

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SABRINA SCHIMITH DE PAULA**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DA VARICELA PELO MÉDICO DA  
FAMÍLIA E COMUNIDADE EVITANDO RÁPIDA DISSEMINAÇÃO DA  
DOENÇA NA POPULAÇÃO SUSCEPTÍVEL**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2017**

**SABRINA SCHIMITH DE PAULA**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DA VARICELA PELO MÉDICO DA  
FAMÍLIA E COMUNIDADE EVITANDO RÁPIDA DISSEMINAÇÃO  
DA DOENÇA NA POPULAÇÃO SUSCEPTÍVEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professor(a) Ms. Zilda Cristina dos Santos

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2017**

**SABRINA SCHIMITH DE PAULA**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DA VARICELA PELO MÉDICO DA  
FAMÍLIA E COMUNIDADE EVITANDO RÁPIDA DISSEMINAÇÃO DA  
DOENÇA NA POPULAÇÃO SUSCEPTÍVEL**

**Banca examinadora**

Professor(a). Ms. Zilda Cristina dos Santos – orientadora.

Professor(a). Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 02 de junho de 2017.

## **DEDICO**

Este trabalho aos meus pais, ao meu irmão e ao meu noivo pelo incentivo e apoio constante.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar e capacitar até aqui.

Agradeço aos meus pais, irmão e meu noivo pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Agradeço aos meus amigos que torceram por mim.

Agradeço à minha equipe da ESF que me ajudou muito na coleta de dados e dispôs tempo para que esse trabalho desse certo.

Agradeço a minha orientadora pela paciência e dedicação em me ajudar a concluir este trabalho.

## RESUMO

Varicela (ou catapora) é uma doença infecciosa aguda, altamente contagiosa, causada pelo vírus varicela-zoster. É uma das enfermidades mais comuns da infância, mas tem apresentado evolução benigna e alta redução nos locais onde a vacina foi introduzida. Em crianças, geralmente, é uma doença autolimitada. Em adolescentes e adultos, em geral, o quadro clínico é mais exuberante. O objetivo deste trabalho é elaborar um plano de intervenção com caráter de urgência para os usuários da Estratégia Saúde da Família Prata, no intuito de reduzir a disseminação da varicela na população susceptível e evitar maiores agravos nos acometidos, como complicações e morte em pacientes de alto risco. Como metodologia foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, documentos do Ministério da Saúde, além da busca bibliográfica de periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores Varicela, vigilância em saúde, prevenção secundária. Com o projeto de intervenção foram realizadas notificação e internação de casos complicados, além da identificação de contatos suscetíveis com risco de desenvolver casos graves da doença. Espera-se a partir deste projeto levar informações a população para reduzir os números de casos e suas complicações. Enfim, a varicela é uma doença de impacto sócio econômico na saúde pública e por isso deve ser abordada na atenção primária.

**Palavras-chave:** Varicela. Vigilância em saúde. Prevenção secundária.

## ABSTRACT

Chickenpox (or chicken pox) is an acute, highly contagious infectious disease caused by the varicella-zoster virus. It is one of the most common diseases of childhood, but has presented benign evolution and high reduction in the places where the vaccine was introduced. In children, it is usually a self-limiting illness. In adolescents and adults, in general, the clinical picture is more exuberant. The objective of this study is to elaborate an urgent intervention plan for Family Health Strategy Prata users in order to reduce the spread of varicella in the susceptible population and to avoid further complications in patients, such as complications and death in high risk patients. As a methodology was used the Situational Strategic Planning, documents of the Ministry of Health, in addition to the bibliographical search of indexed journals in the Virtual Health Library with the descriptors Varicela, health surveillance, secondary prevention. The intervention project involved the notification and hospitalization of complicated cases, as well as the identification of susceptible contacts at risk of developing severe cases of the disease. It is hoped from this project to take information to the population to reduce the numbers of cases and their complications. Finally, chickenpox is a disease that has a socioeconomic impact on public health and should be addressed in primary care.

**Keywords:** Chickenpox. Public health surveillance. Secondary prevention.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MG	Minas Gerais
PES	Planejamento Estratégico Situacional



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	População total, por gênero, rural/urbana Lajinha/MG	12
Figura 1	Localização geográfica do município de Lajinha	13
Quadro 2	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – Lajinha/MG	14
Quadro 3	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde , Unidade Básica de Saúde Prata município de Lajinha, estado de MG	17
Quadro 4	Descritores do problema priorizado	25
Quadro 5	Operações sobre o nó crítico “nível de informação dos usuários” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha/MG	28
Quadro 6	Operações sobre o nó crítico “Não procura à assistência médica” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha/MG	29
Quadro 7	Operações sobre o nó crítico “Ausência de medida profilática 100% eficaz” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha/MG	30
Quadro 8	Operações sobre o nó crítico “Não isolamento dos casos” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha/MG	31
Quadro 9	Quadro 9 – Operações sobre o nó crítico “Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha/MG	32

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>21</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre a doença**

Varicela (ou catapora) é uma doença infecciosa aguda, altamente contagiosa, causada pelo vírus varicela-zoster. É uma das enfermidades mais comuns da infância, mas tem apresentado evolução benigna e alta redução nos locais onde a vacina foi introduzida. Em crianças, geralmente, é uma doença autolimitada. Em adolescentes e adultos, em geral, o quadro clínico é mais exuberante. A transmissão ocorre pessoa a pessoa, através de contato direto ou pelo ar e, raramente, pelo contato com lesões de pele. Indiretamente é transmitida por meio de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados. Por isso, alguns cuidados são recomendados para evitar surtos da doença (BELO HORIZONTE, 2015).

