



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO-GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES - CGPNI  
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040  
Site - saude.gov.br

#### NOTA INFORMATIVA Nº 80/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Presta orientações para vacinação contra varicela e o monitoramento e controle de surtos da doença em ambiente hospitalar, áreas indígenas, creches e escolas que atendem crianças menores de sete anos de idade.

#### I – DO CONTEÚDO:

A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), em conjunto com Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT), vem prestar orientações sobre a vacinação contra varicela e o monitoramento e controle de surtos da doença em ambiente hospitalar, áreas indígenas, creches e escolas que atendem crianças menores de sete anos de idade.

#### II – DO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA VARICELA:

##### Da caracterização da varicela

A varicela é uma doença exantemática viral aguda e altamente contagiosa, caracterizada pelo surgimento de lesões cutâneas polimórfas podendo ser acompanhada de febre moderada e outros sintomas sistêmicos leves. A doença pode ocorrer durante todo o ano, com picos de incidência de agosto a novembro. A imunidade é permanente e raramente acontece um segundo episódio.

A transmissão acontece por contato direto, por gotículas e aerossóis da nasofaringe e/ou inalação de aerossóis do líquido das vesículas. O período de incubação é de 14 a 16 dias, podendo variar de 10 a 20 dias após o contato. O diagnóstico é clínico-epidemiológico. O período de maior transmissibilidade ocorre no intervalo de um a dois dias antes do surgimento das vesículas e permanece enquanto estas estiverem presentes.

No Brasil, somente os casos graves, internações e óbitos por varicela são de notificação compulsória. No entanto, a ocorrência de surtos deve ser notificada a partir da agregação de casos no módulo de notificações de surto do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

##### Definição de surto de varicela

Considera-se surto de varicela em ambiente hospitalar a ocorrência de um caso da doença e em creches e áreas indígenas, a ocorrência de casos agregados. O surto será encerrado quando não apresentar novos casos após 30 dias do último caso confirmado.

Considerando que a varicela é uma doença comum na infância e altamente transmissível, a vacinação de bloqueio deve ser desencadeada em até 120 horas, após o contato com o caso suspeito ou confirmado. O objetivo da vacinação nestas situações é evitar casos graves e óbitos.

Neste sentido, a Secretaria de Vigilância em Saúde informa que o bloqueio vacinal deverá ser realizado em casos de surto de varicela ocorrido estritamente em ambientes hospitalares, áreas indígenas, e creches e escolas que atendem crianças menores de sete anos de idade, dentro do prazo de até 120 horas, após o contato com o caso suspeito ou confirmado.

Deverá receber a vacina varicela a pessoa suscetível à doença, ou seja, o indivíduo que não comprovar a vacinação anterior contra varicela, conforme situações descritas no Anexo 2 desta Nota.

#### III - DAS ORIENTAÇÕES PARA O MONITORAMENTO E CONTROLE DE SURTOS DE VARICELA EM AMBIENTE HOSPITALAR, ÁREAS INDÍGENAS, CRECHES E ESCOLAS QUE ATENDEM CRIANÇAS MENORES DE SETE ANOS DE IDADE:

Em vigência de surtos de varicela nesses locais, deve-se realizar o bloqueio vacinal com a

vacina varicela (atenuada) para os contatos suscetíveis a partir de 9 meses de idade ou a vacina tetra viral a partir dos 15 meses de idade, conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação da criança e disponibilidade desta vacina (Anexo 1). Devem ser vacinadas pessoas sem história de vacinação, em tempo oportuno até 120 horas, após contato com caso de varicela. Seguem as orientações:

