

Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional de Eliminação do Sarampo

Agosto 2012

Documento de trabalho

1. Sarampo: situação epidemiológica atual

O sarampo é uma das infeções virais mais contagiosas, transmitindo-se pessoa-a-pessoa, por via aérea, através de gotículas ou aerossóis.

Habitualmente a doença é benigna mas, em alguns casos, pode ser grave ou mesmo fatal. As pessoas não vacinadas e que nunca tiveram sarampo têm uma elevada probabilidade de contrair a doença se forem expostas ao vírus.

O sarampo é uma doença com possibilidade de eliminação dada a sua transmissão exclusivamente inter-humana e a existência de uma vacina eficaz e segura. O continente americano eliminou o sarampo em 2002.

O sarampo é endémico em vários países asiáticos e africanos, nomeadamente em países que possuem relações estreitas com Portugal, como Angola.

Na Europa, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1998, definiu o ano de 2007 como meta para a eliminação do sarampo. Em 2005 esta meta foi alterada para o ano de 2010 e foi emitido o Programa Europeu de Eliminação do Sarampo e Rubéola e Prevenção da Rubéola Congénita.

Apesar das estratégias implementadas pela Região Europeia da OMS, a situação epidemiológica do sarampo agravou-se nos últimos anos, ocorrendo surtos na maioria dos 29 países europeus sob vigilância, que somaram, em 2011, mais de 32.000 casos¹, incluindo oito mortes e 27 casos de encefalite, notificados ao Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC)² (Figura 1). A grande maioria dos casos ocorreu em pessoas não vacinadas.

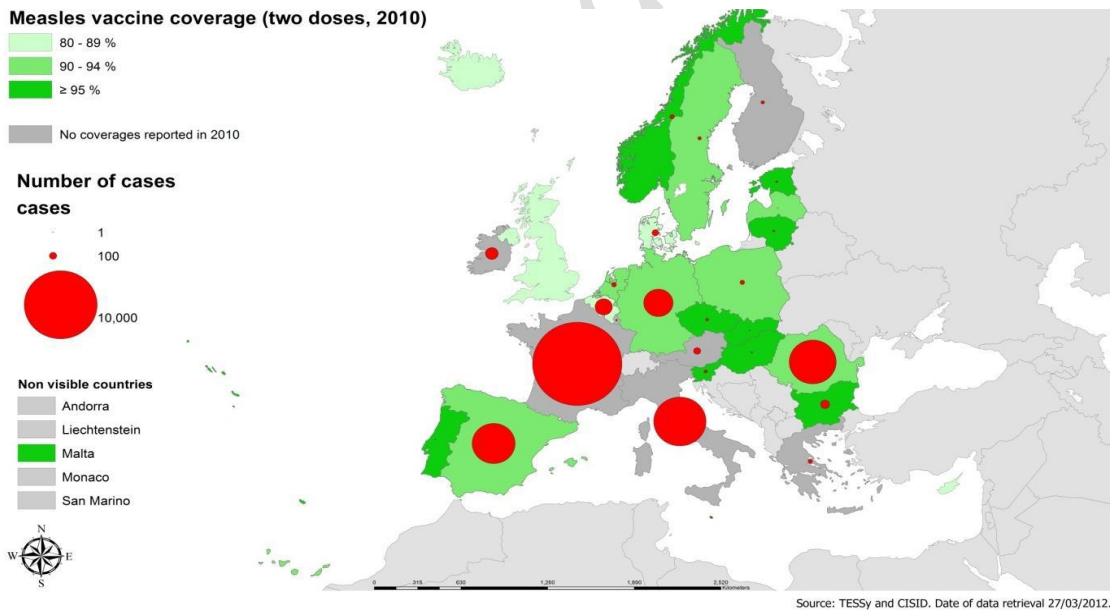


Figura 1 – Distribuição de casos de sarampo nos países da União Europeia, Islândia, Lichtenstein e Noruega, de julho 2011 a junho 2012, registados no Sistema Europeu de Vigilância (TESSy) do ECDC e cobertura vacinal para duas doses da vacina contra o sarampo em 2010, reportada à OMS pelos mesmos países.

