

Informe **Varicela**

INFORMATIVO
Sociedade Brasileira
de Imunizações
Ano I N. 5 Setembro 2006

Como evitar
os prejuízos
de uma doença
aparentemente
benigna

Epidemiologia

P.2

A doença

P.4

Síndrome da
varicela congênita

P.5

Vacinas
contra a varicela

P.6

Epidemiologia

A varicela é causada pelo vírus varicela-zoster (VVZ), que tem na espécie humana seu único reservatório. Dotado de alta transmissibilidade – a taxa de ataque é de 90% –, o VVZ é responsável por surtos sazonais, que ocorrem no Brasil no fim do inverno e durante a primavera. Estima-se que a incidência da varicela no Brasil seja superior a 2 milhões de casos por ano. Desses casos, 87% ocorrem em crianças com 2 a 10 anos de idade, 60% dos quais entre 1 e 5 anos. Em alguns países, cerca de 10% das pessoas acometidas são adolescentes.

Em estudos multicêntricos, realizados a partir de análises soropidemiológicas, determinou-se a prevalência da varicela na faixa etária entre 1 e 39 anos, registrando-se as seguintes taxas: Argentina, 72,4%; Chile, 73,4%; México, 72,3%; Venezuela, 75,9%; e Brasil, 85,4%. Também se observou que 19,1% dos adultos com mais de 40 anos de idade permaneciam soronegativos – ressaltando-se o fato de que nos adultos é maior o risco de complicações.

Demonstrou-se que jovens e adultos que vivem em regiões tropicais e subtropicais são mais suscetíveis à varicela do que os que habitam regiões temperadas. Estudos clínicos realizados na Índia, na Nigéria e no Sri Lanka evidenciaram que a média de idade em que ocorre a maioria dos casos de varicela está entre 14 e 28 anos. Apesar das limitações metodológicas de um estudo realizado no Brasil e na Índia, análises sorológicas de pessoas com mais de 15 anos de idade evidenciaram taxa de incidência entre 21% e 72%.

Entre 1997 e 2001, realizou-se um estudo coordenado por E. Migowski, com 240 alunos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pretendia-se avaliar a suscetibilidade de universitários ao VVZ, comparando o valor preditivo da história de ter tido ou não varicela, com o resultado do teste sorológico. A informação sobre a ocorrência anterior ou não de varicela foi obtida por meio de questionários e o teste sorológico para pesquisa de IgG-anti-VVZ foi realizado por ensaio imunoenzimático (Elisa). Verificou-se que a soroprevalência de IgG-anti-VVZ foi de 87,9%. Vinte dos 30 alunos (66,7%) que negavam ter tido varicela no passado

Aparentemente benigna, a varicela é uma doença que, mesmo quando não é acompanhada de complicações, provoca muito desconforto e impossibilidade de freqüência às aulas ou ao trabalho durante vários dias.

apresentaram teste positivo para anti-VVZ, ou seja, a infecção pelo VVZ não foi neste grupo com sorologia positiva e história negativa, acompanhada pela sintomologia sugestiva de varicela. A conclusão desse estudo foi a de que a sensibilidade da história de ter tido varicela alcançou 90,0% e a especificidade foi de 35,7%, mostrando que a história clínica não constitui bom indicador da presença de imunidade.

No hemisfério Norte (EUA), antes de instituída a vacinação rotineira, registravam-se cerca de quatro milhões de casos anuais de varicela, que provocavam entre quatro e nove mil hospitalizações, além de cem óbitos por ano. Três por cento dos casos ocorreram em crianças com menos de 1 ano de idade, 32%, entre 1 e 4 anos, e 50%, nas com 5 a 9 anos. Foram descritos 175 mil casos acompanhados de complicações relevantes, as quais exigiram gastos significativos. O número de casos de síndrome da varicela congênita variou de 25 a 40.

Informe **Varicela** 2006

Informe Rotavírus é uma publicação da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) e de sua Regional Rio de Janeiro (SBIm-RJ).
www.sbim.org.br

Coordenação editorial
Ricardo Machado (RM Comunicação)

Coordenação de arte
Sílvia Fittipaldi (Magic Art)

Supervisão científica
Dra. Isabella Ballalai, Dr. Edimilson Migowski, Dr. Renato Kfoury e Dr. José Luiz da S. Baldy

Impacto Econômico

Ainda que na maioria dos casos não apresente complicações, a varicela é uma doença que constitui importante causa de absenteísmo nas escolas e no trabalho, fator que contribui para aumentar seu impacto econômico, cujo custo costuma ser subestimado. Esse fato foi estudado por E. Migowski e I. Ballalai, no Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar o impacto econômico desta doença. Alunos de uma escola privada na qual estudam crianças de famílias com alto poder aquisitivo foram o alvo da pesquisa.