- Notificar e registrar os surtos de varicela no Sinan (módulo surto);
- Coletar as seguintes informações: número total de pessoas no local; total de pessoas doentes por faixa etária; data do início dos sintomas do primeiro e do último caso; total de suscetíveis por faixa etária, identificando o número de pessoas imunodeprimidas, crianças menores de nove meses de idade e gestantes, conforme Anexo 1;
- Enviar relatório inicial da situação epidemiológica e caracterização do surto para a Unidade de Vigilância das Doenças Transmissíveis Respiratórias e Imunopreveníveis (UVR)/Coordenação de Vigilância das Doenças Transmissíveis e Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), conforme instrumento, em anexo;
- As ações de imunização serão monitoradas mediante o envio de relatórios parciais das atividades desenvolvidas, e ao final do surto, o envio de relatório final;
- Contraindicar o uso da vacina em 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 Referências para Imunobiológicos Especiais - CRIE);
- Realizar bloqueio vacinal seletivo indicando uma dose de 0,5mL da vacina varicela (atenuada), por via subcutânea, a partir de 9 meses de idade;
- Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até pelo menos 1 (um) mês após a vacinação;
- Administrar a imunoglobulina antivariçela zoster até 96 horas após o contato com casos suspeitos ou confirmados de varicela, em crianças menores de 9 meses de idade, gestantes, pessoas imunodeprimidas ou com história de reação anafilática a qualquer componente da vacina.
- As vacinas e imunoglobulinas adquiridas pelo Programa Nacional de Imunizações devem ser criteriosamente utilizadas nas indicações supracitadas.
- As doses administradas deverão ser registradas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), na estratégia "Intensificação" e, registradas no comprovante de vacinação.

Os relatórios devem ser enviados para os seguintes endereços CGPNI – [cgpni@saude.gov.br](mailto:cgpni@saude.gov.br) e CGDT – [exantematicas@saude.gov.br](mailto:exantematicas@saude.gov.br)

#### IV – DAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO CONTRA VARICELA

##### Das orientações para vacinação de rotina

A vacinação é a medida de proteção mais eficaz contra a varicela. As vacinas tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e varicela (atenuada) estão disponíveis para crianças menores de sete anos de idade, de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação, descritas a seguir:

- Uma dose da vacina tetra viral aos 15 meses de idade, em crianças vacinadas com a primeira dose da vacina tríplice viral. Crianças não vacinadas oportunamente aos 15 meses de idade, poderão receber a tetra viral até 4 anos (quatro) anos 11 meses e 29 dias. A dose de tetra viral corresponde a segunda dose da tríplice viral e a primeira dose da varicela.
- Uma dose da vacina varicela (atenuada) aos 4 anos de idade (corresponde à segunda dose da varicela, considerando a tetra viral aos 15 meses. Crianças não vacinadas oportunamente aos 4 anos, poderão receber a vacina varicela (atenuada) até 6 anos (seis) anos 11 meses e 29 dias.

É importante que as crianças sejam vacinadas oportunamente, com o objetivo de reduzir o risco de complicações, casos graves e óbitos por varicela no grupo alvo da vacinação.

##### Da vacinação em situação de surto

Em situações de surto de varicela, a vacinação de rotina, conforme o Calendário Nacional de Vacinação, deve ser intensificada, com a busca de crianças não vacinadas. Também devem ser vacinados seletivamente os contatos de casos suspeitos ou confirmados de varicela, de acordo com o local de ocorrência do surto, a saber: hospitais, áreas indígenas, creches e escolas que atendem crianças menores de sete anos de idade. A vacinação deve ser oportunamente realizada até 120 horas após a identificação do caso suspeito ou confirmado.

A vacina varicela (atenuada) está contraindicada para os contatos menores de 9 meses de idade, gestantes e pessoas imunocomprometidas. Estes devem receber a imunoglobulina antivariçela zoster até 96 horas após o contato com caso suspeito ou confirmado da doença.

Em situações de surto, a vacina varicela (atenuada) pode ser administrada em contatos de casos suspeitos ou confirmados da doença a partir dos 9 meses de idade, independentemente do laboratório produtor.

A situação vacinal dos contatos deve ser avaliada em relação às vacinas varicela e tríplice viral, uma vez que a indicação da vacina tetra viral está condicionada à administração da primeira dose (D1) da tríplice viral. Destaca-se que as vacinas tríplice viral e varicela (atenuada) podem ser utilizadas em substituição à tetra viral.

