antes e após o cuidado com o paciente;
- Máscaras comuns (tipo cirúrgica) não conferem proteção adequada em se tratando de aerossóis (tuberculose, varicela e sarampo), devendo ser utilizadas máscaras PFF2 ou N95;
- Segundo as Normas de Regulamentação (NR 32) o uso de aventais, luvas, jalecos, máscaras e óculos de proteção pelos profissionais de saúde que estejam cuidando ou tenham a possibilidade de entrar em contato com paciente portador de varicela é imprescindível, assim como é de fundamental importância que os cabelos dos profissionais estejam sempre presos e protegidos com toca/gorro, impedindo a transmissão do vírus;
- O recém-nascido de mãe com varicela não deve ser amamentado neste período, sendo necessária a ordenha manual do leite para manter a produção do mesmo. Amamentar após usar a Imunoglobulina no RN.
- Medidas de precaução padrão devem ser mantidas durante todo o período de internação para todos os pacientes, independente do estado presumido de infecção.

Após a alta do paciente, para proceder à limpeza e para a liberação do quarto do isolamento respiratório, aguardar pelo menos 2 horas mantendo portas e janelas abertas. Se houver filtro HEPA, (sistema que faz a troca do ar em intervalos constantes, permitindo captar o contaminante no local onde é gerado e lançá-lo no meio externo após filtração com alta eficiência - filtra 99,9% das impurezas do ar), 1 hora com janelas e portas fechadas.

No momento que a doença chega ao fim, deve ser feita a desinfecção e esterilização dos objetos, quarto/leito que foram utilizados no tratamento. A desinfecção tem como objetivo eliminar risco de contágio, impedindo a contaminação de outros usuários.

Surtos de Varicela em Creches/Escolas, em comunidades indígenas, instituições de longa permanência e outras instituições fechadas (presídios, asilos, abrigos, entre outros).

A ocorrência de casos agregados em instituições como: creches e escolas, presídios, asilos, abrigos e em áreas indígenas é considerada surto

9.0 Medidas de Prevenção e Controle - Bloqueio

Os comunicantes (pessoas com contato íntimo e prolongado, por mais de uma hora, em ambiente fechado) suscetíveis (sem referência de ter tido a doença - diagnóstico clínico ou informação verbal, ou não ter sido vacinado contra varicela) deverão ser prontamente identificados, para que sejam imunizados:

-Vacina varicela está indicada para as pessoas imunocompetentes suscetíveis e deve ser aplicada até 120 horas (5 dias) após o contato com o caso suspeito ou confirmado de varicela (vacinação de bloqueio);

- Imunoglobulina humana varicela zoster (**IGHAVZ**) está indicada para as crianças menores de 9 meses de idade, gestantes suscetíveis e imunocomprometidos, devendo ser administrada até 96 horas (4 dias) após o contato com o caso suspeito ou confirmado de varicela. Dose única de 125 U para cada 10 kg de peso (a dose mínima é de 125UI e a dose máxima de 625 UI), administrada nas primeiras 96 horas depois de ter ocorrido o contato.

A vacina varicela está licenciada no Brasil na apresentação monovalente ou a vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola, varicela). Nos casos em que a vacina é contraindicada, deve-se fazer o uso da imunoglobulina humana antivariçela (IGHAV).

A imunoglobulina humana antivariçela-zoster (IGHAVZ) é obtida de plasma humano contendo títulos altos de IgG contra o vírus da varicela.

A vacina contra o vírus varicela-zoster previne não só a catapora como também o herpes-zóster.

O bloqueio oportuno reduz o risco de complicações, casos graves e óbitos por varicela no grupo alvo da vacinação.

A utilização da IGHAVZ depende do atendimento a três condições:

Que o comunicante seja suscetível			
A) Pessoas imunocompetentes e imunodeprimidos sem história bem definida da doença e/ou de vacinação anterior.		B) Pessoas com imunodepressão celular grave, independentemente de história anterior de varicela.	
Que tenha havido contato significativo com o vírus varicela zoster			
A) Contato domiciliar contínuo: permanência com o doente durante pelo menos 1 hora em ambiente fechado.		B) Contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado, de pelo menos 1 hora.	
Que o suscetível seja pessoa com risco especial de varicela grave			
A) Recém-nascidos de mães nas quais o início da varicela ocorreu nos cinco últimos dias de gestação ou até 48 horas depois do parto.	B) Recém-nascidos prematuros, com 28 ou mais semanas de gestação, cuja mãe nunca teve varicela.	C) Recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou com menos de 1.000 g ao nascimento), independentemente de história materna de varicela.	D) Gestantes, crianças ou adultos imunodeprimido; crianças menores de 1 ano em contato hospitalar com o vírus varicela zoster (VVZ).