¹ ECDC. European Monthly Measles Monitoring, Issue 11: May 2012

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/2012May23_SUR_Measles-Monitoring.pdf

² ECDC. European Monthly Measles Monitoring, Issue 8: Feb 2012

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/SUR_EMMO_European-monthly-measles-monitoring-February2012.pdf

Em 2010, uma nova estratégia foi aprovada pelos países membros da Região Europeia da OMS, impondo-se uma nova meta: a eliminação do sarampo e da rubéola até 2015.

A atual situação epidemiológica do sarampo na Europa aumenta a probabilidade de importação de casos de doença e de, a partir desses casos, poderem surgir surtos em Portugal, à semelhança do que aconteceu nos últimos anos (em 2005, 2009, 2010 e 2012 -Tabela I).

Tabela I – Casos notificados de sarampo em Portugal, anos de 2004 a 2012

Anos	Total de Casos (possíveis+prováveis+confirmados)	Casos confirmados	Observações
2004	1	0	-----
2005	7	6	- Surto de 6 casos: 1 importado da Roménia + 5 secundários (em comunidade migrante)
2006	0	0	-----
2007	0	0	-----
2008	1	1	- 1 caso isolado importado do Reino Unido
2009	3	3	- Surto de 2 casos: 1 importado da Etiópia + 1 secundário - 1 caso isolado importado de França
2010	5	5	- Surto de 4 casos: 1 importado da África do Sul + 3 secundários (em profissionais de saúde) - 1 caso isolado importado do Reino Unido
2011	2	2	- 1 caso isolado importado de França - 1 caso isolado importado de Angola
2012*	6	4	- Surto de 4 casos: 1 importado da China + 2 secundários + 1 terciário (inclui 1 caso provável) - 1 caso isolado importado do Reino Unido

* Dados preliminares para o ano de 2012 (em .../08/2012)

O reforço da vigilância laboratorial permitiu confirmar (Tabela I):

- a ausência de circulação endémica do vírus do sarampo em Portugal, pelo menos, desde o ano de 2004;
- uma incidência <1 caso/milhão de habitantes/ano;
- a ocorrência de pequenos surtos (<10 casos por surto).

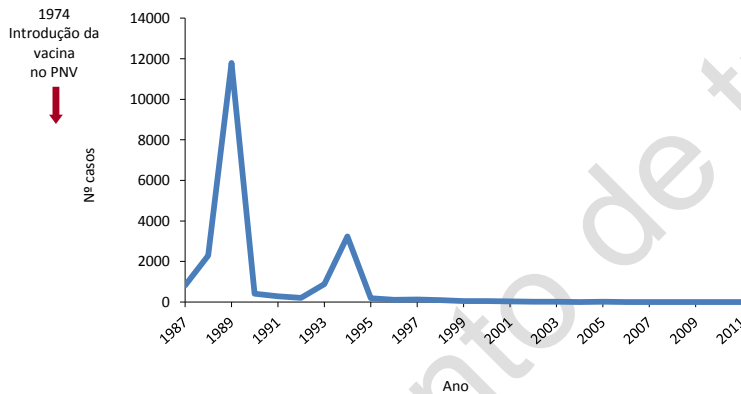
2. O controlo do sarampo em Portugal

De 1973 a 1977 decorreu a primeira campanha de vacinação contra o sarampo. Em 1974 a vacina foi incluída no Programa Nacional de Vacinação (PNV). Em 1987 a vacina passou a ser administrada, aos 15 meses de idade, na forma combinada (sarampo, parotidite epidémica e rubéola - VASPR).

Inicialmente, as coberturas vacinais não foram suficientes para impedir a epidemia de 1987-89, com cerca de 12.000 casos (figura 2) e 30 mortos notificados.

Em 1990 foi introduzida no PNV uma segunda dose da vacina VASPR aos 11-13 anos de idade, no sentido de ultrapassar as falências vacinais primárias (cerca de 5% dos vacinados), atingindo-se boas coberturas vacinais a nível nacional.