O Anexo 2 apresenta as situações em relação à vacinação contra a varicela e as respectivas condutas a serem adotadas na vigência de surto da doença.

#### V – DAS SOLICITAÇÕES DA VACINA VARICELA (ATENUADA) NO ANO DE 2018:



Após a implantação da segunda dose da vacina varicela a partir de janeiro/2018, esperava-se um aumento das solicitações estaduais para o imunobiológico. No entanto, as solicitações para os meses de janeiro a abril de 2018 não apresentaram aumento substancial, o que preocupa essa Coordenação Geral, uma vez que o planejamento para aquisição leva em consideração a alteração do Calendário.

A média mensal de distribuição esperada nesse momento é de cerca de 1 milhão de doses para todo o país, conforme tabela a seguir, no entanto, a distribuição desde o início de 2018 tem se mantido em cerca de 450 mil doses mensais.

Ressalta-se que a não solicitação e utilização das doses pode impactar em perdas da vacina por vencimento.

UF	População 2ª dose				Cota mensal segunda dose (população total + 5% incremento / 12 meses)	Cota mensal Crie	Cota mensal substituição à tetravalir	Total nova cota mensal
	4 anos	5 anos	6 anos	Total				
RONDONIA	26.481	27.031	27.697	81.209	7.106	96	2.800	10.002
<b>ACRE</b>	<b>16.070</b>	<b>16.325</b>	<b>16.640</b>	<b>49.035</b>	<b>4.291</b>	<b>283</b>	<b>1.800</b>	<b>6.374</b>
AMAZONAS	76.473	77.178	78.105	231.756	20.279	1.050	7.700	29.029
<b>RORAIMA</b>	<b>9.888</b>	<b>9.989</b>	<b>10.121</b>	<b>29.998</b>	<b>2.625</b>	<b>300</b>	<b>1.000</b>	<b>3.925</b>
PARA	153.653	155.859	158.526	468.038	40.953	275	14.200	55.428
<b>AMAPA</b>	<b>14.402</b>	<b>14.568</b>	<b>14.822</b>	<b>43.792</b>	<b>3.832</b>	<b>113</b>	<b>2.000</b>	<b>5.945</b>
TOCANTINS	25.247	25.662	26.182	77.091	6.745	37	2.600	9.382
<b>MARANHAO</b>	<b>130.561</b>	<b>132.479</b>	<b>134.847</b>	<b>397.887</b>	<b>34.815</b>	<b>152</b>	<b>12.200</b>	<b>47.167</b>
PIAUI	50.783	51.977	53.479	156.239	13.671	26	5.100	18.797
<b>CEARA</b>	<b>127.747</b>	<b>130.656</b>	<b>135.209</b>	<b>393.612</b>	<b>34.441</b>	<b>92</b>	<b>13.000</b>	<b>47.533</b>
RIO GRANDE DO NORTE	48.234	49.215	50.496	147.945	12.945	50	5.000	17.995
<b>PARAIBA</b>	<b>59.633</b>	<b>60.733</b>	<b>62.051</b>	<b>182.417</b>	<b>15.961</b>	<b>158</b>	<b>6.000</b>	<b>22.119</b>
PERNAMBUCO	139.801	142.957	146.780	429.538	37.585	233	15.000	52.818
<b>ALAGOAS</b>	<b>55.818</b>	<b>57.193</b>	<b>58.884</b>	<b>171.895</b>	<b>15.041</b>	<b>233</b>	<b>6.000</b>	<b>21.274</b>
SERGIPE	33.721	34.310	35.230	103.261	9.035	18	4.000	13.053
<b>BAHIA</b>	<b>221.199</b>	<b>227.033</b>	<b>233.613</b>	<b>681.845</b>	<b>59.661</b>	<b>346</b>	<b>22.000</b>	<b>82.007</b>
MINAS GERAIS	261.657	268.920	278.083	808.660	70.758	350	26.000	97.108
<b>ESPIRITO SANTO</b>	<b>49.911</b>	<b>50.927</b>	<b>52.248</b>	<b>153.086</b>	<b>13.395</b>	<b>113</b>	<b>6.000</b>	<b>19.508</b>
RIO DE JANEIRO	199.378	204.814	212.247	616.439	53.938	217	23.000	77.155
<b>SAO PAULO</b>	<b>535.846</b>	<b>545.874</b>	<b>560.640</b>	<b>1.642.360</b>	<b>143.707</b>	<b>2.000</b>	<b>62.000</b>	<b>207.707</b>
PARANA	142.548	145.434	149.669	437.651	38.294	208	15.300	53.802
<b>SANTA CATARINA</b>	<b>81.757</b>	<b>83.402</b>	<b>85.791</b>	<b>250.950</b>	<b>21.958</b>	<b>525</b>	<b>9.000</b>	<b>31.483</b>
RIO GRANDE DO SUL	131.049	134.864	139.732	405.645	35.494	292	14.000	49.786
<b>MATO GROSSO DO SUL</b>	<b>38.453</b>	<b>38.823</b>	<b>39.472</b>	<b>116.748</b>	<b>10.215</b>	<b>1.125</b>	<b>4.300</b>	<b>15.640</b>
MATO GROSSO	49.640	50.180	51.017	150.837	13.198	217	6.000	19.415
<b>GOIAS</b>	<b>90.579</b>	<b>92.243</b>	<b>94.378</b>	<b>277.200</b>	<b>24.255</b>	<b>42</b>	<b>9.000</b>	<b>33.297</b>
DISTRITO FEDERAL	39.311	39.864	40.544	119.719	10.475	333	5.000	15.808
<b>BRASIL</b>	<b>2.809.840</b>	<b>2.868.510</b>	<b>2.946.503</b>	<b>8.624.853</b>	<b>754.675</b>	<b>8.884</b>	<b>300.000</b>	<b>1.063.559</b>