A varicela é doença de notificação compulsória em Minas Gerais. Casos suspeitos e surtos em ambientes restritos como creches, escolas e hospitais devem ser devidamente notificados e registrados no Boletim de Notificação de Surtos do SINANNET, no sentido da investigação e adoção das medidas de controle pertinentes, inclusive também os casos internados e óbitos (MINAS GERAIS, 2011, p.11).

Na capital de Minas Gerais, Belo Horizonte, foram notificados 33.773 casos de varicela entre os anos de 2007-2014. Destaca-se que em 2010 foram notificados 7.576 casos e em 2014, 1.241 casos. Deste quantitativo, 1.031 casos de varicela eram de moradores de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2015).

Em Lajinha, interior de Minas Gerais, ocorreu um surto de varicela entre os meses de julho a outubro de 2016 gerando alto custo socioeconômico para o sistema de saúde, não apenas relacionado às complicações e às manifestações da doença, mas também devido aos aspectos sociais envolvidos como: afastamento escolar e necessidade de afastamento do trabalho dos pais para cuidados domiciliares dos filhos que adquiriram varicela.

### **1.2 Breves informações sobre o município de Lajinha**

Lajinha é uma cidade com 20.281 habitantes conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2016 (IBGE, 2015). Está inserida na região geomorfológica da Serra do Caparaó, distante 349 km da capital do Estado. O centro do município, em linha reta, dista 35 km do Pico da Bandeira, terceira montanha mais alta do Brasil. O quadro 1 apresenta o total da população por gênero e por área urbana e rural em 2010.

Quadro 1 – População total, por gênero, rural/urbana Lajinha/MG

<b>População</b>	<b>População (2010)</b>	<b>% do Total (2010)</b>
<b>População total</b>	19.609	100,00
<b>Homens</b>	9.828	50,12
<b>Mulheres</b>	9.781	49,88
<b>Urbana</b>	12.250	62,47
<b>Rural</b>	7.359	37,53

Fonte: Atlas Brasil, 2013.

Os dados do Quadro 1 mostram que a população masculina era um pouco maior do que a feminina em 2010 e a população residente na zona urbana maior do que a rural.

O município teve como núcleo inicial a antiga fazenda São Domingos, de propriedade de Francisco Tomás de Aquino Leite Ribeiro - o Comendador Leite. Em 1882, o fazendeiro deu início ao patrimônio que, legado aos descendentes, veio mais tarde a formar a cidade de Lajinha. Após a morte do comendador e em decorrência da abolição da escravatura, a fazenda esteve em estado de abandono. Nos primeiros anos deste século, restava apenas uma cultura de café sem tratos. Segundo a tradição, foi Francisco Mateus Laranja quem dirigiu os trabalhos de derrubada da mata aonde viria a crescer o povoado. Em 1910, o desbravador, junto com José Lucas de Barros, recebeu de Antônio Pedro Garcia, genro do Comendador Leite, um alqueire de terra onde foi erguida uma capela em honra a Nossa Senhora de Nazaré (IBGE, 2016).

Em 1916, a sede do distrito de Santana do José Pedro - atual Santana do Manhuaçu - foi transferida para a povoação do Lajinha do Chalé. A redução do nome para Lajinha deu-se em 1929. Passou a município em 1938, desmembrando-se de Ipanema.

Passou a município em 1938, pelo Decreto-Lei Estadual nº 148, com a denominação de Lajinha, desmembrando-se de Ipanema. Pela Lei nº 757, é criado o distrito de Prata de Lajinha e anexado ao município de Lajinha. Em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído de dois distritos: Lajinha e Prata de Lajinha. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007 (IBGE, 2016).

Na figura 1 está apresentada a localização geográfica do município de Lajinha.

Figura 1 – Localização geográfica do município de Lajinha



Fonte: Atlas Brasil, 2013.

Hoje a cidade vive basicamente da agricultura (cultivo de café) e comércio. Lajinha sempre teve uma tradição forte na área cultural, que movimenta a região com a Expoal (festa de rodeio e exposição agrícola municipal) em comemoração ao aniversário da cidade, para a qual vêm artistas nacionalmente consagrados.

Uma curiosidade é que o município comemora seu aniversário dia 22 do mês de junho, porém a emancipação política do município se deu em 17 de dezembro de 1938 e para comemorar foi instalada uma comissão organizadora das festas. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Lajinha era 0,661, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,810, seguida de Renda, com índice de 0,659, e de Educação, com índice de 0,541 (quadro 2) (ATLAS BRASIL, 2013).