Solicitação de Imunobiológico

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar ou o setor responsável deverá solicitar a vacina ou imunoglobulina à vigilância epidemiológica do município através de relatório contendo dados do caso índice: data de internação, início dos sinais e sintomas, idade e peso do paciente. Quanto aos comunicantes: nome, história anterior da doença, idade, peso, patologias como motivo da internação e outras diagnosticadas, informações sobre o uso de corticóide (tempo e dosagem) e data do contato com o caso índice. Preencher formulário padronizado, com informações necessárias para liberação do imunobiológico.

Ficha de Solicitação de Imunobiológico e de Vacina Varicela (ANEXO 1)

Obs: Nas situações de controle de surto em hospitais, mesmo utilizando a vacina, é importante lembrar que existe a possibilidade de que um pequeno percentual de pessoas desenvolva a doença.

9.0 Orientações para Vacinação de Rotina

As vacinas tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e varicela (atenuada):

Esquema da Tetra Viral:

Administrar 1 (uma) dose aos 15 meses de idade em crianças que já tenham recebido a primeira dose da vacina tríplice viral.

Particularidades: Crianças não vacinadas oportunamente aos 15 meses de idade, poderão ser vacinadas até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias.

Em situações emergenciais e na indisponibilidade da vacina tetraviral, as vacinas tríplice viral e varicela (atenuada) poderão ser utilizadas.

A dose da tetra viral corresponde a segunda dose da vacina tríplice viral e a primeira dose da varicela

Vacinação Simultânea

A vacina tetraviral pode ser administrada simultaneamente com a maioria das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação. Entretanto, é importante observar a seguinte situação:

Administração simultânea com a vacina febre amarela

Em crianças menores de dois anos de idade que nunca foram vacinadas com as vacinas tríplice viral ou tetra viral ou febre amarela:

- Não administrar simultaneamente as vacinas tetra viral com febre amarela, devido à possibilidade da diminuição da resposta imune pela vacinação concomitante ou com intervalo inferior a 30 dias. Nesta situação, deve-se avaliar o cenário epidemiológico das doenças para indicar a vacina a ser priorizada, além do agendamento oportuno da vacina que não foi administrada.

- Em localidades de difícil acesso que impossibilite manter o intervalo de 30 dias entre as doses, o serviço poderá adotar o intervalo mínimo de 15 dias entre as doses;

- Em situações de emergência epidemiológica, com a circulação concomitante dos vírus da febre amarela e sarampo, caxumba ou rubéola, administrar as duas vacinas simultaneamente, sem intervalo mínimo entre as doses;

- Crianças menores de dois anos de idade que receberam apenas uma das vacinas (tríplice viral ou tetra viral ou febre amarela):

- Estabelecer preferencialmente o intervalo de 30 dias entre as doses (mínimo 15 dias);

- Crianças menores de dois anos de idade que receberam anteriormente as vacinas tríplice viral ou tetra viral e febre amarela:

- Administrar simultaneamente as duas vacinas sem intervalo mínimo entre as doses, por não haver evidências de interferência na imunogenicidade entre elas;

- Crianças a partir de dois anos de idade:

- As vacinas febre amarela e tríplice viral ou tetraviral podem ser administradas simultaneamente. Porém, se não administradas simultaneamente, deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as doses, mínimo de 15 dias;

Contraindicação:

- A vacina Tetraviral é contraindicada para crianças expostas ao HIV. A vacinação destas crianças deve ser feita com as vacinas tríplice viral e varicela (atenuada).

Esquema da Vacina Varicela (atenuada):

Administrar uma dose aos 4 (quatro) anos de idade. Corresponde à segunda dose da vacina varicela, considerando a dose de tetra viral aos 15 meses de idade.

Particularidades:

- Crianças não vacinadas oportunamente aos 4 (quatro) anos de idade, poderão ser vacinadas com até 6 (seis) anos, 11 meses e 29 dias, incluindo as crianças indígenas nessa faixa etária;
- Indígenas a partir dos 7 (sete) anos de idade não vacinados ou sem comprovação vacinal, administrar 1 (uma) ou duas doses de vacina varicela (atenuada), a depender do laboratório produtor;
- Profissionais da 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;

A vacina varicela (atenuada) pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas do calendário, incluindo as vacinas tríplice viral e febre amarela.