Estudaram-se os custos com as faltas ao trabalho e à escola, os gastos com consultas médicas (valor sugerido pela Associação Médica Brasileira para atendimento em consultório no horário normal ou preestabelecido), e os gastos com

medicamentos prescritos (valor declarado pelo responsável).

Do total de 161 questionários preenchidos, 34 mencionavam a ocorrência de adoecimento por varicela; 13 estavam incompletos e foram excluídos da análise. Na tabulação, verificou-se que:

1. O número médio de consultas médicas foi de 1,6 por criança;
2. A média de dias de falta à escola foi de 8,7;
3. O número médio de faltas ao trabalho do responsável pela criança foi de 4,9 dias;
4. A renda familiar diária média era de R\$ 59,00;
5. O custo de um dia de escola foi de R\$ 41,00;
6. O gasto médio, por criança, com medicamentos foi de R\$ 64,00;
7. O custo médio individual dos cuidados médicos de cada criança com varicela não complicada, nesse estudo, foi de R\$ 1.287,00 –

A varicela é mais comum

em crianças de 1 a 10 anos,

mas pode ocorrer em

pessoas de qualquer idade.

No Brasil, inquéritos

soroepidemiológicos

evidenciaram que, aos 5

anos de idade, quase 50%

das crianças já tinham tido

varicela.

sendo o custo médio de uma dose da vacina igual a R\$ 115,00, ou seja, para cada R\$ 1,00 investido em vacina, haveria economia de R\$ 11,20.

A vacina contra a varicela apresenta, portanto, excelente relação custo-benefício, ainda que o esquema de imunização hoje considerado ideal seja o de duas doses por criança.

Vantagem da vacinação sistemática de crianças sadias contra a varicela

- Estudos realizados na Costa Rica e no México demonstraram que o tempo de hospitalização por varicela com complicações é, em média, de sete dias. Os custos aproximados são da ordem de US\$ 145 por dia.
- Estudo sobre o benefício econômico da vacinação em crianças argentinas mostrou que há uma economia de US\$ 7 milhões nos custos diretos da doença e de US\$ 49,8 milhões nos custos indiretos (número de horas que os pais deixaram de trabalhar), com uma economia de US\$ 56,8 milhões se fosse feita vacinação universal todo ano, num universo de 800 mil crianças.
- Estudos realizados na Colômbia e na Venezuela mostraram que é possível economizar cerca de US\$ 2,5 nos gastos com saúde para cada dólar investido em vacina contra a varicela.
- Atualmente, a vacinação universal poderia prevenir 94% dos casos de varicela. Calcula-se que a relação custo-benefício é de 1:6. Contudo, ainda são necessários estudos de custo-benefício no longo prazo para que sejam estabelecidas estratégias de vacinação nos diferentes países latino-americanos.

Agente etiológico

O varicela-zoster (VVZ) é um vírus DNA da família *Herpesviridae* e da subfamília *Alphaherpesvirinae* (grupo dos herpesvírus), de forma icosaédrica, dotado de envelope lipoprotéico; o diâmetro do nucleocapsídeo mede de 150 a 200 nm. Seu genoma é constituído por DNA de dupla cadeia, uma longa e outra curta, com seqüências terminais invertidas. É sensível a solventes lipídicos, tais como éter, etanol e clorofórmio, assim como ao formol, ao fenol e ao permanganato de potássio a 1:10.000, sendo relativamente termolábil e sensível a pH de valores extremos. ■

A doença

TRANSMISSÃO

O período de transmissibilidade inicia-se de um a dois dias antes do aparecimento do exantema e prolonga-se até cinco dias depois que surgiram as primeiras vesículas (nos pacientes imunocomprometidos esse período é mais prolongado).