No entanto, assimetrias nas coberturas vacinais permitiram a acumulação de suscetíveis e a ocorrência da epidemia de 1993/1994, com cerca de 3.000 casos (figura 2).



Fonte: DGS, Doenças de Declaração Obrigatória

Figura 2. Casos declarados de sarampo em Portugal, 1987-2011

Em 1998, para evitar um novo surto (estimativa por modelação matemática) foi implementada uma estratégia complementar de vacinação, que decorreu em 1998-2000, com repescagem/vacinação de cerca de 400.000 suscetíveis.

Em 2000 (PNV 2000) a segunda dose da vacina foi antecipada para os 5-6 anos de idade.

Todas estas medidas têm tido como resultado o controlo sustentado do sarampo em Portugal (figura 2), decorrente de coberturas vacinais na ordem dos 95% a nível nacional para a primeira dose da vacina VASPR, pelo menos desde 1990.

As coberturas vacinais com 1 e 2 doses da vacina VASPR, a nível nacional, são de cerca de 95%, pelo menos, desde 2006. No entanto, este valor não é uniforme, verificando-se assimetrias regionais e locais, que aumentam o risco de existência de bolsas de população suscetível, mesmo em áreas geográficas com cobertura vacinal elevada.

A ação das estruturas locais de saúde com intervenção junto das comunidades é fundamental para a correção dessas assimetrias, como forma de prevenir a disseminação da doença a partir de casos importados.

Em 2008 e 2011, face à situação europeia, reativaram-se as medidas complementares de vacinação e reforçou-se a vigilância epidemiológica do sarampo.

O PNV 2012³ determina a antecipação da primeira dose da vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR) dos 15 meses para os 12 meses de idade. Com esta alteração obtém-se imunidade individual e de grupo mais precocemente.

Em consequência desta alteração têm surgido dúvidas sobre a administração da vacina VASPR a crianças sem prévia exposição alimentar ao ovo, que determinaram a emissão de uma Orientação da DGS⁴ (Anexo I), com o objetivo de evitar adiamentos e oportunidades perdidas de vacinação.

Documento de trabalho

³ Norma da Direção-Geral da Saúde nº 040/2011, atualização de 26/01/2012 (disponível em www.dgs.pt)

⁴ Orientação nº6/2012 de 19.03.2012 (disponível em www.dgs.pt)

II. Objetivos e estratégias

1. Objetivos

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Manter a ausência de circulação do vírus do sarampo em Portugal	Aumentar as coberturas vacinais com a vacina VASPR aos níveis regional e local, onde aplicável
Obter o estatuto nacional de eliminação do sarampo segundo os critérios da OMS	Aumentar a cobertura vacinal com a vacina VASPR nos profissionais de saúde
	Proteger os viajantes para países endémicos ou com surtos
	Melhorar a deteção, notificação e investigação de casos clínicos de sarampo
	Melhorar a resposta a casos de sarampo
	Divulgar/comunicar o Programa

2. Estratégias

As estratégias principais para consolidar a eliminação do sarampo em Portugal são:

1. Vacinação	2. Vigilância clínica, laboratorial e epidemiológica	3. Gestão de casos e de surtos	4. Comunicação
Vacinação de rotina com a VASPR no âmbito do PNV.	Qualquer caso possível ou provável de sarampo implica investigação laboratorial e alerta imediato para a Autoridade de Saúde Regional	Isolamento de casos e identificação de contactos	Ações de formação/divulgação do Programa, adequadas aos vários públicos-alvo
Vacinação em circunstâncias especiais (profissionais de saúde, viajantes, adultos)	A Autoridade de Saúde Regional coordena:	Vacinação pós-exposição dos contactos suscetíveis	
Atividades adicionais de vacinação	- investigação epidemiológica, imediata, dos casos	Seguimento dos contactos	
	- informação, caso a caso, à DGS	Eventuais atividades adicionais de vacinação	
	- resumos mensais dos casos investigados, a enviar à DGS		

3. Operacionalização

3.1. Estrutura organizacional: prevenção, vigilância e resposta

A operacionalização do Programa implica uma cadeia de atuação desde o nível das unidades locais do sistema de saúde (cuidados de saúde primários e hospitais) até à Direção Geral da Saúde.

