



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

**NOTA TÉCNICA DE VARICELA - Nº 01/2025 - DEPI/DVS/ SESP**

**ASSUNTO: Recomendações e orientações sobre Varicela no âmbito da Vigilância Epidemiológica, Laboratorial e Imunização**

**Atualizada em: 25/02/2025**

**1. Introdução**

A varicela, também conhecida como catapora, causada pelo Vírus varicela-zóster (VVZ), é uma infecção primária febril, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto maculopapular e distribuição centrípeta, que, após algumas horas, torna-se vesicular, evolui rapidamente para pústulas e, posteriormente, forma crostas secas não infecciosas, em três a sete dias. A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam nas diversas formas evolutivas (máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas), acompanhadas de prurido. Sua transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por meio de contato direto ou de secreções respiratórias (disseminação aérea de partículas virais/aerossóis) e, raramente, através de contato com lesões de pele. Indiretamente, é transmitida por meio de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados. Período de incubação pode variar entre 10 a 21 dias após o contato. após o contato, podendo ser mais curto em pacientes imunodeprimidos e mais longo após imunização passiva e a transmissibilidade de um a dois dias antes do aparecimento do exantema e estende-se até que todas as lesões estejam em fase de crosta.

**2. Vigilância Epidemiológica**

A vigilância epidemiológica da varicela tem como alguns objetivos, conhecer a incidência de casos graves e óbito por varicela e o acompanhamento e monitoramento de surtos que ocorrem no estado, conhecendo os padrões de ocorrência da doença (sazonalidade e distribuição por



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

faixa etária) e estabelecendo medidas de controle frente a situações de surtos e grupos populacionais de alto risco para complicações e morte.

A varicela é uma doença de notificação compulsória (federal e estadual), devendo a notificação ser realizada somente para casos graves hospitalizados e óbitos e surtos. Para casos graves e óbitos, notificar no Sinan na ficha de Notificação/conclusão (anexo 1) com o CID B01 e em casos de surto, o Sinan está habilitado para notificação surto (anexo 2), na forma da planilha para acompanhamento de surto (anexo 3), quando necessário e oportuno, por meio do NotSurto e utilizando no campo Agravado/doença **VARICELA SEM COMPLICAÇÃO** e o CID B01.9 em surtos de casos sem complicações e utilizando no campo Agravado/doença **VARICELA** com o CID B01 em surtos com casos com complicações.

### 2.1. Definição de casos de varicela

Quadro 1. Definição de casos de varicela.

| Definição de casos        |   |
|---------------------------|---|
| Suspeito de varicela      | Indivíduo com quadro discreto de febre moderada, de início súbito, que dura de dois a três dias, e sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápula-vesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta – cabeça e tronco). |
| Varicela grave            | Caso que atenda à definição de caso suspeito de varicela e que necessite ser hospitalizado ou tenha evoluído para óbito.  |
| Confirmado Varicela       | Indivíduo com quadro infeccioso agudo, de início súbito, que apresenta exantema maculopapulovesicular difuso, cujas vesículas evoluem para crostas, em dois a três dias, sem outra causa aparente, com ou sem confirmação laboratorial.   |
| Confirmado Varicela grave | Caso que atenda à definição de caso suspeito de varicela e que necessite ser hospitalizado ou tenha evoluído para óbito.  |
| Surto de varicela         | Considerar como surtos de varicela a ocorrência de número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou casos agregados em instituições de longa permanência, hospitais, creches, escolas e população privada de liberdade, entre outros.   |

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

|  |  |
|--|--|
| Surto de varicela em ambiente hospitalar | Define-se surto em ambiente hospitalar a ocorrência de um único caso confirmado de varicela. O contato para varicela em ambiente hospitalar é caracterizado pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, e/ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado assim a possibilidade de contrair a infecção. Nesses casos, a vacina varicela (atenuada) está indicada nos comunicantes suscetíveis imunocompetentes maiores de 9 meses de idade, até 120 horas (5 dias) após o contato   |
| Descartado                               | <ul style="list-style-type: none"><li>● Caso suspeito de varicela não grave, cuja avaliação clínico-epidemiológica conclua como sendo outra doença.</li><li>● Caso suspeito de varicela grave, com diagnóstico laboratorial negativo para varicela ou confirmado como outra doença.</li></ul>  |
| Casos encerrados                         | <ul style="list-style-type: none"><li>● Após acompanhar a evolução dos pacientes e os resultados dos exames laboratoriais;</li><li>● Após verificar se, na residência, outros casos estão ocorrendo;</li><li>● Após investigar minuciosamente deslocamentos do caso, de seus familiares e/ou de amigos (considerar todos os deslocamentos que antecederam dez dias do início do exantema, inclusive os de curta duração), para identificar a ocorrência de outros casos;</li><li>● Após o monitoramento e sem o aparecimento de casos novos e após 21 dias sem novos casos, considera-se o surto controlado.</li></ul> |