Quadro 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – Lajinha/MG

IDHM e componentes	1991	2000	2010
<b>IDHM Educação</b>	0,155	0,336	0,541
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	14,93	22,52	36,02
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	23,81	49,76	95,07
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	23,92	51,81	86,02
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	10,77	40,18	53,96
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	4,72	22,17	30,22
<b>IDHM Longevidade</b>	0,678	0,712	0,810
Esperança de vida ao nascer (em anos)	65,65	67,71	73,60
<b>IDHM Renda</b>	0,529	0,604	0,659
Renda per capita (em R\$)	215,71	342,75	482,87

Fonte: Atlas Brasil, 2013.

### 1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de Lajinha é composto pelos seguintes níveis de atenção:

- **Atenção Primária:** há 14 anos o município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a reorganização da Atenção Básica. Hoje, esta é composta por seis equipes de saúde da família e três pontos de apoio às zonas rurais.
- **Atenção Especializada:** é ofertada na Policlínica da cidade, porém contando com poucas especialidades, como ginecologia-obstetrícia, ortopedia e cardiologia. As demais especialidades são encaminhadas para os municípios vizinhos como Manhuaçu, Muriaé, Simonésia e Belo Horizonte.
- **Atenção de Urgência e Emergência:** possui um Pronto Atendimento de urgência e emergência, porém com poucos recursos, tanto de estrutura quanto de equipamentos e medicações.
- **Atenção Hospitalar:** possui um hospital que pertence à iniciativa privada e capta a maioria da demanda do próprio município, com estrutura para internação apenas para casos de baixa complexidade. O hospital funciona praticamente como maternidade, uma vez que a equipe médica é quase que totalmente composta por obstetras.
- **Apoio Diagnóstico:** na área de diagnóstico por imagem de média e alta complexidade como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, duplex *scan* de membros inferiores, entre outros, são encaminhados para cidades vizinhas.

- Assistência Farmacêutica: conta com o programa “Farmácia de Todos” do Governo de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Minas Gerais (SES-MG), criado para garantir a Assistência Farmacêutica em MG. Por meio dele os medicamentos do SUS chegam aos mineiros.
- Consórcio de Saúde: há o consórcio de saúde intermunicipal da região do entorno do Caparaó (CIS-Caparaó). O Consórcio Intermunicipal de Saúde é uma associação entre onze municípios, visando assegurar ações e serviços de saúde à população, que sozinhos seria difícil de oferecerem aos seus moradores. Cada município participa com um repasse mensal ao CIS que direciona para atendimentos, principalmente em exames e consultas especializadas. Ele abrange cerca de 110 mil habitantes.
- O Conselho Municipal de Saúde possui como componentes usuários e profissionais do sistema público de saúde, além de representantes do governo local. Fazem reuniões regulares, toda última segunda-feira do mês.

#### **1.4 A Equipe de Saúde da Família Prata, seu território e sua população**

Prata de Lajinha é um distrito de cerca de 3.400 habitantes, localizado a 19 km do município de Lajinha (sede). Neste distrito está inserida a ESF Prata de Lajinha com 3.176 usuários cadastrados, dividida em oito micro áreas, contando com uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e oito agentes comunitárias de saúde.

A população da Prata de Lajinha hoje vive basicamente do cultivo de café e pecuária com produção e venda de leite. Por ser um distrito bem populoso, possui um centro comercial desenvolvido e uma extensa área urbanizada. A estrutura de saneamento básico, quanto a esgotamento sanitário, a maioria da população (53%) conta com a rede pública de esgoto, 32% o destino é a céu aberto e 15% contam com a fossa séptica, sendo estas duas últimas porcentagens responsáveis pela zona rural, uma vez que a zona urbana conta 100% com o sistema público de destino dos dejetos. Em relação ao destino do lixo, 62 % são coletados pela rede pública, 31% são enterrados ou queimados e 7% despejado a céu aberto, da mesma forma que o esgotamento sanitário o destino do lixo na zona rural é 100% coletado, ficando os demais destinos para a zona rural. O abastecimento de água se equilibra entre a rede pública e poço ou nascente, sendo estes dois últimos uma forte realidade da população rural.

A Unidade de Saúde da Equipe Prata de Lajinha foi inaugurada há cerca de 20 anos, porém ainda não como ESF. Durante 16 anos a unidade situava-se na rua principal, no centro do distrito, era uma casa alugada adaptada para ser um ponto de apoio à saúde, no entanto, há quatro anos fizeram uma construção totalmente voltada para ser uma Unidade de Saúde da Família, com ótimo aproveitamento do espaço físico. O que gera certa insatisfação de usuários e profissionais de saúde é a grande procura pelo atendimento médico de demanda espontânea, dificultando a organização da agenda. A equipe de saúde da família da ESF Prata organiza a agenda por turno, sendo reservada no turno da manhã 65% da agenda para demanda programada e 35% para demanda espontânea. À tarde, 75% da agenda correspondem à demanda programada e os 25% restantes à demanda espontânea, sem haver uma classificação de risco.

