



*MANUAL
DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA*

CAXUMBA E VARICELA

ORIENTAÇÕES PARA SURTOS E EPIDEMIAS



CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Prof. "Alexandre Vranjac"

*SECRETARIA
DA SAÚDE*

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SÃO PAULO

Site oficial: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>

2 0 0 1

2ª Edição – 2001

CAXUMBA E VARICELA – Orientações para surtos e epidemias.

Atualizado por:

NEUMA TEREZINHA ROSSETTO HIDALGO

Diretora da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória - CVE

CLÉLIA MARIA SARMENTO S. ARANDA

Diretora da Divisão de Imunização – CVE

HELENA KEIKO SATO

Divisão de Imunização – CVE

Diagramação e arte final:

MARCELO FERNANDO MONTEIRO

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória - CVE

1ª Edição – 1991

CAXUMBA, RUBÉOLA E VARICELA – ORIENTAÇÕES PARA SURTOS E EPIDEMIAS

AUTORES

MARIA CLAUDIA CORRÊA CAMARGO

Diretora da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória - CVE

MARIA LÚCIA ROCHA DE MELLO

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória - CVE

COLABORADORES

ELIANA BATAGGIA GUTIERREZ

Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – SMS-SP

ELISA MIRANDA AIRES

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” - CVE

GABRIEL OSELKA

Comissão Permanente de Assessoramento em Imunização – SES-SP

GUTEMBERG MELO ROCHA

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

JOÃO AQUINO FILHO

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” - CVE

JOSÉ CÁSSIO DE MORAES

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” - CVE

LUIZ JACINTHO DA SILVA

Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas – UNICAMP

MASSAYUKI YAMAMOTO

Hospital do Servidor Público Municipal – São Paulo

RITA BARRADAS BARATA

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

ROSANA MARIA PAIVA DOS ANJOS

Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica do ERSA 59

VILMA PINHEIRO GAWRYSZEWSKI

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – CVE

APRESENTAÇÃO

A alteração principal efetuada na 2ª edição desse manual refere-se à exclusão da rubéola porque, sendo hoje uma doença de notificação compulsória, tem um manual próprio juntamente com a Síndrome da Rubéola Congênita.

Tanto a caxumba como a varicela não são doenças de notificação mas, como se sabe, é preciso notificar e investigar todo surto ou epidemia, independente da doença ou agravo, para a adoção das medidas de controle.

Com a implantação da vacina tríplice viral (contra a caxumba, o sarampo e a rubéola) na rotina, após uma campanha indiscriminada realizada em 1992 para crianças de um a dez anos, a caxumba tem agora uma morbidade bastante reduzida, medida indiretamente pelo impacto observado na incidência da meningite pós-caxumba.

No entanto, alguns surtos de parotidite por caxumba têm ocorrido, principalmente em escolas, mesmo em populações com altas coberturas vacinais.

A varicela, apesar de contar hoje com uma vacina eficaz mas ainda não disponível no calendário de rotina na rede pública, ocorre com bastante frequência, principalmente na forma de surtos. A vacina é disponibilizada nos centros de imunobiológicos especiais, e as indicações foram contempladas nessa nova edição.

Vale ressaltar que o novo SINAN (Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação) contempla a notificação e a investigação de surtos e deverá ser implantado brevemente. Enquanto isso, o instrumento do anexo 1 poderá ser utilizado para a notificação e descrição dos surtos nos seus aspectos mais relevantes.

Neuma T. Rossetto Hidalgo

Diretora da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória do CVE

ÍNDICE

CAXUMBA

1. PROPÓSITO -----	07
2. DESCRIÇÃO -----	07
3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS -----	09
3.1. Agente etiológico-----	09
3.2. Fonte de infecção-----	09
3.3. Modo de transmissão-----	09
3.4. Período de transmissibilidade-----	09
3.5. Período de incubação-----	09
3.6. Suscetibilidade e resistência-----	09
3.7. Distribuição-----	10
3.8. Morbidade e Letalidade-----	10
4. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA -----	11
5. MEDIDAS DE CONTROLE -----	11
5.1. Em relação à fonte de infecção-----	11
5.1.1. Casos internados-----	11
5.1.2. Casos não internados – escolares e crianças institucionalizadas-----	11
5.2. Em relação aos comunicantes-----	12
6. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL -----	12
7. BIBLIOGRAFIA -----	27