Fonte: Guia de vigilância em saúde, 6ª edição, revisado em 2024.

## 2.2. Investigação

2.2.1. **No âmbito hospitalar:** identificar os dados dos pacientes, coletar dados clínicos e epidemiológicos, sendo necessário consultar prontuários e entrevistar o médico assistente para completar as informações clínicas sobre o paciente para definir se o quadro se enquadra em varicela grave, sendo possível, realizar cópia da anamnese, exame físico e da evolução do doente. Verificar se o paciente foi vacinado previamente contra varicela, se entrou em contato com casos de varicela ou herpes-

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

zóster ou se já teve a doença em algum momento de sua vida e registrar dados da data da vacina. Acompanhar a evolução dos pacientes e os resultados dos exames laboratoriais.

2.2.2. **No âmbito residencial do caso grave/hospitalizado/óbito:** Verifica-se a ocorrência de outros casos e investigar minuciosamente: deslocamentos do caso, de seus familiares e/ou de amigos (considerar todos os deslocamentos que antecederam 10 dias do início do exantema, inclusive os de curta duração), para identificar a ocorrência de outros casos em outros locais.

2.2.3. **No âmbito de surtos de varicela conforme definição de caso:** Verificar o número de casos, idade, sexo, identificar quais casos já possuíam vacina previa contra varicela, se entrou em contato com casos de varicela ou herpes-zóster ou se já teve a doença em algum momento de sua vida e registrar dados da data da vacina, identificar a data do início dos sintomas do primeiro caso e do último caso, identificar o número de pessoas imunodeprimidas e gestantes.

Para todas as situações, para acompanhamento dos casos/surtos, deverá ser preenchido/atualizada semanalmente a planilha de monitoramento (anexo 4) e enviada ao GT-Exantemáticas da SESPA, sempre seguindo o fluxo de informação entre os níveis municipais e regionais vigentes.

**OBS1:** Pessoas com varicela sem complicações deverão permanecer no seu domicílio até que todas as lesões tenham evoluído para crosta.

**OBS2:** Na identificação de um caso de varicela grave ou óbito, ou em situações de surto descritas na definição de caso, seguir o fluxo de notificação de varicela (anexo 5).

### **2.3. Encerramento de caso**

O caso será encerrado de acordo com as classificações descritas no item Definição de caso.

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

### **3. Imunização**

#### **3.1. Medidas de prevenção e controle**

##### **3.1.1. Bloqueio vacinal**

**Vacinação seletiva dos contatos até 120 horas (5 dias) após o contato com o casos suspeito.**

- Vacinação de contatos de casos suspeitos ou confirmados de varicela (catapora):

Em situações de surto de varicela em creche, em ambiente hospitalar e em áreas indígenas, adotar a seguinte conduta para os contatos de casos da doença, considerando as vacinas com o componente varicela atualmente disponíveis nas salas de vacina do SUS:

- Em crianças menores de 12 meses de idade, gestantes e pessoas imunodeprimidas, administrar a imunoglobulina humana antivariçela até 96 horas (4 dias) após o contato com o caso;
- Em crianças entre 13 e 14 meses de idade, antecipar a dose de tetraviral 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 tríplice viral + 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;
- Pessoas entre 7 (sete) e 12 anos de idade, não vacinadas contra varicela ou sem história pregressa da doença, administrar 1 (uma) dose da vacina varicela;
- Pessoas a partir de 13 anos de idade não vacinadas contra varicela ou sem história pregressa da doença, administrar 1 (uma) dose da vacina tetraviral; e

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

- Os surtos de varicela registrados em outros ambientes poderão ser atendidos a depender da situação epidemiológica e avaliação de risco realizada pelas três esferas de gestão do SUS, conforme autonomia de cada ente federativo.
- Crianças a partir de 9 (nove) meses até 11 meses e 29 dias administrar dose zero da vacina varicela (atenuada). Não cyclovir como válida para a rotina e manter o esquema vacinal de rotina;
- Crianças entre 12 e 14 meses de idade antecipar a dose de tetra viral naquelas já vacinadas com a primeira dose (D1) do tríplice viral e cyclovir 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 tríplice viral + varicela para os 15 meses de idade, com cyclovi de 30 dias;
- Crianças entre 15 meses e menores de 7 (sete) anos de idade, vacinar conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação;
- Pessoas a partir de 7 (sete) anos de idade, administrar 1 (uma) dose da vacina varicela monovalente.