## VI – CONCLUSÃO:

A vacinação de rotina deve ser realizada de maneira oportuna visando oferecer proteção às crianças e minimizar o risco de adoecimento do grupo alvo da vacinação. Para tanto, é necessário disponibilizar a vacina varicela (atenuada) nos serviços de saúde e realizar a vacinação conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.

Na vigência de surto de varicela, é importante identificar os casos da doença no menor tempo possível para a adoção oportuna das ações de vacinação e evitar o surgimento de casos secundários.

O monitoramento dos surtos de varicela é de suma importância para a avaliação do panorama da doença, destacando-se o perfil de morbidade e o impacto das ações de vacinação, a fim de implementar estratégias diferenciadas, quando necessário, de acordo com o perfil identificado.

Para a implementação das ações de vacinação no controle do surto de varicela, a CGPNI enviará um incremento de 20% sobre a média mensal distribuída para cada Estado. Novos envios da vacina varicela estão condicionados ao envio de relatório das ações desenvolvidas e utilização da vacina.

Colocamo-nos à disposição para todos os esclarecimentos que se fizerem necessários. Para informações adicionais, favor contatar a equipe técnica da Coordenação Geral do Programa nacional de Imunizações – CGPNI pelo telefone (61) 3315.3379 ou pelo email: [cgpni@saude.gov.br](mailto:cgpni@saude.gov.br).

Carla Magda A. S. Domingues  
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

Renato Vieira Alves  
Coordenador Geral das Doenças Transmissíveis

Márcio Henrique de Oliveira Garcia  
Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis



Documento assinado eletronicamente por **Carla Magda Allan Santos Domingues, Coordenador(a)-Geral do Programa Nacional de Imunizações**, em 27/04/2018, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior, Coordenador(a)-Geral de Doenças Transmissíveis, Substituto(a)**, em 02/05/2018, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Henrique de Oliveira Garcia, Diretor(a) do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**, em 07/05/2018, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3572661** e o código CRC **C97458AB**.

Brasília, 26 de abril de 2018.

Referência: Processo nº 25000.073574/2018-65

SEI nº 3572661