VARICELA

1. PROPÓSITO -----	14
2. DESCRIÇÃO -----	14
3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS -----	15
3.1. Agente etiológico-----	15
3.2. Fonte de infecção-----	15
3.3. Modo de transmissão-----	15
3.4. Período de incubação-----	16
3.5. Período de transmissibilidade-----	16
3.6. Suscetibilidade e resistência-----	16
3.7. Distribuição-----	17
3.8. Morbidade e letalidade-----	17
4. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA -----	18
5. MEDIDAS DE CONTROLE -----	18
5.1. Em relação à fonte de infecção-----	18
5.1.1. Casos não internados-----	18
5.1.2. Casos internados-----	19
5.2. Em relação aos comunicantes-----	19
5.2.1. Vacina-----	20
5.2.1.1. Vacinação pós-exposição-----	20
5.2.1.2. Vacinação pré-exposição-----	21
5.2.1.3. Contraindicações-----	22
5.2.2. Imunoglobulina Específica (VZIG)-----	23
5.2.2.1. Pacientes imunocomprometidos-----	23
5.2.2.2. RN com exposição intra-útero-----	23
5.2.2.3. RN prematuros-----	24

5.2.2.4. Gestantes suscetíveis-----	24
5.2.3. Uso do aciclovir pós-exposição-----	25
7. BIBLIOGRAFIA-----	27
ANEXO -----	29

C A X U M B A

1. P R O P Ó S I T O

Este instrumento tem o objetivo de orientar todos os níveis envolvidos na Vigilância Epidemiológica, sobre as medidas a serem adotadas quando da ocorrência de surtos ou epidemias, demanda ainda freqüente para a qual há necessidade de normas padronizadas de intervenção.

Espera-se, também, melhorar a informação e, com isso, o conhecimento sobre esse tipo de ocorrência.

2. D E S C R I Ç Ã O

A caxumba é uma doença infecciosa aguda, transmissível, de curso habitualmente benigno. Caracteriza-se por processo inflamatório das parótidas, acompanhado de dor e aumento de volume.

Anteriormente considerada como uma doença localizada, a caxumba hoje é vista como uma moléstia generalizada ou sistêmica, devido ao freqüente comprometimento das glândulas submandibulares e sublinguais, gônadas, pâncreas, sistema nervoso e outros órgãos.

A caxumba inicia-se com quadro infeccioso inespecífico, com febre baixa, mal-estar, mialgia, artralgia e otalgia. Após algumas horas ou dias, evidencia-se o edema da parótida, de um ou ambos os lados, com deslocamento do pavilhão auricular e apagamento do ângulo mandibular. Há dor espontânea que se intensifica à abertura da boca e, mais ainda, à ingestão de alimentos ácidos.

A fase de tumefação das glândulas salivares dura de 7 a 10 dias. Cerca de um terço dos casos não apresentam edema clinicamente perceptível.

A recuperação anátomo-funcional é regra, sendo excepcionais os casos de morte ou seqüelas como surdez, hidrocefalia, parotidite crônica ou esterilidade.

As principais complicações da doença são: pancreatite aguda, orquite, epididimite, ooforite, meningite e meningoencefalite.

A orquite é a segunda manifestação mais comum da caxumba no adulto. Usualmente segue o quadro de parotidite; no entanto, pode precedê-lo ou mesmo ocorrer na sua ausência. O acometimento unilateral está presente em 20 a 30% dos casos de caxumba após a puberdade. Na criança, essa ocorrência é pouco freqüente. A incidência de orquite bilateral é bastante rara, cerca de 2%. Mesmo nos casos com comprometimento bilateral, é extremamente raro o desenvolvimento de atrofia e conseqüente esterilidade.

A meningoencefalite é outra manifestação comum. Estima-se que 10% dos casos de caxumba tenham sintomas de comprometimento do Sistema Nervoso Central. Habitualmente manifesta-se de 3 a 10 dias após a parotidite, podendo precedê-la ou ocorrer em sua ausência. A clínica é de meningite. A manifestação encefálica é rara e, quando presente, é normalmente discreta. O exame de liquor mostra pleocitose, em geral com menos de 500 células por milímetro cúbico, com predomínio de linfócitos, glicose normal e aumento discreto de proteínas. A infecção tem o curso de uma meningite asséptica benigna, e raramente deixa seqüela.

A ocorrência de caxumba durante a gravidez tem sido relacionada com o aumento da incidência de perdas fetais. Além disso, alguns autores postulam o desenvolvimento de fibroelastose sub-endocárdica associada à infecção fetal. Os dados da literatura, no entanto, não confirmam tal associação.

Outros agentes etiológicos podem causar parotidite, porém não em escala epidêmica. São eles: vírus parainfluenza tipos 1 e 3, vírus influenza A, os enterovírus Coxsackie A e ECHO, vírus da coriomeningite linfocitária, HIV. Como causas não infecciosas de parotidites podem ser citados: tumores, obstrução do ducto salivar, doenças imunológicas e drogas.