### **3.1.2. Profilaxia em situações de surto**

- Realizar a administração da imunoglobulina Antivaricela dos contatos até 96 horas (4 dias) após o contato, desde que atendidas as três condições seguintes: suscetibilidade, contato significativo e condição especial de risco (crianças menores de 9 meses, gestantes e imunodeprimidos);
- Dose de IGHAVZ é de 125 UI para cada 10 kg de peso corporal, (dose cyclo de 125 UI e máxima de 625 UI, devendo ser aplicada por via IM).

## **4. Diagnóstico clínico**

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

O diagnóstico é clínico, considerando os sinais e os sintomas apresentados.

### 5. Diagnóstico laboratorial

Para o diagnóstico, os exames laboratoriais não são utilizados para confirmação ou descarte dos casos de varicela, o diagnóstico é clínico, exceto quando é necessário fazer o diagnóstico diferencial em casos graves e óbitos e em casos de suspeita principal de monkeypox, ou quando há apresentações clínicas menos típicas, como em pessoas com ciclo imunológico suprimido que podem manifestar herpes-zoster disseminado. A Rede de Laboratórios de Saúde Pública (Lacen), não realiza exame de rotina para esse diagnóstico.

Quadro 2. Tipo, conservação e transporte da amostra.

| <b>VARICELA/ HERPES ZOSTER</b>              |  |
|---|--|
| <b>Reação em Cadeia da Polimerase (PCR)</b> |  |
| Amostra                                     | · Exsudatos/ Fluidos de vesículas e Pústulas: Quando o paciente apresentar mais de uma vesícula ou lesão, sugere-se coletar um swab de cada lesão ou vesícula, totalizando o máximo de três swabs por paciente; Armazenar todos os swabs num mesmo tubo seco, formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente. |
| Conservação e Transporte                    | · Até 7 dias: Manter sob refrigeração entre 2°C e 8°C; Transportar em cicl térmica com gelo reciclável.<br>· Após 7 dias: Congelar a -20°C;<br>· Transportar em cicl térmica com gelo seco.  |

Fonte: Manual de coleta do Lacen/PA 4ª edição revisada, março 2024.

#### 5.1. Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial deve ser direcionado para outras infecções como: ciclo (erradicada); coxsackioses; infecções cutâneas; dermatite herpetiforme; impetigo; erupção variceliforme de Kaposi;

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

riquetsioses, entre outras

## **6. Tratamento**

Para pessoas sem risco de agravamento da varicela, o tratamento deve ser sintomático de acordo com orientação médica. Havendo infecção secundária, recomenda-se o uso de antibióticos, em especial para combater estreptococos do grupo A e estafilococos.

Para o tratamento específico da varicela, por meio da administração do antiviral cyclovir, que é indicado para pessoas com risco de agravamento, seguir as indicações para o uso do cyclovir recomendado no guia de vigilância (BRASIL,2024).

## **7. Contatos e maiores informações**

### **7.1.Lacen/PA**

Rodovia Augusto Montenegro, 524 – Parque Guajará, CEP: 66823-010 – Belém/PA  
Telefone: (91) 3202-4940

### **7.2.Imunização/SESPA**

Divisão de Imunização- DIM/DEPI  
Tv. Lomas Valentinas, 2190 – 3º andar  
CEP: 66.073 – 677  
2190 – Marco /Belém/Pará  
Fone: 4006-4836  
E-mail: [imunizacao.pa@gmail.com](mailto:imunizacao.pa@gmail.com) e [imunizacao\\_pa@yahoo.com.br](mailto:imunizacao_pa@yahoo.com.br)

### **7.3.Vigilância Epidemiológica/SESPA:**

GT-Exantemáticas/DIVEP/DEPI  
Tv. Lomas Valentinas, 2190 – 3º andar  
CEP: 66.073 – 677  
2190 – Marco /Belém/Pará  
Fone: 4006-4834

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: [exantematicas@sespa.pa.gov.br](mailto:exantematicas@sespa.pa.gov.br)





**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

E-mail: [exantematicaspa@gmail.com](mailto:exantematicaspa@gmail.com)

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. Ed. Rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v.: il.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação**. Brasília, 2024.