### **1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Os principais problemas identificados na área de abrangência da ESF são: ações realizadas pela equipe de saúde muitas vezes centrada na doença, no seu diagnóstico e tratamento das suas condições agudas, deixando de lado estratégias de prevenção, promoção e recuperação em saúde; demora nos encaminhamentos para serviços especializados; no âmbito de vigilância epidemiológica há demora na intervenção nos casos de surto de doenças infectocontagiosas, sofrendo assim consequentemente rápida disseminação e maior incidência de complicações das doenças, como foi o caso da varicela; baixa adesão dos pacientes ao grupo HiperDia; falta de investimento em segurança pública, havendo na comunidade alto índice de homicídio e casos de adolescentes envolvidos com o uso e tráfico de drogas ilícitas; Risco cardiovascular aumentado com base nas doenças prevalentes na comunidade como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e nos hábitos de vida como tabagismo.

### **1.6 Priorização dos problemas (segundo passo)**

O quadro 3 apresenta a priorização dos problemas identificados na comunidade na área de abrangência da ESF

Quadro 3 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Prata, município de Lajinha, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de	Seleção/
-----------	--------------	------------	---------------	----------



			enfrentamento***	Priorização****
Rápida disseminação de varicela	Alta	10	Parcial	1
Baixa adesão ao grupo HiperDia	Alta	7	Parcial	2
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	2
Violência	Alta	6	Parcial	3

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Fonte: Autoria própria (2016)

Durante o surto de varicela, iniciado no mês de julho de 2016 na população de abrangência da ESF, foi o período com maior desorganização da agenda, pois a divisão do número de atendimentos entre a demanda agendada e espontânea foi na maioria dos dias invertida, havendo um número excedente de urgências, principalmente por não ser realizada de forma adequada à prática de acolhimento, selecionando os casos com real necessidade de atendimento imediato e agendando dos demais casos.

A varicela pode ter evolução grave e rápida disseminação quando medidas de controle da doença e proteção da população não são feitas de forma eficazes, dessa forma todas as pessoas que apresentam sintomas compatíveis com a doença devem ser avaliadas por um médico o mais rápido possível. Esse profissional irá intervir com as medidas terapêuticas necessárias, avaliar se há risco de complicações da doença, orientar quanto aos sinais de alerta de uma evolução grave, fornecer atestado médico para afastamento dos acometidos do ambiente escolar ou do trabalho diminuindo o risco de transmissão para os susceptíveis.

Entretanto, é fundamental detectar o surto em sua fase inicial para evitar maiores problemas à população, tornando-se importante elaborar um plano de intervenção para controle do surto e maior assistência médica aos usuários.

## 2 JUSTIFICATIVA

A importância do presente trabalho é diagnosticar o mais precocemente possível a varicela, tratar e orientar o isolamento dos pacientes acometidos no intuito de impedir a rápida disseminação da doença, evitando a ocorrência de casos graves em pacientes de alto risco. Além disso, preparar a equipe para eventuais surtos no futuro de outras doenças infectocontagiosas ou até mesmo de varicela, traçando assim um perfil epidemiológico da doença.

Em 2013, o Brasil registrou o maior número de casos e internações por catapora. Como a maior parte não é notificada os números são ainda maiores. No período de 2000 a 2013, foram notificados 7.113 casos de varicela, 3.244 casos de internações e 1.503 mortes decorrentes de catapora, sendo estas a maior parte em crianças de um a quatro anos de idade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 41),

[...] embora o maior número absoluto de hospitalizações seja observado entre crianças, grupo em que se espera o maior número de casos da doença, proporcionalmente, os adultos, apresenta maior risco de evoluir com complicações, hospitalização e óbito. A taxa de letalidade entre os casos hospitalizados aumenta com a idade, chegando a 4,6% na faixa etária de 50 anos ou mais e 2,6% na faixa etária de 15 a 49 anos.

Nesse sentido, este trabalho é justificado pelo fato de a varicela gerar alto custo socioeconômico para o sistema de saúde, incluindo despesas médicas, como consultas, uso de terapêutica sintomática ou antiviral, hospitalizações devido a complicações e, principalmente, o ônus financeiro relacionado ao absenteísmo dos responsáveis pela criança doente, que necessita ser afastada da escola ou da creche e cuidada em nível domiciliar por um período de cinco a sete dias, como ocorrido durante o surto em Lajinha.

### 3 OBJETIVOS

**Objetivo geral:**

Elaborar um plano de intervenção para os usuários da ESF Prata no intuito de reduzir a disseminação da varicela na população susceptível e evitar maiores agravos nos acometidos.

**Objetivos específicos:**

- Diagnosticar precocemente a varicela em pacientes que procuram o atendimento médico na ESF.
- Realizar uma busca ativa na população dos casos não diagnosticados ou daqueles orientados somente por vizinhos e que estão sem assistência médica.
- Garantir assistência médica aos acometidos e fazer isolamento dos mesmos visando impedir a disseminação da doença.
- Identificar os pacientes que possuem maior risco de desenvolver complicações da doença e hospitalizar os casos graves.
- Estabelecer medidas de controle do surto e notificar os casos no SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação).
- Contatar o setor epidemiológico para fornecimento de mais vacinas para vacinação dos indivíduos sob risco de desenvolver formas graves, de acordo com as orientações pertinentes a imunização.