3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

3.1. Agente etiológico

O agente etiológico da caxumba, ou parotidite epidêmica, é um Paramixovírus.

3.2. Fonte de infecção

O homem é o único hospedeiro natural conhecido.

A infecção é inaparente em 30 a 40% dos indivíduos infectados, os quais têm importante papel na disseminação da doença.

3.3. Modo de transmissão

O vírus é transmitido pelo contato direto com uma pessoa infectada, através de gotículas de secreção de orofaringe.

3.4. Período de transmissibilidade

O período de maior transmissibilidade é o de 2 dias antes até 2 dias após o início do edema da parótida, embora o vírus possa ser isolado da saliva 6 dias antes até 9 dias após o acometimento glandular.

Para fins práticos, o paciente pode ser considerado não contagiante 9 dias após o início do edema da parótida.

3.5. Período de incubação

Em média é de 16 a 18 dias, podendo variar de 12 a 25 dias.

3.6. Suscetibilidade e resistência

A suscetibilidade é geral.

A imunidade transplacentária parece prolongar-se até o 6º mês de vida.

A imunidade conferida pela infecção sintomática ou assintomática é, em geral, definitiva. Nos grandes centros urbanos, cerca de 90% da população adulta possui anticorpos contra o vírus.

A imunidade pode ser adquirida através da vacina de vírus vivo, que tem uma boa eficácia, com proteção superior a 90% (94-96%), havendo persistência de anticorpos em níveis protetores por 20 anos, pelo menos, podendo durar toda a vida.

3.7. Distribuição

A doença é cosmopolita, endêmica nos grandes centros, com tendência a manifestar-se sob a forma epidêmica em escolas e instituições (como as militares), que agrupam jovens e adultos.

Acomete principalmente as crianças em idade escolar, de 5 a 15 anos, sem distinção de sexo. Geralmente ocorre mais no inverno e início da primavera.

3.8. Morbidade e letalidade

A caxumba é uma doença de alta morbidade quando atinge populações suscetíveis. Nos países que utilizam amplamente a vacinação, houve nítido declínio da incidência da doença.

No Estado de São Paulo, a vacina tríplice viral (contra a caxumba, o sarampo e a rubéola) foi implantada na rotina em 1992, visando principalmente o Programa de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita. O impacto sobre a morbidade por caxumba foi possível observar através da série histórica da incidência de meningite causada por essa doença, cujo coeficiente anual caiu de 3.28 casos por 100.000 habitantes em 1991, para 0.02 casos por 100.000 habitantes em 1993.

A caxumba geralmente tem curso benigno e a letalidade é muito baixa. Apesar de seu caráter sistêmico e do acometimento freqüente de outros órgãos e estruturas, na grande maioria das vezes evolui sem complicações ou seqüelas.

A infecção, principalmente durante o primeiro trimestre da gravidez, pode provocar abortamento espontâneo. No entanto, não há provas definitivas de que produza malformações congênitas.

4. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A caxumba, isoladamente, não é doença de notificação compulsória. No entanto, a ocorrência de surtos e epidemias deve ser devidamente registrada e acompanhada, para que se conheça melhor o comportamento da doença.

Assim, definem-se casos suspeitos e confirmados, coletando-se dados referentes ao número de pessoas acometidas, idade, sexo, local de residência, data de início dos sintomas, local provável de infecção, antecedente vacinal e evolução dos casos.

Mesmo com dados ainda provisórios, a notificação deve ser efetuada seguindo o mesmo fluxo estipulado para as outras doenças, e um relatório final deve ser elaborado.

Até que se implante o novo SINAN, que terá uma planilha apropriada para a notificação e investigação de qualquer surto, a notificação poderá ser feita utilizando-se o instrumento em anexo (ANEXO 1), que deverá ser completado depois, servindo também como relatório.

5. MEDIDAS DE CONTROLE

5.1. Em relação à fonte de infecção

5.2. Casos internados

Na ocorrência de caxumba em pacientes internados por outros motivos, ou na necessidade de se internar um paciente na vigência da doença, é indicado o isolamento respiratório até que o edema da parótida tenha cedido. Normalmente o paciente pode ser considerado não contagiante 9 dias após o aparecimento do edema da parótida.

5.3. Casos não internados – escolares e crianças institucionalizadas

Devem ser afastados de suas atividades habituais por 9 dias após o início do edema.

5.4. Em relação aos comunicantes

A imunoglobulina específica não tem valor como proteção às pessoas expostas ao caso.

A vacina de vírus vivo atenuado é administrada, na rotina, em dose única de 0,5 ml por via subcutânea, isolada ou combinada com a vacina do sarampo e da rubéola, na vacina conhecida como tríplice viral, indicada após o primeiro ano de vida.