**GT-Exantemáticas**

**Daniele de Barros Galindo**

Médica Veterinária

**Mabel Paz da Silva**

Enfermeira

**Marilena de Jesus Araujo Rodrigues Pureza**

Odontóloga

**Adriana Pimentel Veras**

Coordenadora da Divisão de Vigilância Epidemiológica  
DIVEP/DEPI/DVS/SESPA

**Daniele Monteiro Nunes**

Diretora do Departamento de Epidemiologia  
DEPI/DVS/SESPA

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: [exantematicas@sespa.pa.gov.br](mailto:exantematicas@sespa.pa.gov.br)



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

**ANEXO 1- FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO**

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br

**Identificador de autenticação:** d97906dc-b98e-4b50-b984-a939e1950acb

**Nº do Protocolo:** 2025/2734068 **Anexo/Sequencial:** 3

**Página**10 de 20



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

República Federativa do Brasil  
 Ministério da Saúde

**SINAN**  
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO**

|   |  |   |   |   |                |
|---|--|---|---|---|----------------|
| Dados Gerais  | 1 Tipo de Notificação<br>2 - Individual  |   | 3 Data da Notificação   |   |                |
|   | 2 Agravo/doença  |   | Código (CID10)  |   |                |
|   | 4 UF   | 5 Município de Notificação                      | Código (IBGE)   |   |                |
| Notificação Individual  | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)                                   |   | 7 Data dos Primeiros Sintomas   |   |                |
|   | 8 Nome do Paciente   |   | 9 Data de Nascimento  |   |                |
|   | 10 (ou) Idade<br>1 - Hom 2 - Dia 3 - Mês 4 - Anos                                  | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante<br>1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 8 - Ignorado | 13 Raça/Cor<br>1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 8 - Ignorado |                |
| 14 Escolaridade<br>3 - 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 ginsúo ou 1º grau) 4 - 8º ano fundamental completo (antigo ginsúo ou 1º grau) 5 - 6º ano 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                         |   |   |                |
| Dados de Residência   | 16 Nome da mãe   |   | 17 UF   |   |                |
|   | 18 Município de Residência   |   | 19 Distrito   |   |                |
|   | 20 Bairro  |   | 21 Logradouro (rua, avenida, ...)   |   |                |
|   | 22 Número  |   | 23 Complemento (apto., casa, ...)   |   |                |
|   | 24 Geo campo 1   |   | 25 Geo campo 2  |   |                |
|   | 26 Ponto de Referência   |   | 27 CEP  |   |                |
|   | 28 (DDD) Telefone  |   | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado  |   |                |
| 30 País (se residente fora do Brasil)   |  |   |   |   |                |
| <b>Conclusão</b>  |  |   |   |   |                |
| Conclusão   | 31 Data da Investigação  |   | 32 Classificação Final<br>1 - Confirmado 2 - Descartado   |   |                |
|   | 33 Critério de Confirmação/Descarte<br>1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico |   | 34 O caso é autóctone do município de residência?<br>1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado  |   |                |
|   | 35 UF  |   | 36 País   |   |                |
|   | 37 Município   |   | 38 Distrito   |   | 39 Bairro      |
|   | 40 Doença Relacionada ao Trabalho<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                  |   | 41 Evolução do Caso<br>1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado                               |   |                |
|   | 42 Data do Óbito   |   | 43 Data do Encerramento   |   |                |
|   | <b>Informações complementares e observações</b>                                    |   |   |   |                |
| Observações adicionais  |  |   |   |   |                |
|   |  |   |   |   |                |
|   |  |   |   |   |                |
|   |  |   |   |   |                |
|   |  |   |   |   |                |
| Investigador  | Município/Unidade de Saúde   |   | Cód. da Unid. de Saúde  |   |                |
|   | Nome   |   | Função  |   | Assinatura     |
|   | Notificação/conclusão  |   | Sinan NET   |   | SVS 27/09/2005 |