A transmissão dá-se de uma pessoa para a outra por intermédio do contato direto com as lesões cutâneas vesiculares ou por via aérea, a partir de secreções respiratórias. A transmissão intra-uterina pode ocorrer quando mulheres não imunes contraem a doença durante a gestação. A transmissão nosocomial ocorre na vigência de surtos de varicela observados em hospitais.

O índice de contágio no ambiente doméstico é de aproximadamente 90%. Nas escolas, sobretudo naquelas que atendem crianças com menos de 10 anos de idade, o índice de contágio é semelhante – um caso-índice pode provocar a infecção em 80% a 90% da população suscetível, o que acarreta significativo prejuízo social (faltas à escola; perda do dia de trabalho pelos pais; gastos com medicamentos; e consultas médicas etc.), além de desconforto e risco de complicações.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação oscila entre 13 e 17 dias, podendo ser mais curto em pacientes imunocomprometidos ou prolongar-se nos que tenham recebido imunoprofilaxia passiva.

O VVZ pode ser isolado a partir das lesões vesiculares de pacientes não imunodeprimidos durante os três ou quatro primeiros dias da vigência da erupção cutânea.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A febre está presente em mais de 80% dos casos. O quadro clássico caracteriza-se pelo aparecimento de lesões, altamente pruriginosas, que evoluem com rapidez de máculas para pápulas, vesículas e crostas, associando-se quase sempre a manifestações sistêmicas, tais como prostração, cefaléia, mal-estar geral e, eventualmente, vômitos e sintomas respiratórios. A fase de crosta costuma iniciar-se, em média, de cinco a seis dias após o aparecimento da primeira lesão.

A importância clínica da varicela vincula-se ao aparecimento de complicações, cuja frequência varia com a idade (as crianças com menos de 2 anos e os adultos apresentam maior taxa de complicações) e com a condição imunológica do paciente. O quadro abaixo mostra as crianças de alto risco para varicela grave ou complicada. Nesses pacientes, a evolução clínica é mais grave, assim como mais alto o índice de letalidade. Estima-se que, no Brasil, de 20% a

30% da população com idade entre 15 e 24 anos, e 10% das pessoas com mais de 25 anos não foram infectadas pelo vírus da varicela. Em adolescentes e adultos, a varicela costuma ter quadro clínico mais grave. Em gestantes, é doença de alto risco para o feto. Portanto, é fundamental a vacinação daqueles que não foram infectados na infância. ■

Mais de 90% dos casos registrados na última temporada de varicela no estado de São Paulo, em 2006, ocorreram em crianças de 1 a 9 anos de idade. Dos 29.177 casos registrados, 62,4% acometeram crianças de 1 a 4 anos e 30%, de 5 a 9 anos de idade. Os dados da Secretaria da Saúde de São Paulo referem-se apenas aos observados em surtos, porque a doença, popularmente conhecida como catapora, não é de notificação compulsória.

Complicações da varicela

Grupo de risco

Pessoas com imunodeficiência congênita ou adquirida, como infectados pelo HIV; em uso de corticosteróide em doses altas, por tempo prolongado (≥ 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente, por tempo superior a 14 dias); com neoplasias malignas; transplantados de medula óssea ou órgãos sólidos; submetidos à quimioterapia ou radioterapia

Gestantes

Bebês cujas mães apresentam varicela cinco dias antes ou até dois dias após o parto

Prematuros com peso de nascimento < 1 kg ou gestação < 28 semanas expostos à varicela no período neonatal

Crianças menores de 1 ano

Adolescentes e adultos

Casos secundários no domicílio, creche ou enfermarias

Comentários

Uso de corticóide inalatório, em dose baixa, intra-articular ou por curtos períodos (<14 dias) não aumenta o risco de complicações

10 a 20% têm pneumonia, com letalidade de até 40%; maior risco de parto prematuro e abortamento. Nas primeiras 16 semanas, 0,4 a 2% dos fetos irão desenvolver a síndrome da varicela congênita

Maior risco para complicações e morte no futuro

A transmissão de IgG da mãe para o bebê só ocorre de forma efetiva no último trimestre da gestação

Maior risco de complicações e zoster

Letalidade em crianças é de 1-2 por 100.000 e, em adultos, atinge 25/100.000

Maior número de lesões e chances de complicações

Síndrome da varicela congênita

A **infecção intra-uterina** que ocorre durante os primeiros cinco meses da gestação provoca, em 2% dos fetos, a denominada varicela congênita, caracterizada por atraso do crescimento intra-uterino, cicatrizes cutâneas, hipoplasia de extremidades, defeitos oculares (coriorretinite, microftalmia e/ou catarata) e lesões do sistema nervoso central, com retardo mental, paralisia motora, convulsões, atrofia cortical etc.