9.1 Orientações para Imunização em Situações de Surto

- Intensificação da vacinação de rotina, com busca ativa de crianças não vacinadas;
- Vacinação seletiva (pessoas sem histórico de vacinação anterior) dos contatos de casos suspeitos ou confirmados de varicela. A **vacinação** deve ser realizada **até 120 horas** após identificação do caso suspeito ou confirmado;

- A vacina varicela (atenuada) está contraindicada para os contatos menores de 9 meses de idade, gestantes, indivíduos com história de reação anafilática a qualquer componente da vacina e imunodeprimidos (exceto os previstos nas indicações dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE). Essas pessoas devem receber a **imunoglobulina antivaricela zoster até 96 horas** após o contato com caso suspeito ou confirmado da doença;
- Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até pelo menos 30 dias após a vacinação;
- A vacinação inadvertida de gestantes não tem indicação para interrupção da gravidez. Entretanto, as gestantes deverão ser acompanhadas no pré-natal para identificar possíveis intercorrências;
- Os surtos de varicela registrados em outros ambientes poderão ser atendidos mediante situação epidemiológica e avaliação de risco realizada pelas três esferas de gestão de Sistema Único de Saúde, conforme autonomia de cada ente;
- Em situações de surto de varicela em creches, escolas, ambientes hospitalares, instituições de longa permanência e em áreas indígenas, deve-se adotar a seguinte conduta para os contatos de casos da doença:
 - Em crianças menores de 9 (nove) meses de idade, gestantes e pessoas imunodeprimidas, administrar a imunoglobulina humana antivaricela até 96 horas (4 dias) após o contato com o caso;
 - Crianças a partir de 9 (nove) meses até 11 meses e 29 dias, administrar dose zero da vacina varicela (atenuada). Não considerar esta dose como válida para a rotina e manter o esquema vacinal aos 15 meses com a tetra viral e aos 4 (quatro) anos com a varicela;
 - Em crianças entre 12 e 14 meses de idade, antecipar a dose de tetra viral naquelas já vacinadas com a primeira dose (D1) da tríplice viral e considerar como dose válida para a rotina de vacinação;
 - Em crianças entre 12 e 14 meses de idade sem a primeira dose (D1) da vacina tríplice viral, administrar a D1 de tríplice viral e uma dose de varicela. Agendar a dose de tetraviral ou trípliceviral + varicela para os 15 meses de idade, com intervalo de 30 dias;
 - Crianças entre 15 meses e menores de 7 (sete) anos de idade, vacinar conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação;

- Crianças de 7 (sete) a 12 anos de idade, administrar 1 (uma) dose de vacina varicela (atenuada);
- Pessoas a partir de 13 anos de idade, administrar 1 (uma) dose da vacina varicela;

10.0 Eventos adversos

10.1 Eventos adversos a Vacina Atenuada

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.

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 tetra viral 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.

10.2 Eventos adversos da IGHAVZ (Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster)

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

Locais: eritema, enduração e dor de intensidade leve são comuns.

Sistêmicos: febre, sintomas gastrointestinais, mal-estar, cefaleia, exantema, ocasionalmente.

Alérgicos: anafilaxia é rara

11.0 Indicações e Contraindicações para a Vacina.

11.1 Indicação de Vacinação Pré-exposição em suscetíveis

1. Pessoas imunocompetentes de grupos especiais de risco (profissionais de saúde, cuidadores e familiares) suscetíveis a doença que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com pacientes imunodeprimidos;
2. 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;
3. 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;
4. Maiores de 1 ano de idade imunocompetentes e suscetíveis a doença, no momento da internação onde haja caso de varicela;
5. Candidatos a transplante de órgãos, suscetíveis a doença, até pelo menos três semanas antes do procedimento, desde que não estejam imunodeprimidos;
6. Nefropatias crônicas;
7. Síndrome nefrótica;
8. Doadores de órgãos sólidos e de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea);
9. Receptores de transplante de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea): para pacientes transplantados há 24 meses ou mais, sendo contraindicadas quando houver doença enxerto *versus* hospedeiro;
10. Crianças e adolescentes infectados pelo HIV suscetíveis a varicela nas categorias clínicas (CDC) N, A e B com CD4 >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 imunodeprimidos;
11. Pacientes com deficiência isolada de imunidade humoral (com imunidade celular preservada);
12. Doenças dermatológicas graves, tais como: ictiose, epidermólise

- bolhosa, psoríase, dermatite atópica grave e outras assemelhadas;
13. Uso crônico de ácido acetil salicílico (suspender uso por seis semanas após vacinação);
 14. Asplenia anatômica e funcional e doenças relacionadas;
 15. Trissomias.