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
 Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
 E - mail: exantematicas@sessa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

**ANEXO 2- FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO**

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br

**Identificador de autenticação:** d97906dc-b98e-4b50-b984-a939e1950acb

**Nº do Protocolo:** 2025/2734068 **Anexo/Sequencial:** 3

**Página**12 de 20



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO**

|                      |   |   |   |                                       |
|----------------------|---|---|---|---------------------------------------|
| Dados Gerais         | 1 Tipo de Notificação<br>3 - Surto  | 2 Agravado/doença   | Código (CID10)  | 3 Data da Notificação                 |
|                      | 4 UF  | 5 Município de Notificação  | Código (IBGE)   |                                       |
|                      | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  | Código  | 7 Data dos 1 <sup>os</sup> Sinais do 1 <sup>o</sup> Caso Suspeito |                                       |
| Notificação de Surto | 8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação   |   |   |                                       |
|                      | 9 Local Inicial de Ocorrência do Surto<br>1 - Residência                                  2 - Hospital / Unidade de Saúde                                  3 - Creche / Escola <input type="checkbox"/><br>4 - Asilo    5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)                                  6 - Restaurante/ Padaria (similares)<br>7 - Eventos    8 - Casos Dispersos no Bairro                                  9 - Casos Dispersos Pelo Município<br>10 - Casos Dispersos em mais de um Município                                  11 - Outros Especificar |   |   |                                       |
| Dados do Ocorrência  | 10 UF   | 11 Município de Residência  | Código (IBGE)   | 12 Distrito                           |
|                      | 13 Bairro   | 14 Logradouro (rua, avenida,...)  |   | Código                                |
|                      | 15 Número   | 16 Complemento (apto., casa, ...)   |   | 17 Geo campo 1                        |
|                      | 18 Geo campo 2  | 19 Ponto de Referência  |   | 20 CEP                                |
|                      | 21 (DDD) Telefone   | 22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado   |   | 23 País (se residente fora do Brasil) |
|                      | Observações   |   |   |                                       |
| Situação Inicial     | 24 Data da Investigação   | 25 Modo Provável da Transmissão<br>1- Direta (pessoa a pessoa)                                  2- Indireta (Veículo comum ou Vektor)                                  9- Ignorado <input type="checkbox"/> |   |                                       |
|                      | 26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável<br>1- Alimento/Água                                  2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água)                                  3- Vektor <input type="checkbox"/><br>4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.)                                  5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.)<br>6- Outro Especificar  |   |   |                                       |
| Investigador         | Município/Unidade de Saúde  |   |   | Código da Unid. de Saúde              |
|                      | Nome  | Função  | Assinatura  |                                       |
|                      | Surto   |   |   | SVS 29/05/2006                        |

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
 Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
 E - mail: exantematicas@sessa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

**ANEXO 3- PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO SINAN**

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESP  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

**PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO**

| 1 N° de notificação |                  | 2 Data de notificação |                         |          |        |  | 3 Agravo/ Doença |       |                                |                          | Código (CID10) |                     |                         |                           |
|---------------------|------------------|-----------------------|-------------------------|----------|--------|--|------------------|-------|--------------------------------|--------------------------|----------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|
| 4 UF                | 5 Município      |                       |                         |          |        | 6 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
| N° do caso          | Iniciais do caso | UF Residência         | Município de residência | Distrito | Bairro | Zona   | Sexo             | Idade | Data do início dos 1º sintomas | Ocorreu Hospitalização ? | Ocorreu Óbito? | Classificação Final | Critério de Confirmação | Diagnóstico final - CID10 |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|                     |                  |                       |                         |          |        |  |                  |       |                                |                          |                |                     |                         |                           |

**7 Delimitação Especial do Surto**

|  |                                 |                               |                                    |   |                          |
|--|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------|
| 1 - Residência                               | 2 - Hospital / Unidade de Saúde | 3 - Creche / Escola           | 4 - Asilo                          | 5 - Outras instituições (alçamento, trabalho) | <input type="checkbox"/> |
| 6 - Restaurante/ Padaria (similares)         | 7 - Eventos                     | 8 - Casas Dispersas no Bairro | 9 - Casas Dispersas Pelo Município |   |                          |
| 10 - Casos Dispersos em mais de um Município | 11 - Outros - Especificar       |                               |                                    |   |                          |