Se a gestante apresenta a varicela no período de cinco dias que precederam a data do parto, desenvolve-se no recém-nascido a forma clínica (geralmente desprovida de gravidade) denominada varicela neonatal precoce, que consiste na ocorrência, nos primeiros quatro dias de vida, de exantema vesicular. Por outro lado, se a gestante apresenta a varicela entre os cinco dias anteriores e os dois dias posteriores ao parto, o recém-nascido apresentará a forma clínica da varicela denominada neonatal tardia, caracterizada por quadro grave de infecção sistêmica, cuja letalidade alcança 30%, com manifestações clínicas que aparecem entre o quinto e o décimo dia de vida: exantema vesiculoso, às vezes hemorrágico, lesão pulmonar e hepatoesplenomegalia.

COMPLICAÇÕES

A varicela pode provocar três tipos de complicações. De acordo com estudos norte-americanos, as mais comuns são as lesões na pele (de 45% a 57% dos casos), seguidas de problemas no sistema nervoso (de 15% a 18%) e nas vias respiratórias (de 10% a 14%). As lesões cutâneas

são, em geral, provocadas por infecções bacterianas secundárias, que surgem quando o doente se coça e deixa a pele vulnerável às bactérias. Entre as infecções bacterianas da pele mais frequentes estão a piодermite e a erisipela.

Levantamento em creches de Taubaté, no interior do estado São Paulo, realizado pelo médico Ricardo Marcitelli para sua dissertação de mestrado (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005), revelou que mais de 80% das 664

crianças pesquisadas foram levadas à consulta médica, e que mais da metade ficou afastada das creches por mais de cinco dias. Desse total, 5,7% apresentaram complicações; uma em cada cem precisou ser hospitalizada e cinco ficaram com cicatrizes profundas depois da cura da varicela. Todas as crianças eram previamente saudáveis.

Nos pacientes imunocomprometidos, com frequência, a doença manifesta-se clinicamente sob forma grave (varicela hemorrágica), com lesões cutâneas disseminadas, e ocasionalmente, presença de comprometimento das vias respiratórias (pneumonia).

Em crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a doença pode apresentar-se sob a forma grave – a denominada varicela progressiva – caracterizada por aparecimento prolongado (durante duas a três semanas) de lesões cutâneas, acompanhado de febre alta. Também se podem manifestar, associadamente, encefalite, pancreatite, hepatite e/ou pneumonia, configurando o aparecimento de doença crônica e recorrente.

O herpes zoster é resultante da reativação do VVZ, em pessoas anteriormente infectadas, nas quais permanece sob forma de infecção latente. Seu aparecimento na infância é mais frequente em crianças que foram acometidas pelo VVZ nos primeiros anos de vida e nas imunocomprometidas, nas quais as lesões costumam atingir grande extensão da pele, não se limitando a faixas restritas a um só dimídio. ■

Principais complicações da varicela

- Cutâneas: geralmente secundárias a infecções bacterianas de pele e tecidos moles: impetigo, celulite, miosite, fasciíte necrozante, abscessos cutâneos etc.
- Neurológicas: cerebelite, ataxia, encefalite, mielite, síndrome de Guillain-Barré, paralisia de Bell, síndrome de Ramsay-Hunt, síndrome de Reye etc.
- Respiratórias: otite média aguda, pneumonia etc.
- Hemorrágicas: púrpura de Schönlein-Henoch, trombocitopenia, *purpura fulminans* etc.
- Outras: artrite, hepatite, nefrose, orquite, miocardite, pericardite etc.

Vacinas contra a varicela

A vacina contra a varicela é constituída por vírus vivos atenuados (linhagem Oka), introduzida em uso prático no Japão na década de 1970. O VVZ foi isolado em culturas primárias celulares de pulmão humano embrionário (HEL) e o princípio viral foi obtido a partir de passagens em série por células de HEL, e posterior inoculação em células diplóides humanas (WI-38) e células MRC5.