11.2 Contraindicações para a Vacina

- a) Pacientes imunodeprimidos, exceto nos casos previstos nas indicações;
- b) Durante o período de três meses após a suspensão de terapia imunodepressora ou um mês, em caso de corticoterapia;
- c) Gestação (mulheres em idade fértil vacinadas devem evitar a gravidez durante um mês após a vacinação);
- d) Reação anafilática à dose anterior da vacina ou a algum de seus componentes;
- e) Administração recente de sangue, plasma ou imunoglobulina (recomenda-se intervalo mínimo de três meses entre a administração desses produtos e a vacina);
- f) Nos casos em que a vacina é contraindicada, deve-se fazer o uso da imunoglobulina humana antivaricela (IGHAV).

Pessoas em uso de corticoides podem ser imunizadas

1. Se 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.
2. Se o corticoide tiver sido suspenso há pelo menos um mês, quando usado em doses superiores as referidas acima.

12.0 Referências Bibliográficas:

1. Bahia, Portaria Estadual nº 274 de 07 de março 2023, que define a atualiza a Lista Estadual de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública de Notificação Compulsória. Bahia, 2023.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária –Brasília: Anvisa, 2009.
3. Bahia, Portaria nº 2743 de 19 de agosto de 1996 (Normatiza Medidas de Biossegurança e Precauções de Isolamento e Padroniza Produtos Destinados à Limpeza, Descontaminação, Desinfecção Localizada de Superfícies, Desinfecção e Esterilização Química de Artigos para uso na Rede Hospitalar Estadual).
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) – Brasília, 2014. 4ªEdição - Versão eletrônica.
5. 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.rev e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 1126p:il..
6. Brasil, Portaria MTE 1.748, de 11 de Novembro de 2011. Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde – NR-32.
7. Brasil, Lei 9431/97 Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País, Brasil, 1997.
8. Brasil, Portaria 2616/98, que dispõe sobre diretrizes para a prevenção e controle da infecção hospitalar.
9. Brasil, Norma Informativa nº 80/2018 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS.
10. Brasil. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.
11. Brasil, Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação, 2022.-CGPNI/DEVIT/SVS/MS
12. CDC. Varicella - Centers for Disease Control and Prevention. Pinkbook2012.

ANEXO 01

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Formulário de Solicitação de Imunobiológico Especial

1. Município:		2. Unidade de Saúde:		3. ACS da área:	
4. Nome profissional solicitante:			5. Categoria profissional () Médico () Enfermeiro		
Se médico, informe a especialidade:					
6. Nome do usuário:			7. Cartão do SUS		
8. Data de nascimento:		9. Idade:	10. Sexo: F () M ()	11. Profissão:	
12. Nome da Mãe:			13. Raça: () Negra () Branca () Parda () Indígena () Amarela		
14. Endereço de residência:				15. Bairro:	
16. Município:		17. CEP:		18. Tel: ()	
19. Doenças, agravos e condições associadas à solicitação de imunobiológico Especial.					
Imunodeficiência congênita:			RN susceptível a:		
Deficiências combinadas da imunidade celular e humoral			Hepatite B		
Deficiências da imunidade humoral grave			Varicela		
Deficiência de IgA e de subclasses de imunoglobulinas.			Tétano		
Deficiência do complemento			Lactente em UTI Neonatal		
Deficiência da fagocitose: doença granulomatosa crônica.			RN prematuro ou peso baixo ao nascer		
Outras condições para uso de imuno especial:					
Acidente percutâneo/mucosa.			Hemoglobinopatias (SC, SD e S/beta- talassemia).		
Asma persistente moderada ou grave.			Hepatopatia crônica.		
Asplenia anatômica e funcional (esplenectomizados e outras condições associadas à disfunção esplênica).			Hemoglobinúria Paroxística noturna (HPN) em uso Eculizumabe.		
Bloqueio de surto.			Implante coclear.		
Cardiopatias crônicas.			Imunodeficiência adquirida - HIV/AIDS		
Cardiopatias crônicas em criança com risco de descompensação precipitada por febre.			Imunodeficiências devidas a câncer.		
Convivente domiciliar de imunocomprometido.			Imunodepressão terapêutica.		
Comunicante imunocompetente susceptível a doenças transmissíveis			Nefropatia crônica/ síndrome nefrótica.		
Diabetes Mellitus.			Pessoa com evento adverso pós-vacinal (EAPV).		
Doença cardiovascular crônica.			Pneumopatias crônicas: DPOC; pneumonite alveolar; doença respiratória ocupacional; bronquiectasias; bronquite crônica; sarcoidose; neurofibromatose de Wegener; doença pulmonar crônica do lactente.		
Doador órgão sólido			Profissional de saúde expostos a riscos		
Doador transplante de medula			RN de mãe HBS AG+.		
Doença convulsiva crônica.			Transplantado de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea).		
Doenças de depósito (Gaucher, Niemann- Pick, mucopolissacaridoses tipo I e II, glicogenoses.			Transplantes de órgão sólido (candidato/receptor).		
Doenças dermatológicas crônicas graves (epidermólise bolhosa, psoríase, dermatite atópica grave, ictiose e outras, assemelhadas).			Trissomias (Síndrome de Down e outras).		
Doença neurológica crônica incapacitante.			Uso crônico de ácido acetilsalicílico.		
Encefalopatia após uso da PENTA/DTP/DTPa			Vítimas de violência sexual /imunodeprimidos após exposição de risco.		
Fibrose cística.			Outros:		
Fístula líquórica/ DVP.					
Pessoas alérgicas a soros heterólogos.					
Pessoas com doenças hemorrágicas					