Data do Encerramento do Surto:    /    /    

**LEGENDA:**  
Zona: 1-urbana 2-rural 3-periurbana 9-ignorado   Sexo: M-masculino F-feminino 9-ignorado  
Idade: 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano   Ocorreu hospitalização: 1-Sim 2-Não 9-ignorado  
Ocorreu Óbito: 1-Sim 2-Não 9-ignorado   Classificação Final: 1-Confirmado 2-Descartado 3-Inconclusivo  
Critério de Confirmação: 1-Laboratorial 2-Clinico-Epidemiológico 3-Clinico

Planilha Surto Sinan NET SVS 09/06/2006

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESP  
 Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco/Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
 E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

**ANEXO 4 - PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE SURTO ESTADUAL**

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO

|                   |  |   |
|-------------------|--|---|
| 2                 | <b>Acompanhamento de surto de varicela/caxumba</b> |   |
| 3                 | <b>Tecnico (s) responsável (eis):</b>              |   |
| 4                 | <b>EVENTO:</b>                                     |   |
| 5                 | <b>LOCAL:</b>                                      |   |
| 6                 | <b>DESCRIÇÃO:</b>                                  |   |
| 7                 | <b>FONTE:</b>                                      |   |
| 8                 | <b>Verificação</b>                                 |   |
| 9                 | Data da Notificação a VE:                          |   |
| 0                 | nº casos de varicela/caxumba:                      |   |
| 1                 | nº casos de susceptíveis:                          |   |
| 2                 | Data do primeiro caso de varicela/caxumba:         |   |
| 3                 | Data do último caso de varicela/caxumba:           |   |
| 4                 | nº de susceptíveis:                                |   |
| 5                 | Medidas de isolamento realizadas:                  |   |
| 6                 | Medidas profiláticas realizadas:                   |   |
| 7                 | - nº de vacinas realizadas                         |   |
| 8                 | - nº de imunoglobulinas realizadas:                |   |
| 9                 | nº Internações e/ou óbitos:                        |   |
| 10                | <b>História epidemiológica progressa</b>           |   |
| 11                | Histórico vacinal dos casos de                     |   |
| 12                | <b>Ações realizadas(acompanhamento):</b>           |   |
| 13                | Data: xx/xx/xxxx                                   |   |
| 14                | Data: xx/xx/xxxx                                   |   |
| 15                | Data: xx/xx/xxxx                                   |   |
| 16                | Data: xx/xx/xxxx                                   |   |
| 17                | Status do Surto: em andamento ou encerrado         |   |
| 18                | na data X:   |   |
| 19                | <b>OBS: Enviar ficha de notificação do surto.</b>  | <b>O fluxo:</b>   |
| 20                |  | -Atualização dessa planilha semanalmente (toda quarta-feira) até o encerramento do surto e enviar para a regional e estado. |
| 21                |  | -Relatório final, deve ser encaminhado após três dias úteis do encerramento.  |
| 22                |  |   |
| 23                |  |   |
| 24                |  |   |
| 25                |  |   |
| 26                |  |   |
| Nome do Município |  | Lista de casos   Lista dos susceptíveis   +   |