As vacinas disponíveis no Brasil são constituídas por vírus vivos atenuados derivados da cepa Oka, com diferentes quantidades de unidades formadoras de placa (UFP) do VVZ, e devem ser administradas por via subcutânea. Como outras vacinas de vírus vivos atenuados, as vacinas contra a varicela são muito sensíveis a variações de temperatura, devendo portanto ser conservadas em refrigerador, entre 2°C e 8°C.

Eficácia

Estima-se que uma só dose da vacina contra a varicela induza imunidade contra a infecção em 70% a 90% das crianças que a receberam, e em 95% a 98%, contra as formas graves da doença. Contudo, não é incomum a ocorrência dessa virose em crianças já vacinadas. Nos EUA, a vacina contra a varicela foi introduzida há 11 anos no calendário básico de imunização. No entanto, apesar da comprovada eficácia protetora dessa vacina, e do excelente resultado na diminuição da mortalidade e das internações hospitalares, observaram-se muitos casos da doença em crianças vacinadas, principalmente

durante a ocorrência de surtos em pessoas não vacinadas. Com base na observação dessas falhas vacinais, diversos estudos foram realizados com a finalidade de avaliar a real eficiência da vacinação em prevenir a varicela. Alguns deles estão relacionados abaixo.*

Estudo brasileiro realizado por E. Migowski e I. Ballalai avaliou a efetividade da vacinação contra a varicela durante surto ocorrido em uma pré-escola privada do Rio de Janeiro. No protocolo constava a revisão das carteiras de vacinação, os registros de adoecimento anterior ao surto, o cálculo do percentual de suscetíveis na população-alvo (crian-

ças sem o registro de varicela no passado e não vacinadas) e a efetividade da vacinação. Os pesquisadores avaliaram, ainda, o tempo decorrido desde a vacinação até a época do surto. A escola atendia, em 2003, 161 crianças de quatro meses a 7 anos de idade, sendo sete (4%) menores de 1 ano; 23 (14%) com idade entre 1 e 2 anos; 25 (16%) entre 2 e 3 anos; 75 (47%) entre 3 e 5 anos, e 31 (19%) com mais de 5 anos de idade. Foram excluídas da análise 28 crianças, cujos registros estavam incompletos. Os resultados desse estudo são resumidos no quadro abaixo.

A taxa de efetividade da vacinação (TEV) nessa casuística foi de 11,5%

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA VACINAÇÃO DURANTE SURTO DE VARICELA EM UMA PRÉ-ESCOLA PRIVADA DO RIO DE JANEIRO – 2003

EDIMILSON MIGOWSKI, ISABELLA BALLALAI, BEATRIZ DOS REIS, CÍNTIA BORDALO, LUCIANA COSTA, SÍLVIA CAMARA

N = 133

5 (3,8%) já tinham relato de varicela;
74 (55,6%) estavam vacinadas;

54 (40,6%) eram suscetíveis durante o surto;

31 casos de varicela ocorreram durante o surto (23,3% da população considerada da escola);

17 (54,8%) foram registrados em previamente vacinadas

Das 16 crianças vacinadas durante o surto, nenhuma adoeceu.

Dentre os vacinados que adoeceram:

2 (11,8%) tinham sido vacinados há menos de um ano;

7 (41,2%) entre um e dois anos;

8 (47,0%) há mais de dois anos.

TAV⁽¹⁾ foi de 23%.

TANV⁽²⁾ foi de 26%.

TEV⁽³⁾ foi de 11,5%, se incluirmos as crianças vacinadas durante o surto (n=16), ou ainda de 37,8%, se excluirmos essas crianças do cálculo.

Avaliação retrospectiva de crianças vacinadas em diversas clínicas e com imunobiológicos de diferentes fabricantes.

(1) TAV - Taxa de Ataque em Vacinados, (2) TANV - Taxa de Ataque em Não Vacinados, (3) TEV - Taxa de Efetividade da Vacina

* Referências de estudos sobre a efetividade da vacinação contra varicela

1. Pediatrics 2004 Mar 113(3): 455-9 - Tugwell & cols
2. JID 2004 Ago 190(3): 477-83 - Lee & cols
3. NEJM 2002 Dez 347(24): 1909-15
4. Jama 2004 Fev 18:291(7): 851-5
5. MMWR 2004 Mai 14: 53(18): 389-92
6. PIDJ 2005 Mar; 24(3): 233-6

ou 37,8%, dependendo do critério utilizado, índice inferior aos encontrados na literatura internacional, que variaram de 72% a 99%. O achado nesse levantamento reforça a eficácia da vacinação durante surtos como estratégia de prevenção da ocorrência da doença, bem como a necessidade do emprego de duas doses no esquema básico de vacinação pediátrica contra a varicela.