Como já foi referido, a eficácia é de 90% (94-96%), com persistência de anticorpos protetores por 20 anos, pelo menos, podendo durar por toda a vida.

A vacina não é eficaz para evitar a doença se a infecção já ocorreu em um suscetível, mas deve ser indicada uma vacinação de bloqueio aos comunicantes para aumentar a cobertura e proteger outros suscetíveis contra futuras exposições. Essa vacinação deve ser indiscriminada, considerando-se que as falhas primárias propiciam um acúmulo de suscetíveis suficientes para manter o vírus circulando.

As contra-indicações a essa vacina são as mesmas do sarampo. Não deve ser administrada quando a pessoa: tem imunodeficiência congênita ou adquirida; está acometida de neoplasia maligna; está sob tratamento com imunodepressores; está grávida.

6. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Outros agentes etiológicos podem causar parotidite. Mesmo que a suspeita clínica indique o vírus da caxumba como o responsável, a confirmação laboratorial poderá ser realizada, com:

1. *swab* estéril de saliva para o isolamento viral.

2. Sorologia: colher duas amostras de sangue (a 1ª na fase aguda e a 2ª após 15 dias).

OBS: a investigação laboratorial deverá ser solicitada ao Instituto Adolfo Lutz, através da equipe de vigilância da DIR, que então repassará as orientações para a coleta e o transporte adequados, além do número de amostras quando tratar-se de um surto. Os outros casos, serão confirmados (ou descartados) por vínculo epidemiológico.

V A R I C E L A

1. P R O P Ó S I T O

Este instrumento tem o objetivo de orientar todos os níveis envolvidos na Vigilância Epidemiológica, sobre as medidas a serem adotadas quando da ocorrência de surtos ou epidemias. Espera-se, também, melhorar a informação e, com isso, o conhecimento sobre esse tipo de ocorrência.

2. D E S C R I Ç Ã O

A varicela (catapora) e o herpes-zoster (popularmente conhecido como "cobreiro") são aceitos hoje como a mesma doença, causada pelo mesmo agente etiológico, mas com manifestações clínicas diversas.

A varicela é uma doença infecto-contagiosa, amplamente disseminada, que ocorre particularmente em crianças.

O herpes-zoster é, na grande maioria das vezes, uma recorrência da varicela que, por razões não bem estabelecidas, manifesta-se anos mais tarde, após a permanência do vírus em estado latente, no organismo.

As manifestações cutâneas, presentes tanto na varicela quanto no herpes-zoster, iniciam-se com máculas bem delimitadas que evoluem para pápulas e, posteriormente, para vesículas de bordas e dimensões irregulares e que, finalmente, formam crostas e se desprendem sem deixar cicatrizes.

O acometimento do sistema nervoso, freqüente no herpes-zoster, resulta em neurites.

O vírus pode também causar encefalite acompanhando quaisquer das formas clínicas.

A ocorrência de varicela nos primeiros meses da gestação pode levar à Síndrome da Varicela Congênita, extremamente rara, caracterizando-se por baixo

peso para a idade gestacional, lesões cicatriciais de pele, hipotrofia de membros, microftalmia, catarata, coriorretinite, atrofia do nervo ótico e retardo mental.

Em crianças recém-nascidas, cujas mães apresentaram a doença, de cinco dias antes do parto até 48 horas após, a varicela pode ser disseminada, com lesões hemorrágicas, comprometimento do fígado e pulmão, e com letalidade ao redor de 35%.

Os recém-nascidos prematuros, cujas mães não tiveram a doença, também apresentam alto risco de desenvolver formas graves.

3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

3.1. Agente etiológico

Nas duas entidades clínicas, o agente etiológico é o vírus da varicela-zoster.

3.2. Fonte de infecção

A varicela é uma doença altamente contagiosa, sendo o homem a única fonte de infecção.

3.3. Modo de transmissão

A varicela é transmitida diretamente do indivíduo doente, por gotículas de secreção de nasofaringe e pelo contato com as lesões cutâneas, ou indiretamente através de fômites.

O mesmo ocorre com o herpes-zoster, mas com transmissibilidade muito baixa.

Diferentemente da vaccínia e da varíola, as crostas das lesões da varicela não são infectantes.

3.4. Período de incubação

É de 2 a 3 semanas – em geral, de 14 a 16 dias. Pode ser mais prolongado quando do uso de imunoglobulina, ou em pacientes imunocomprometidos.

3.5. Período de transmissibilidade

Pode iniciar-se 5 dias (em geral, 1 a 2 dias) antes do início da erupção cutânea, e vai até 6 dias após o aparecimento das primeiras vesículas, quando as lesões já estão em fase de crosta.