#### 4 METODOLOGIA

Para realização do presente trabalho, foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que permitiu o planejamento e incorporação dos pontos de vista da equipe de saúde da família, comunidade e autoridades locais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada pesquisa bibliográfica narrativa baseada no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, site do IBGE, e periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores “Varicela”, “vigilância em saúde”, “prevenção secundária”.

Após a revisão de literatura foi iniciado por toda a equipe o trabalho de intervenção de acordo com cronograma previamente estabelecido e seguindo Planejamento Estratégico compatível com a realidade e necessidades dos usuários. A equipe de saúde da família atendeu todos os casos suspeitos de varicela que procuraram atendimento na ESF Prata de Lajinha durante o período de surto.

Os pacientes foram submetidos à consulta médica onde se interrogou sobre condições que podem aumentar a chance de evolução grave da doença, posteriormente foram submetidos ao exame físico para confirmação da suspeita diagnóstica, orientados verbalmente e através de folhetos educativos sobre medidas de controle e proteção da população. Os pacientes diagnosticados foram encaminhados para a sala da enfermeira para notificação dos casos.

Para realização da busca ativa dos casos na comunidade foi organizada uma capacitação das agentes comunitárias para que as mesmas conseguissem orientar os casos suspeitos a procurarem assistência médica e fornecer informações básicas de como evitar o contágio da infecção. Foram realizadas palestras nas escolas e reuniões com os pais e professores para alertá-los sobre os primeiros sintomas da doença e sobre a necessidade de afastamento dos casos suspeitos, encaminhando todos eles para a ESF o mais rápido possível, para que as demais medidas fossem tomadas.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A varicela é uma infecção aguda, altamente contagiosa, causada pelo vírus varicela-zoster. É uma doença sazonal, que ocorre geralmente no outono coincidindo com a chegada das crianças susceptíveis às aulas, bastando o contato com uma criança infectada para iniciar a epidemia. A doença tem como principal característica clínica o polimorfismo das lesões cutâneas que se apresentam em diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido. Geralmente é caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculo-papular que após algumas horas torna-se vesicular, evolui para pústulas e em 3 a 4 dias formam-se crostas (BELO HORIZONTE, 2015).

A varicela é mais comum na infância acometendo crianças, geralmente de forma benigna, na faixa etária entre um e dez anos, porém pode ocorrer em pessoas susceptíveis, as não imunes à doença, em qualquer idade (BRASIL, 2015). Contudo, a doença pode ter evolução grave em recém-nascidos prematuros ou não, gestantes, adolescentes e adultos, principalmente em pacientes imunocomprometidos (BELO HORIZONTE, 2015).

A varicela é altamente transmissível, podendo ser de pessoa a pessoa, através de contato direto ou de secreções respiratórias. Indiretamente pode ser transmitida através de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados. É ainda transmitida através da placenta em gestantes contaminadas (CARTINEIRAS; PEDRO; MARTINS, 2014). Assim cerca de 90 % dos contactantes domiciliares, susceptíveis, de uma pessoa com varicela podem adquirir a doença. O período de transmissão varia de um a dois dias antes da erupção até cinco dias após o surgimento das primeiras vesículas, quando todas as lesões se transformarem em crostas não ocorre mais o risco de transmissão (BRASIL, 2015). Assim não é recomendado o contato com crianças contaminadas, mas a transmissão pode ocorrer antes que a doença comece a se manifestar.

A doença pode ocorrer em qualquer época do ano, mas tem maior incidência de surtos no período entre final do inverno até a primavera (agosto a novembro). No Brasil a varicela não é uma doença de notificação compulsória, porém os surtos devem ser notificados às secretarias municipais e estaduais de saúde, também casos graves e óbitos devem ser notificados (ANJOS *et al.*, 2009). As complicações da varicela, mais comum em adultos e imunocomprometidos, são: pneumonia primária, infecção secundária da pele, encefalite ou meningite e glomerulonefrite. A síndrome de Reye também é uma complicação, ocorre geralmente em crianças e adolescentes que fazem uso de ácido acetilsalicílico (AAS) durante a fase aguda ocasionando um quadro neurológico de rápida progressão e disfunção hepática

(BRASIL, 2015). E ainda tem a Síndrome da varicela congênita que pode ocorrer quando uma gestante é infectada pelo vírus geralmente no 1º e 2º trimestres de gestação (CARTINEIRAS; PEDRO; MARTINS, 2014)

No Brasil, como a varicela não é doença de notificação compulsória seus dados epidemiológicos restringem-se à comunicação de surtos em escolas e creches, além de informações do DATASUS (Ministério da Saúde) alimentado pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o DATASUS, o número de internações hospitalares por varicela no Brasil tem variado entre 4.200 a 7.800 casos por ano, mas isso representa apenas as internações na rede pública de saúde (HIROSE *et al.*, 2016).