A vacina contra a varicela da GlaxoSmithKline está licenciada para crianças a partir de 9 meses de vida. Já as vacinas da MSD e da Sanofi-Pasteur estão licenciadas para crianças a partir de 12 meses de idade. Uma segunda dose da vacina contra a varicela vem sendo recomendada, independente do fabricante, dos 4 aos 6 anos de vida, pelo menos com três meses de intervalo entre as doses, conforme orientação da Sociedade Brasileira de Imunizações e, recentemente, do Comitê Assessor de Imunizações dos EUA (Acip).

Reações adversas

Aproximadamente 5% das crianças saudáveis vacinadas apresentam exantema papulovesicular leve em diversas áreas da superfície corpórea (entre duas e 15 lesões, em média) na terceira ou quarta semana subsequente à vacinação. As reações locais (vermelhão, dor, enrijecimento) e/ou gerais (febre, mal-estar, erupção cutânea etc.) são geralmente leves e transitórias, sendo observadas em cerca de 10% dos vacinados.

Crianças com leucemia que receberam a vacina apresentaram maior incidência de reações adversas (exantema vesicular, com intensidade leve, em 20% a 40%). Também se observou, na primeira semana depois da aplicação, em menos de 2%

dos vacinados, reação no local da administração da vacina, caracterizada pelo aparecimento de uma a cinco lesões vesiculares.

Em estudos sobre segurança e reações provocadas pela vacina, realizados na Colômbia e na Venezuela, com mais de 200 crianças de diversos grupos de idade, a incidência de eventos adversos locais foi de 18% a 22%, a maioria dos quais considerados leves. A incidência mais alta foi registrada em crianças de 1 a 2 anos de idade. O efeito adverso geral mais comum foi constituído por febre de pequena intensidade, em menos de 5% dos vacinados. Não ocorreu o aparecimento de exantema vesicular relacionado com a vacinação em nenhum caso.

Os pesquisadores observaram diminuição na incidência de herpes zoster após a vacinação contra a varicela, tanto em crianças saudáveis quanto em pessoas de alto risco. Até a presente data, verificou-se que as crianças que apresentaram exantema pós-vacinação foram as que vieram a desenvolver herpes zoster com maior frequência, em comparação com as que não o apresentaram (15% e 2%, respectivamente).

Indicações

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), a vacina contra a varicela deve ser indicada rotineiramente a todas as crianças hígdas, a partir dos 12 meses de vida; também deve ser prescrita a adolescentes e adultos que não tiveram a doença e que não foram vacinados anteriormente. Recomendações para a aplicação da vacina na população:

- Vacinar todas as crianças a partir do primeiro ano de vida;

- Vacinar todas as crianças até os 13 anos de idade que não tiveram varicela diagnosticada por médico;
- Vacinar as pessoas com mais de 13 anos, que ainda não foram imunizadas pela vacina ou pela infecção natural, mesmo nos casos de dúvida;
- Vacinar todos os suscetíveis que tenham tido contato íntimo com indivíduos de alto risco;
- Vacinar as mulheres não grávidas, em idade fértil, sem história clínica de varicela, que não tenham sido vacinadas anteriormente.

Para crianças, adolescentes e adultos com as indicações especiais descritas a seguir, a vacina contra a varicela, ainda não disponível na rotina do Programa Nacional de Imunizações, está disponível, gratuitamente, nos Centros de Referência para Imunológicos Especiais (CRIEs).

Indicações especiais da vacina contra a varicela contempladas pelos CRIEs:

Crianças com leucemia linfoblástica aguda nas seguintes condições:

- Remissão hematológica com pelo menos 12 meses.
- Contagem de linfócitos > 1.200/mm³.
- Não submetidas à radioterapia.
- Sem quimioterapia de manutenção, durante uma semana antes e uma semana depois da vacinação.

Crianças com tumores sólidos malignos, adotando-se as mesmas precauções recomendadas para os pacientes leucêmicos.