O risco de contágio pode ser prolongado em pacientes com imunidade alterada. Imunodeprimidos com varicela progressiva provavelmente se mantêm contagiantes enquanto lesões novas estiverem surgindo.

Pacientes com herpes-zoster podem ser fonte de infecção até 1 semana após o aparecimento das lesões vésico-pustulosas.

3.6. Suscetibilidade e resistência

A suscetibilidade é geral.

A imunidade conferida pela doença, em geral, é duradoura. Em indivíduos normais, a reinfecção sintomática é rara.

Nas crianças sadias, geralmente é uma doença autolimitada, com duração de 4 a 5 dias, onde a criança apresenta febre, lesões vesiculares, em geral de 250 a 500 lesões. Em adolescentes e adultos a doença é mais exuberante e nos imunocomprometidos, há um maior risco de complicações. A maioria dos casos (90%), ocorrem em pessoas com menos de 15 anos de idade.

Indivíduos imunocomprometidos têm particular propensão a desenvolver a varicela hemorrágica, ou herpes-zoster generalizado.

Nos casos de herpes-zoster, o vírus entraria em atividade por razões ainda não suficientemente esclarecidas. São registrados casos após traumatismos, cirurgias, radioterapia, recuperação de processos infecciosos e outros agravos e, em

maior proporção, leucemias. Inúmeros outros fatores, intrínsecos e extrínsecos, devem estimular o vírus latente à atividade.

A imunidade contra a varicela também pode ser adquirida através da vacina, derivada da cepa OKA e atenuada em células diplóides humanas, com eficácia de 90% contra a infecção e de 95% contra as formas graves da doença.

Estudos realizados no Japão, mostraram que mesmo após 7 a 10 anos da vacinação, 97% das crianças apresentavam títulos de anticorpos protetores semelhantes às pessoas que tiveram varicela (ítem 5.2.1.).

Um estudo de acompanhamento de 20 anos revelou que os níveis de anticorpos foram maiores do que os observados há 10 anos, provavelmente devido à exposição ao vírus selvagem.

3.7. Distribuição

A varicela tem distribuição universal. Não se tem observado qualquer diferença quanto à raça ou sexo.

É mais comum no final do inverno e início da primavera.

A maioria dos casos ocorre em crianças entre 5 e 10 anos de idade. Casos em adultos são pouco freqüentes.

3.8. Morbidade e letalidade

Em crianças normais a varicela é extremamente benigna, sendo raras as complicações graves como a encefalite, que ocorre em menos de 1 para 1000 casos.

Na ausência de cuidados higiênicos adequados, é comum a ocorrência de quadros de infecção secundária.

Casos mais graves podem ocorrer, sobretudo, em recém-nascidos prematuros e adultos, com a presença de lesões confluentes e até hemorrágicas.

De especial importância é a ocorrência da varicela em imunodeprimidos e gestantes no 3º trimestre, pela sua alta letalidade – daí ser urgente o diagnóstico e o desencadeamento das medidas de controle.

4. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Por se tratar de doença altamente contagiosa, na ocorrência dos primeiros casos, principalmente em escolas e creches, as medidas de controle devem ser desencadeadas precocemente. Evita-se uma disseminação maior da doença e previne-se o aparecimento de complicações.

A varicela não é doença de notificação compulsória. No entanto, podem ocorrer surtos e epidemias, que devem ser devidamente registrados e acompanhados, para que se conheça melhor o comportamento da doença.

Assim, definem-se os casos suspeitos e confirmados, coletando-se dados referentes ao número de pessoas acometidas, idade, sexo, local de residência, data de início dos sintomas, local provável de infecção, antecedente vacinal e evolução dos casos.

Mesmo com dados ainda provisórios, o CVE deve ser notificado seguindo os fluxos habituais para as outras doenças. Até que se implante o novo SINAN, que terá uma planilha apropriada para a notificação e investigação de qualquer surto, a notificação pode ser efetuada utilizando o impresso anexo (ANEXO 1), que depois se completará como um relatório.

Deve-se dar atenção especial à ocorrência de casos em hospitais. As medidas de controle devem ser rigorosas, pelo risco de contágio em pacientes imunocomprometidos.

5. MEDIDAS DE CONTROLE

5.1. Em relação à fonte de infecção

5.1.1. Casos não internados

O doente deve ser afastado de suas atividades habituais por 7 dias após o início da erupção cutânea ou até que todas as lesões estejam em fase de crosta.

Nos casos leves, com poucas lesões, a fase de crosta pode se instalar precocemente. A criança, nesta situação, pode retornar mais cedo às suas atividades.