Em Belo Horizonte, um levantamento feito entre 2003 e 2005 no Hospital Infantil João Paulo II, considerado referência em infectologia pediátrica no Estado de Minas Gerais, registrou 3.800 casos de crianças com varicela (o nome técnico da catapora). Destas, 937 (cerca de 25%) foram internadas por complicações da doença. Segundo uma pediatra, que participou da pesquisa, 85% das crianças internadas não tinham doenças prévias, como as auto-imunes ou câncer, que são responsáveis por complicações de viroses. Outro levantamento, feito entre 2006 e 2007 no Hospital das Clínicas da USP (Universidade de São Paulo) de Ribeirão Preto, mostrou que a varicela foi responsável por cerca de 11% das internações no setor de isolamento pediátrico do hospital (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2014).

O número de casos e óbitos pela varicela pode sofrer redução com a utilização da vacina que está indicada para todas as crianças acima de um ano de idade, adolescentes e adultos susceptíveis, que não tiverem contra-indicação da vacina. As pessoas que têm, simultaneamente, maiores riscos de evolução grave e não podem receber a vacina (gestantes, prematuros, recém-nascidos de mães que tiveram varicela 5 dias antes até 2 dias depois do parto e imunodeficientes), indica-se o uso de imunoglobulina até 96 horas da exposição (BRASIL, 2015).

A vacina contra varicela, para utilização em surtos, está disponível apenas para bloqueio em ambiente hospitalar. Para controle em creches (públicas ou privadas) e outros tipos de surtos, a liberação para crianças menores de 6 anos deverá ser avaliada em conjunto com a Coordenadoria de Imunização. Considerando que a varicela em crianças que frequentam creches pode ser mais grave, a vacina contra varicela está indicada a partir da ocorrência do primeiro caso, no período máximo de até 4 semanas do último caso. Serão

englobadas as crianças na faixa etária de 9 meses a 5 anos, 11 meses e 29 dias, suscetíveis para varicela (MINAS GERAIS, 2011).

Apesar de ser possível prevenir a doença pela vacinação, as crianças vacinadas também podem desenvolver a doença, pois elas não estão totalmente protegidas contra o vírus, mas o risco associado é muito menor comparado à criança que não foi vacinada. A vacina não evita o desenvolvimento da doença, mas garante um menor número de lesões e diminuem a probabilidade de desenvolver complicações associadas à varicela e previnem o desenvolvimento da doença por grupos etários susceptíveis mais velhos, onde o risco é maior (SOCIEDADE DE INFECCIOLOGIA PEDIÁTRICA / SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a imunização de rotina contra varicela na infância seja considerada em países onde a doença apresente um importante problema de saúde pública e socioeconômico, nos quais a taxa de cobertura vacinal para outros agravos seja elevada e sua manutenção possa ser alcançada.

Frente a isso,

“A varicela é uma doença que sofreu uma profunda mudança de imagem. Considerada anos atrás uma doença benigna da infância, incômodo pelo qual todas as crianças deveriam passar mais cedo ou mais tarde, hoje é vista como um sério problema que pode levar a complicações graves e até causar óbito” (SAO PAULO 2003, p.817).

Dessa forma será apresentada a proposta de intervenção para o controle da disseminação de varicela em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família na comunidade Prata de Lajinha.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Rápida disseminação de varicela”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.)

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Para descrição do problema priorizado, a equipe da ESF utilizou dados que foram produzidos por ela mesma. Foram selecionados indicadores que interferem diretamente na ocorrência do surto e as ações da equipe no intuito de estabelecer medidas de controle do mesmo, também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Para facilitar o processo de descrição, a Equipe de Saúde da Prata utilizou as informações dadas a seguir :

Quadro 4: Descritores do problema priorizado. 2016

<b>Descritores</b>	<b>Valores aproximados</b>	<b>Fontes</b>
Casos suspeitos	75	Registro da equipe
Casos confirmados	60	Registro da equipe
Casos com assistência médica	60	Registro da equipe
Casos orientados somente por vizinhos	15	Registro da equipe
Faixa etária atingida	6 meses a 42 anos	Registro da equipe
Número de casos notificados	40	Registro da equipe
Casos complicados	10	Registro da equipe
Pacientes que retornaram a consulta	10	Registro da equipe
População de risco de contágio	Pacientes susceptíveis que mantiveram contato com pacientes acometidos	Literatura
Casos enviados para internação hospital	01	Registro da equipe



## **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

Para explicar o problema deve-se buscar qual a gênese dele a partir da identificação das suas causas. Dessa forma foram identificados os determinantes mais gerais (modelo de desenvolvimento econômico e social, políticas públicas) e determinantes mais imediatos (hábitos e estilos de vida, nível de informação da população).