- Portadores assintomáticos ou oligossintomáticos do vírus da imunodeficiência humana (HIV) cuja contagem de linfócitos no sangue esteja acima de 15% e a de CD4 seja superior a 25% do valor considerado normal.
- Crianças com doenças crônicas (problemas metabólicos e

endócrinos, afecções pulmonares, renais, cutâneas, cardiovasculares etc.) que não se encontrem imunodeprimidas e que não estejam recebendo corticóides sistêmicos em doses elevadas (>2mg/kg de prednisona ou dose equivalente a outros corticóides).

- Transplantados de medula óssea: dois anos após a realização do transplante, se não estiverem recebendo quimioterapia há mais de um ano.
- Portadores de dermatopatias graves
- Usuários crônicos de AAS.
- Portadores de trissomias.
- Profissionais da área da saúde.
- Em crianças em programas de transplantes de órgãos sólidos a vacinação pode ser feita quatro semanas antes da administração do tratamento imunodepressor.
- Pessoas soronegativas em contato com crianças imunodeprimidas, inclusive familiares e profissionais de saúde que atendem estes pacientes.
- Pessoas suscetíveis à doença e imunocompetentes no momento da internação em enfermaria onde haja caso de varicela.

Além dessas recomendações, o Acip, nos EUA, assim como a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm), no Brasil, em seu Calendário Ocupacional, recomendam:

- Vacinar indivíduos com mais de 13 anos de idade que trabalham em ambientes onde a transmissão do VZV é freqüente (professoras de maternal ou de escolas para crianças com idade de 1 a 13 anos).

Contra-indicações

A vacina contra a varicela, por conter vírus vivos atenuados, está contra-indicada nas pessoas que apresentem:

1. Comprometimento do estado geral, com ou sem febre;

2. Imunodeficiência congênita ou adquirida.
3. Gestação;
4. Reação alérgica de caráter anafilático à neomicina.

Precauções

A vacina contra a varicela pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas do calendário, sem que haja interferência na resposta imune. No entanto, deve-se adotar intervalo de quatro semanas entre a aplicação da vacina contra a varicela e as vacinas tríplice viral e anti-amarelão, quando não forem administradas no mesmo dia.

Vacinação de bloqueio

Recomenda-se o uso da vacina contra a varicela em pessoas suscetíveis, para prevenir a doença ou modificar suas características clinicoevolutivas, caso seja aplicada entre três a cinco dias depois da exposição ao vírus.

Alguns estudos demonstraram a imunogenicidade da vacina contra a varicela, para crianças com idade a partir de nove meses. Entre esses estudos, destaca-se o de Kanra e cols., no qual se demonstrou a segurança e a imunogenicidade da vacina em 114 crianças hípidas com nove a 24 meses de vida. Nessa avaliação, a taxa de soroconversão foi de 97,1% e o título geométrico médio de anticorpos (TGM) após a vacinação foi de 30,9.

No Brasil, recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizou o emprego da vacina contra a varicela do Laboratório GlaxoSmithKline (GSK) em crianças a partir de 9 meses de idade, especialmente na profilaxia pós-exposição para bloqueio de surtos epidêmicos.

Imunoterapia passiva

No Brasil, a imunoglobulina humana anti-varicela-zoster (IGHAVZ), administrada por via intramuscular, está disponível exclusivamente nos CRIES. De acordo com os protocolos dos CRIES, a IGHAVZ está indicada nas seguintes situações:

1. contatos de pessoa suscetível à varicela com o vírus durante a gestação;
2. recém-nascidos cujas mães apresentem varicela nos últimos cinco dias antes do parto, ou até dois dias depois;
3. imunocomprometidos em situação de pós-exposição.

A dose da IGAVZ é de 125 unidades/10 kg de peso (dose máxima = 625 unidades), administrada antes das primeiras 96 horas pós-exposição.

Vacina Quádrupla Viral

A comercialização da vacina quádrupla viral – contra sarampo-caxumba-rubéola-varicela – está sendo aguardada para breve, podendo contribuir para a redução do número de injeções no cumprimento do calendário vacinal da criança. Em 2005, duas vacinas antivirais quadrivalentes, produzidas pelos laboratórios Merck Sharp & Dohme (MSD) e GlaxoSmithKline (GSK), foram licenciadas nos EUA e na Austrália, respectivamente. ■

A P O I O