Pacientes imunocomprometidos, particularmente crianças, com varicela progressiva ou com herpes-zoster, devem ser mantidos afastados de suas atividades até que as lesões estejam em fase de crosta.

5.1.2. Casos internados

Pacientes internados com varicela ou herpes-zoster devem ser mantidos em isolamento total durante o período de transmissibilidade da doença.

Assim, pacientes sem comprometimento imunológico devem ser mantidos em isolamento por 6 dias após o aparecimento das primeiras vesículas, ou até que todas as lesões estejam em fase de crosta. Já os casos com imunodeficiência associada devem ser avaliados durante a evolução, pois o período de transmissibilidade, nestes casos, pode ser mais prolongado.

Na ocorrência de varicela intra-hospitalar, observar as medidas de controle em relação aos comunicantes (item 5.2).

5.2. Em relação aos comunicantes

Na ocorrência de varicela em uma enfermaria, devido ao risco de disseminação da doença, indica-se o isolamento dos pacientes suscetíveis, comunicantes do caso, por um período de 21 dias após a exposição.

Esses pacientes devem receber alta hospitalar o mais rapidamente possível, permanecendo apenas aqueles cuja internação seja imprescindível.

5.2.1. Vacinação

A vacina contra a varicela é derivada da cepa OKA, que foi isolada no Japão no início da década de 1970, da secreção de uma vesícula de criança, e atenuada em células diplóides humanas. Foi inicialmente aprovada para comercialização em 1984, em vários países da Europa e em 1995 nos Estados Unidos. É um produto liofilizado, cada dose correspondendo a 0,5 mL. Deve ser administrada pela via subcutânea.

Em um estudo realizado, após a vacinação de 6.889 crianças entre 12 meses a 12 anos, observou-se uma soroconversão de 97%. Entre as pessoas maiores de 13 anos após a administração de apenas uma dose da vacina, 78% apresentaram soroconversão, enquanto após a segunda dose, essa proporção aumenta para 99%. A eficácia dessa vacina contra a infecção é de 90%, e de 95% contra as formas graves da doença.

Para as crianças de 12 meses a 12 anos de idade está indicada a aplicação de apenas uma dose; à partir dos 13 anos de idade, duas doses com intervalo de 4 a 8 semanas.

Como já foi referido, a eficácia dessa vacina é de 90% contra a infecção e de 95% contra as formas graves da doença.

A vacina contra a varicela já está licenciada no Brasil e pode ser administrada para as crianças a partir dos 12 meses de idade. Porém, na rede pública esse produto está disponível apenas nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES), e será liberada para comunicantes, ou seja para as pessoas que permanecerem com o caso índice por mais de uma hora em ambiente fechado, nas seguintes situações:

5.2.1.1. Vacinação pós-exposição

Consiste na vacinação de bloqueio, na ocorrência de caso em hospitais, até 72 horas após o contato com o caso índice:

- pessoas imunocompetentes suscetíveis à doença e, internados em enfermaria onde haja caso de varicela;
- profissionais de saúde, suscetíveis, da enfermaria onde haja caso de varicela.

Obs: caso existam pacientes imunocomprometidos na enfermaria recomenda-se a utilização de Imunoglobulina humana anti-varicela-zoster (VZIG). O seu uso deve ser até 96 horas após o contato com o caso índice (item 5.2.2.).

5.2.1.2. Vacinação pré-exposição

- pessoas imunocompetentes, suscetíveis à doença, que estejam em contato domiciliar ou hospitalar com pacientes imunocomprometidos;
- pessoas suscetíveis à doença e que serão submetidos à transplante de órgãos (fígado, rins, coração, pulmão e outros órgãos sólidos), pelo menos três semanas antes do ato cirúrgico, desde que não estejam imunocomprometidas;
- pessoas com leucemia linfocítica aguda, desde que esteja em remissão há um ano, com linfócitos $> 700/\text{mm}^3$, contagem de plaquetas $> 100.000/\text{mm}^3$, poderão ser vacinadas.

Obs :Nas indicações pré-exposição deverá ser realizada uma listagem das pessoas candidatas à vacinação, para a liberação gradativa da vacina.

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 . Portanto, como precaução, recomenda-se:

- 1) manter os pacientes em isolamento até o 21º dia após o contato com o caso índice (limite máximo do período de incubação). Havendo a necessidade premente de internar pessoas suscetíveis, recomenda-se a vacinação dos novos pacientes (suscetíveis) admitidos no local, durante este período (21 dias). Quando qualquer vacinado apresentar a doença, reiniciar a contagem do novo período de 21 dias para isolamento e/ou vacinação de novos pacientes.
- 2) os profissionais de saúde, suscetíveis, comunicantes e vacinados, que necessitem manter as atividades em local com pacientes de risco e/ou em enfermaria de pacientes que ainda não tiveram varicela, usar máscara do 8º ao 21º

dia, para evitar a possibilidade de transmissão respiratória, caso venham a desenvolver a doença. Se houver erupção, afastar imediatamente o funcionário.