O modelo de desenvolvimento econômico e social determinam as políticas públicas que influenciam:

- No modelo assistencial em saúde: ausência de um protocolo de atendimento, pouca capacitação da equipe frente à situação de surto da doença, visto que há falha na educação continuada dos profissionais de saúde do município.
- Nas condições de vida da população: Hábitos e estilo de vida, condições de habitação da comunidade que podem facilitar a transmissão da doença em caso de aglomeração e hábitos de higiene precários. Dentro dos hábitos de vida encontra-se como exemplo o alcoolismo que aumenta a chance de imunossupressão e conseqüente maior risco de complicação da varicela nos acometidos.
- No nível de informação da população: a comunidade não é informada sobre os riscos e agravos da doença, e não possui entendimento quanto da necessidade de isolamento dos casos.

Esses pontos se relacionam com o aumento da disseminação da doença e maior incidência de complicações que podem levar a infecção secundária da pele, encefalite, meningite, glomerulonefrite e Síndrome de Reye. Estas complicações geram conseqüências dentro da comunidade como aumento da mortalidade, sequelas neurológicas, invalidez e cicatrizes cutâneas.

## **6.5 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

A Equipe Prata selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Vejamos quais foram os problemas considerados “nós críticos” pela Equipe:

- Nível de informação deficitário;
- Não procura à assistência médica;
- Ausência de medida profilática 100% eficaz;
- Não isolamento dos casos;

- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema;

A Equipe propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução. Os quadros apresentados a seguir facilitam uma visualização mais geral do problema e também o seu monitoramento.

### 6.6 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “nível de informação dos usuários e equipe de saúde” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	Nível de informação deficitário
<b>Operação</b> (operações)	Aumentar o nível de informação da população e da equipe sobre a doença
<b>Projeto</b>	<b>Saber +</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir a transmissão da doença na população susceptível
<b>Produtos esperados</b>	Campanha educativa, palestras nas escolas, propaganda em rádio local.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: equipe de saúde informada sobre a doença. Político: articulação intersetorial (parceria com setor educação, empresas), apoio da coordenação da atenção básica. Financeiro: recursos publicitários como folhetos educativos, cartazes informativos. Organizacional: intersetorial (comunicação entre a escola e a equipe de saúde).
<b>Recursos críticos</b>	Político: conseguir propaganda na rádio local, articulação com a secretaria municipal de educação. Financeiro: recursos publicitários como folhetos educativos, cartazes informativos. Organizacional: intersetorial (comunicação entre a escola e a equipe de saúde). Cognitivo: capacitação da equipe
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Setor de comunicação social. Secretário de saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Realizar palestras nas escolas, campanhas educativas com folhetos e

	cartazes, transmitir propaganda na rádio.
<b>Prazo</b>	Início em duas semanas e término em uma semana
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Dois ACS, enfermeiro e médico da equipe.

Fonte: Aatoria própria (2016)

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico “Não procura à assistência médica” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 2</b>	Não procura à assistência médica
<b>Operação (operações)</b>	Busca ativa de casos suspeitos
<b>Projeto</b>	<b>Buscar e cuidar</b>
<b>Resultados esperados</b>	Maior suporte à população, menor incidência de casos graves, maior assistência médica.
<b>Produtos esperados</b>	Capacitação da equipe e da população.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: elaboração de estratégias intervencionistas eficazes.  Financeiros: cursos oferecidos à equipe de saúde sobre doenças infectocontagiosas.  Organizacional: mobilização da equipe, principalmente das agentes comunitárias que irão buscar os pacientes na comunidade.
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: mobilização da equipe, principalmente das agentes comunitárias que irão buscar os pacientes na comunidade.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Enfermeira da ESF
<b>Ações estratégicas</b>	Cartazes e convites para a população em pontos estratégicos na comunidade.
<b>Prazo</b>	Caráter de urgência. Uma semana para cada 30 famílias
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	ACS

Fonte: Aatoria própria (2016)

Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico “Ausência de medida profilática 100% eficaz” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 3</b>	Ausência de medida Profilática 100% eficaz
<b>Operação</b> (operações)	Estabelecer medidas de controle da doença
<b>Projeto</b>	<b>Atender melhor</b>
<b>Resultados esperados</b>	Maior controle da doença e de suas complicações
<b>Produtos esperados</b>	Implantação de Protocolos de atendimento, vacinação dos susceptíveis, afastamento das escolas e trabalho.
<b>Recursos necessários</b>	Financeiros: aquisição de mais materiais para vacinação. Político: articulação entre a equipe de saúde e o setor epidemiológico Organizacional: articulação intersetorial (com escolas e empresas).
<b>Recursos críticos</b>	Financeiros: aquisição de mais vacinas e materiais. Político: articulação intersetorial. Organizacional: articulação intersetorial.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria de Saúde. Vigilância epidemiológica (GRS – Gerência Regional de saúde).
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar projeto para implantação de protocolo de atendimento.
<b>Prazo</b>	Dois semanas.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira da equipe e responsável pelo setor epidemiológico.