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

20. Informe o imunobiológico e a dose a ser utilizada.	
21.1) Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B (IGHAHB)	Nº de ampolas:
21.2) Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)	Nº de ampolas:
21.3) Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR)	Nº de ampolas:
21.4) Imunoglobulina humana antivariçela-zoster (IGHAVZ)	Nº de ampolas:
21.5) Vacina Influenza Inativa (INF)	<input type="checkbox"/> Dose anual
21.6) Vacina Pneumocócica 10 (Pn10)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose <input type="checkbox"/> Reforço
21.7) Vacina Pneumocócica conjugada 13 (Pn 13)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose <input type="checkbox"/> Dose única
21.8) Vacina Pneumocócica 23 (Pn23)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> Reforço
21.9) Vacina Haemophilus influenza tipo b (Hib)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose <input type="checkbox"/> Dose única <input type="checkbox"/> Reforço
21.10) Vacina adsorvida difteria, tétano e pertússis acelular infantil (DTPa)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose <input type="checkbox"/> 1º Reforço <input type="checkbox"/> 2º Reforço
21.11) Vacina Poliomielite inativada (VIP)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose <input type="checkbox"/> 1º Reforço <input type="checkbox"/> 2º Reforço
21.12) Hepatite A (HA)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose
21.13) Vacina Hepatite B (HB)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose <input type="checkbox"/> 4ª Dose
21.14) Vacina Varicela (VZ)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> Dose única
21.15) Vacina meningocócica ACWY conjugada (Men ACWY)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> Dose única
21.16) Vacina meningocócica C conjugada (Meningo C)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> Reforço
21.17) Vacina adsorvida difteria e tétano infantil (DT)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose <input type="checkbox"/> 1º Reforço <input type="checkbox"/> 2º Reforço
21.18) Vacina adsorvida difteria e tétano acelular adulto (dTpa)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose <input type="checkbox"/> 1º Reforço
21.19) Vacina HPV quadrivalente(6,11,16,18) (HPV)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose <input type="checkbox"/> 2ª Dose <input type="checkbox"/> 3ª Dose
Observação:	
Nome do responsável pela informação	
Contato telefônico com DDD	()

ANEXO 2- FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual <input type="checkbox"/>				
	2 Agravado/doença VARICELA		3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito		19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar		
18 N° de Casos Suspeitos/Expostos					
Dados de Residência	20 UF		21 Município de Residência		
			Código (IBGE)	22 Distrito	
	23 Bairro		24 Logradouro (rua, avenida,...)		
			Código		
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)		27 Geo campo 1	
	28 Geo campo 2		29 Ponto de Referência	30 CEP	
31 (DDD) Telefone		32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		33 País (se residente fora do Brasil)	
Notificante	Município/Unidade de Saúde				
	Nome		Função	Assinatura	
	Notificação		Sinan NET	SVS 17/07/2006	

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03 Especificar tipo de exame :	
	04 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	07 Data do início do exatema	08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	09 Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	10 Resultado da bacterioscopia :		
	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	12 Data da última dose tomada	13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	14 Data da hospitalização
15 UF	16 Município do hospital Código (IBGE)	17 Nome do hospital		Código
Notificação Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação			
	1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____			
Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória)			
	País: _____ UF		Município: _____	
Distrito : _____		Bairro: _____		

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006



SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS



SECRETARIA
DA SAÚDE