Deve-se dar especial atenção aos comunicantes suscetíveis com alto risco de desenvolver formas graves da doença.

Nestes casos, uma avaliação cuidadosa do tipo de contato e da época em que este se deu é de suma importância para uma indicação mais precisa do uso da medida indicada – imunoglobulina específica, conhecida como VZIG (item 5.2.2.).

5.2.1.3. Contraindicações à vacinação

É uma vacina pouco reatogênica e bem tolerada. Cerca de 25% dos vacinados poderão apresentar reação local, e menos de 5% erupção cutânea que pode ocorrer até 1 mês após a aplicação (caracteriza-se por 2 a 5 vesículas de curta duração - 1 a 2 dias).

A vacina contra a varicela está contra-indicada nas seguintes situações:

- pessoas com imunodeficiência congênita ou adquirida.
- acometidas de neoplasia maligna. Pacientes com leucemia linfóide aguda, em remissão há um ano, com linfócitos $> 700/\text{mm}^3$, contagem de plaquetas $>100.000/\text{mm}^3$, poderão ser vacinadas.
- em tratamento com corticóide em altas doses (equivalente a prednisona na dose de $\geq 2 \text{ mg/kg/dia}$, para crianças, ou de 20 mg/dia ou mais, para adultos, por mais de duas semanas), ou submetidas a terapêuticas imunossupressoras.
- grávidas.
- na ocorrência de reação anafilática em dose anterior, a segunda dose, está contra-indicada.
- crianças menores de um ano, tendo em vista que ainda não há dados publicados na literatura, sobre a sua segurança e eficácia nessa faixa etária.

A possibilidade do indivíduo vacinado transmitir o vírus vacinal é muito rara, e muito inferior à doença causada pelo vírus selvagem. O risco de transmitir a doença está diretamente associado a presença de lesões cutâneas e menos de 5% das pessoas imunocompetentes apresentam lesões após a vacinação. Recomenda-se que as crianças imunocompetentes que apresentarem lesões cutâneas, evitem contato apenas com pacientes de risco: recém-nascidos, gestantes e

imunodeprimidos. Não se preconiza o uso de imunoglobulina específica (VZIG), para os pacientes dos grupos de risco suscetíveis à varicela que tiveram contato com pessoas vacinadas, pois a possibilidade de transmissão do vírus vacinal é baixa.

Devido a associação de Síndrome de Reye e uso de salicilatos em crianças com varicela, recomenda-se evitar a sua utilização até 6 semanas após a vacinação.

A vacina contra a varicela pode ser administrada simultaneamente com qualquer vacina do Programa Nacional de Imunizações. Em relação à vacina contra o sarampo, caxumba, rubéola e febre amarela, caso não seja administrada no mesmo dia, recomenda-se aguardar um intervalo de 1 mês.

5.2.2. Imunoglobulina específica contra Varicela-Zoster (VZIG)-indicações

A imunoglobulina específica é preparada com o soro de pacientes que apresentaram zoster, e contém elevados títulos de anticorpos. De acordo com o Manual para os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, essa imunoglobulina deverá ser administrada, por via intramuscular, até 96 horas do contato com o caso índice, na dose de 125UI para cada 10 kg de peso (dose mínima de 125 UI e dose máxima de 625UI). São consideradas indicações :

5.2.2.1. Pacientes imunocomprometidos

No caso da ocorrência da varicela em uma enfermaria, os comunicantes imunodeprimidos internados deverão ter alta; se isto não for possível, deverão permanecer em isolamento, separados do caso, até 28 dias após a exposição, pois o período de incubação, nestes casos, pode ser maior do que o habitual;

5.2.2.2. Recém-nascidos com exposição intra-útero

A VZIG deve ser aplicada o mais rapidamente possível na criança cuja mãe iniciou o quadro de varicela nos últimos 5 dias antes do parto, ou dentro das primeiras 48 horas após o parto. Na internação pós-parto ou mesmo na necessidade de serem novamente hospitalizadas, estas devem ser mantidas em isolamento até 21 dias de idade.

Obs: Não se indica o uso de VZIG a recém-nascidos normais nascidos a termo, expostos após o parto.

5.2.2.3. Recém-nascidos prematuros

Os nascidos antes de 28 semanas de gestação expostos à varicela, também devem receber a VZIG logo após o parto; e, se internados, devem também permanecer em isolamento até 21 dias. Aos recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 28 semanas deve-se administrar a VZIG apenas se a mãe não tiver antecedente de varicela.