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



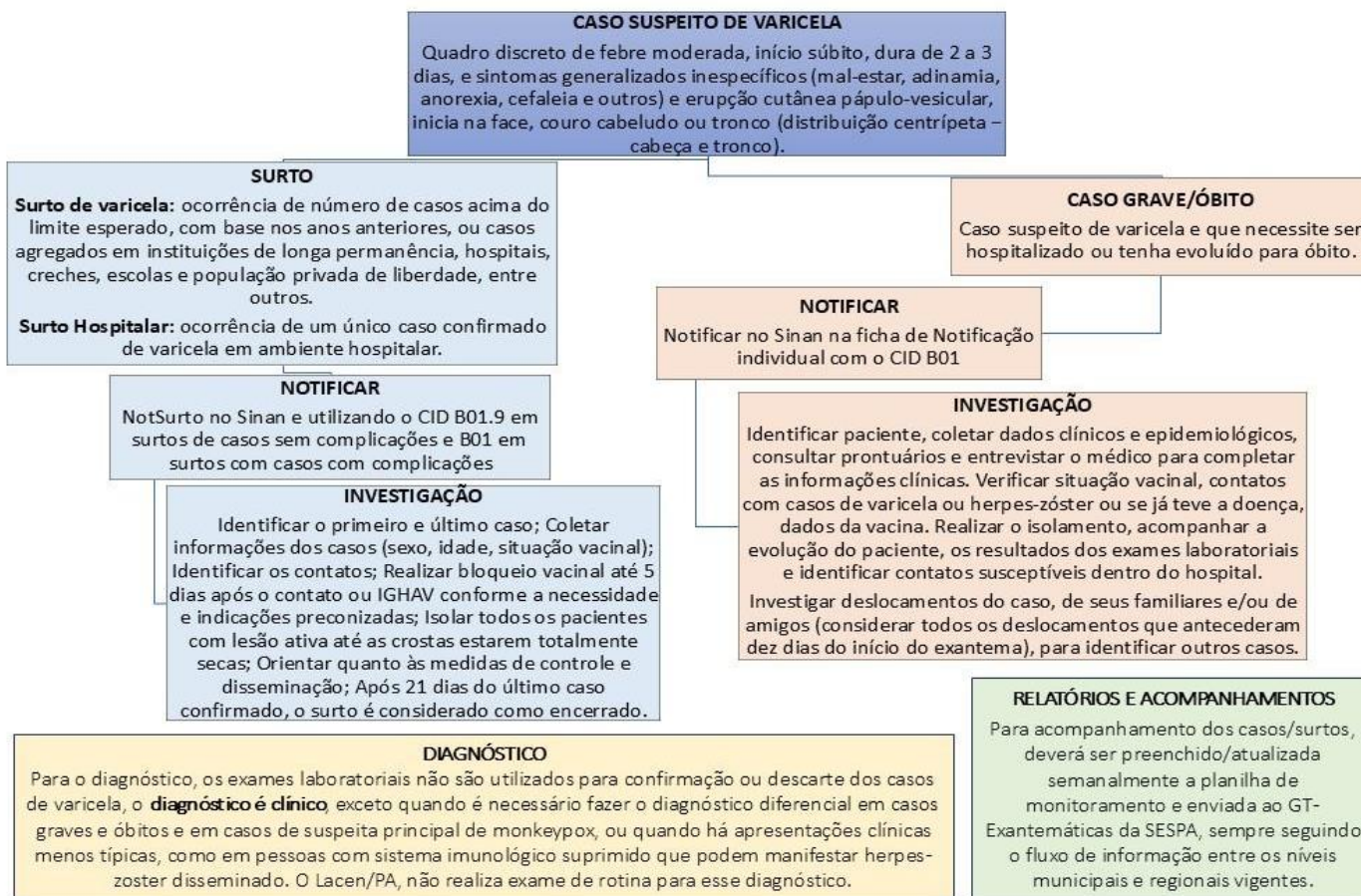
**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

**ANEXO 5- FLUXO PARA IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE VARICELA**

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO



Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco/Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO**

Link para acesso do Guia de vigilância em Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf/view>

Nota Técnica Varicela 01/2025 – DEPI / SESPA  
Tv. Lomas Valentinas – 2190 – Marco /Belém/Pará CEP: 66.073 - 677 Fone: 4006-4834  
E - mail: exantematicas@sespa.pa.gov.br

**Identificador de autenticação:** d97906dc-b98e-4b50-b984-a939e1950acb

**Nº do Protocolo:** 2025/2734068 **Anexo/Sequencial:** 3

**Página**20 de 20



## ASSINATURAS

Número do Protocolo: 2025/2734068

**Anexo/Sequencial:** 3

*Este documento foi assinado eletronicamente na forma do Art. 6º do Decreto Estadual Nº 2.176, de 12/09/2018.*

### **Assinatura(s) do Documento:**

**Assinado eletronicamente por:** Daniele Monteiro Nunes, **CPF:** \*\*\*.936.092-\*\*

**Em:** 28/05/2025 10:43:42

**Aut. Assinatura:** 8af8b201d8d6e6e1e5ba631c5e3af8ff62640b5296fde2ec25b2e33cf66b4b97

**Assinado eletronicamente por:** Adriana Pimentel Veras, **CPF:** \*\*\*.977.632-\*\*

**Em:** 31/05/2025 08:10:23

**Aut. Assinatura:** 3435de1c66de623813617677415ec59b26e9474ae90d76fdccd2e8bd35fb1455



**Identificador de autenticação:** d97906dc-b98e-4b50-b984-a939e1950acb

Confira a autenticidade deste documento em

<https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>