Fonte: Autoria própria (2016)

Quadro 8 – Operações sobre o nó crítico “Não isolamento dos casos” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 4</b>	Não isolamento dos casos
<b>Operação</b> (operações)	Contatar as autoridades escolares, empresas, para qualquer suspeita diagnóstica procurar assistência médica.
<b>Projeto</b>	<b>Prevenir +</b>
<b>Resultados</b>	Isolamento dos casos confirmados, diminuindo transmissão e rápida

<b>esperados</b>	disseminação da doença
<b>Produtos esperados</b>	Informativos escritos às escolas e empresas. Atestado médico aos acometidos
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: articulação intersetorial. Cognitivo: material para elaboração de informativos
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: articulação intersetorial. Cognitivo: capacidade de assimilar as informações obtidas.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria Municipal de Educação. Ação social e educação da população
<b>Ações estratégicas</b>	Elaborar projeto com linguagem de fácil assimilação para apresentar para a população. Discutir proposta em reunião nas escolas e empresas e pedir apoio das associações.
<b>Prazo</b>	Uma semana
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médica e enfermeira da unidade

Fonte: Autoria própria (2016)

Quadro 9 – Operações sobre o nó crítico “Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema” relacionado ao problema “rápida disseminação de varicela”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Prata, do município Lajinha, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 5</b>	Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.
<b>Operação (operações)</b>	Aumentar o conhecimento da equipe sobre a doença, maior participação do setor epidemiológico.
<b>Projeto</b>	<b>Participar +</b>
<b>Resultados esperados</b>	Maior cobertura da população susceptível e acometida.
<b>Produtos esperados</b>	Maior cuidado e assistência à população, recursos humanos capacitados, normas e regulamentos implantados.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: elaboração de projeto de cuidado emergencial de surto. Político: maior articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: elaboração de cuidado emergencial em caso de surto. Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Setor epidemiológico + GRS. Secretário de saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Discutir proposta em reunião na secretaria para capacitação da equipe e maior integração com a vigilância epidemiológica.
<b>Prazo</b>	Início em um mês.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Coordenadora da Atenção Básica e enfermeira da equipe.

Fonte: Autoria própria (2016)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser considerada uma doença benigna da infância pela maioria da população, a varicela é uma infecção viral com um risco considerável de complicações e causa de um número alto de internações. Devido a isso, todos os casos de varicela complicada devem ser notificados e investigados. É essencial o esforço que a vigilância epidemiológica tem em relação às notificações para detectar os focos e mobilizar os profissionais habilitados para fazer o bloqueio e manter a integridade e segurança em saúde do município.

Durante o surto de varicela vivenciado pela equipe de ESF Prata, infelizmente houve uma subnotificação dos casos de varicela e pouca atenção da vigilância epidemiológica, uma vez que esta não avaliou de forma eficaz a necessidade de realizar o bloqueio em creches e escolas, não o fazendo, facilitando assim a disseminação e conseqüentemente o aumento do número de casos. Para tanto se devem estabelecer metas e campanhas no calendário nacional, para tal feito e assim ter controle mais eficaz, do vírus em todo o país

Conclui-se que o controle do surto de varicela depende do compromisso mútuo entre a equipe de saúde e usuários. A equipe deve se esforçar para se atualizar sobre a doença, possuindo papel disseminador de informações e também de se capacitar para eventuais surtos no futuro de outras doenças infectocontagiosas ou até mesmo de varicela. Já aos usuários cabe o papel de aderirem ao tratamento e às medidas de controle.

## REFERENCIAS

ANJOS, K.S. et al. Caracterização epidemiológica dos casos de varicela em pacientes internados em um hospital universitário da cidade do Recife. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.12, n. 4,p. 523-32, Dez. 2009.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Lajinha**, MG. Disponível em : [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/lajinha\\_mg#idh](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lajinha_mg#idh). Acesso em: 03 jul. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte **Boletim de Vigilância em Saúde**. Belo Horizonte, ano v. 3 ed. 2015.

BRASIL. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Coordenação de Imunização e Vigilância de Doenças Imunopreveníveis. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Bahia, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância epidemiológica**– Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, F.C. FARIA, H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CARTINEIRAS, T.M.P.; PEDRO, L. F. G.; MARTINS, F.S.V. **Cives**: Centro de Informação em Saúde para Viajantes. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.cives.ufrj.br/informacao/varicela/var-iv.html>>. Acesso em: 2 setembro 2014.

HIROSE, M. et al. Impacto da vacina varicela nas taxas de internações relacionadas à varicela: revisão de dados mundiais. **Revista Paul de Pediatr**, São Paulo, v.34, n.3, p.359-366, Fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE - **Censo Populacional 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Doenças e Agravos Transmissíveis. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Protocolo de Varicela. Belo Horizonte, 2011.

SAO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica "Alexandre Vranjac" Divisão de Doenças Respiratórias e Divisão de Zoonoses. Varicela, difteria e febre maculosa brasileira: aspectos epidemiológicos no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v.37, n.6, p.817-820, 2003

SOCIEDADE DE INFECCIOLOGIA PEDIÁTRICA / SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - S.I.P./S.P.P. **Recomendações para a vacinação contra a varicela**, 2009.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Programa Nacional de Educação  
Continuada em Pediatria-PRONAP**. v.17, n. 3, 2014.