5.2.2.4. Gestantes suscetíveis, devido ao risco de complicação materna.

Uma das preocupações é o risco para o feto, no caso da varicela ocorrer na primeira metade da gestação. Além disso, no terceiro trimestre a gestante pode apresentar complicações graves com insuficiência respiratória às vezes evoluindo para o óbito. Teoricamente a imunoglobulina pode modificar o curso da infecção, e esta ser assintomática. Não se sabe, no entanto, se o feto fica ou não protegido após o uso da imunoglobulina.

No controle de surto em hospitais, mesmo utilizando a imunoglobulina hiperimune, é importante lembrar que existe a possibilidade do desenvolvimento da doença em um pequeno percentual de pessoas, além de prolongar o período de incubação . Portanto, como precaução, recomenda-se:

- 1) o isolamento dessas pessoas do 8º ao 28º dia;
- 2) os profissionais de saúde suscetíveis, comunicantes, que receberem imunoglobulina hiperimune, que necessitem manter as atividades em local com pacientes de risco e/ou em enfermaria de pacientes que ainda não tiveram varicela, usar máscara do 8º ao 28º dia, para evitar a possibilidade de transmissão respiratória, caso venham a desenvolver a doença. Se houver erupção, afastar imediatamente o funcionário.

A duração exata da proteção conferida pela VZIG não é bem estabelecida. Assim, se uma segunda exposição ocorrer após 3 semanas de sua

administração e o estado imune não tiver sido restabelecido, outra dose deve ser aplicada.

5.2.3. O uso do aciclovir pós-exposição

O uso de aciclovir pós-exposição é controvertido. Alguns autores referem que pode ser uma alternativa em situações especiais, para os comunicantes suscetíveis. Pode ser utilizada a partir do 9^o ao 14^o dia do contato com o caso índice, na dose de 40 mg/kg/dia, a cada 6 horas.

6. BIBLIOGRAFIA

- BRUNELL P A – Varicela-zoster Infectious. In: Feigin R D & Cherry J D: Text Book of Pediatric Infectious Diseases. Vol II, 2ª ed. Philadelphia, W B Saunders, 1987.
- BRUNELL, P A - Mumps. In: Feigin RD & Cherry JD; Textbook of Infectious Diseases. Vol II. 2ª ed. Philadelphia. WB Saunders, 1987.
- CARTER, PE; DUFFY P; CLOYD, DJ. Varicela Neonatal. Lancet, 2:1459-1460, 1986.
- CARVALHO, ES; MARTINS, RM.** Varicela: aspectos clínicos e prevenção. J. Pediatr: (Rio J.). 1999; 75 (Supl.1): S126-S134.
- CARVALHO, ES.** Varicela no Brasil – importância e epidemiologia. J. Pediatr. Vol. 75, nº 6, 1999. p 399- 400.
- CDC- Prevention of varicella : Update Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).. MMWR 1999;48(RR-6):1-5.
- CDC- Varicella-zoster immune globulin for the prevention of chickenpox – Ann Intern Med 100:839-865, 1984.
- CDC –** VPD Surveillance Manual Chapter 7. Mumps (v. 1999) 7-9.
- COMMITTEE OF INFECTIOUS DISEASES, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – Report of the Committee on Infectious Diseases (Red Book), 20th ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics, 1986.
- COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Report of the Committee on Infectious Diseases (Red Book), 20th ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics, 1986.
- GALASKA, A M, ROBERTSON, S E, KRAIGHER, A . Mumps and mumps vaccine: a global review. Bull WHO 77(1):3-14, 1999.
- LACORTE, J C e ZAMITH, V A. Varicela – Herpes-Zoster. In: Veronesi, R – Doenças Infecciosas e Parasitárias. 6ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara-Koogan, 1976.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – El Control de las Enfermedades em el Hombre – Publicacion Científica N.º 507 – 1987
- PIZZO, P A e POPLACK, D G – Principles and Practices of Pediatric Oncology. 1989.
- PLOTKIN, A S, ORENSTEIN, W A, eds. Mumps vaccine. Vaccines, 3ª ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1999. 267-92.
- TIRIBA, A C, BASTOS, C O . Caxumba. In: Veronesi, R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 6ª ed. Rio de Janeiro Ed. Guanabara-Koogan, 1976.
- WURZEL, C L; RUBIN, L G; KRILON, L R – Imunoglobulina anti-varicela-zoster após exposição pós-natal à varicela: visão dos especialistas. Pediatric Infectious Diseases 6: 466-468, 1987.