O Programa é coordenado, ao nível nacional, pela Direção-Geral da Saúde (DGS), ao nível regional, pelos departamentos de saúde pública das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Direções Regionais de Saúde (DRS) dos Açores e da Madeira e ao nível local pelas unidades de saúde pública/delegados de saúde.

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) é o laboratório nacional de referência para o sarampo, responsável pela vigilância laboratorial do sarampo e parceiro da DGS na monitorização e avaliação do Programa.

3.2. Plano de Comunicação

O Plano de Comunicação do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo tem como objetivos:

- Melhorar a divulgação das recomendações da DGS constantes do Programa, para vários públicos-alvo;
- Melhorar a aceitação e compreensão das medidas preconizadas no Programa pelos vários públicos-alvo, nomeadamente, profissionais de saúde, público, comunicação social, outros parceiros.

3.2.1. Profissionais de Saúde

- Divulgação, na página da DGS, do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (Norma);
- Formação descentralizada dos profissionais que operacionalizam o Programa aos níveis regional e local;
- Divulgação oportunista do Programa em congressos e ações de formação das especialidades afins;
- Envio para os parceiros (ARS, Responsáveis Regionais pela Vacinação, outros), de informações sobre surtos ou eventos internacionais que impliquem um risco aumentado.
- Publicação regular, na página da DGS, do *Boletim Vacinação* onde se incluem temas relacionados com o Programa de Eliminação do Sarampo;
- Publicação oportunista de artigos científicos sobre vacinação, vigilância ou gestão de casos e surtos.
- Divulgação nas consultas do viajante e de vacinação internacional

Outros profissionais

- Envio, para outros parceiros, de informação sobre o Programa, e sobre surtos ou eventos internacionais que impliquem um risco aumentado.

3.2.2. Público

- Divulgação de informação sobre o sarampo em centros de saúde, hospitais e farmácias;
- Divulgação de informação sobre riscos inerentes a viagens e eventos internacionais à Associação Portuguesa das Agências de Viagens e Turismo (APAVT), às consultas de saúde do viajante, aos centros de vacinação internacional, centros de saúde, hospitais e farmácias;
- Divulgação, na página da DGS, de comunicados e informações aos viajantes sobre a doença, a vacinação e surtos ou eventos internacionais que impliquem um risco aumentado.

3.2.3. Comunicação social

- Divulgação dos comunicados sobre surtos ou eventos internacionais que impliquem um risco aumentado para os editores das agências noticiosas e outros meios de comunicação social;
- Participação oportunista em entrevistas televisivas ou radiofónicas nacionais.

Documento de trabalho

III. Sarampo: conceitos e definições

1. Conceitos epidemiológicos

Transmissão	Período de incubação	Período de contágio
Pessoa-a-pessoa (gotículas)	Cerca de 10 dias (7 - 18 dias)	4 dias antes até 4 dias após o início do exantema
Via aérea (aerossóis)	A doença inicia-se, normalmente, com febre (sinal prodromico)	O período de contágio pode ser mais prolongado nos doentes imunodeprimidos
Contacto direto com secreções nasais ou faríngeas de pessoas infestadas	O exantema surge 3 a 7 dias após início da febre	

2. Definição de caso⁵

Tabela II – Definição de caso de sarampo

Critérios			Definição de caso
Clínicos Febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e exantema máculo-papular e, pelo menos, um dos 3 critérios seguintes: – Tosse – Rinite – Conjuntivite	Laboratoriais⁶ Pelo menos um dos 4 critérios seguintes: – Isolamento do vírus num produto biológico – Detecção do ácido nucleico do vírus num produto biológico – Detecção, no soro ou na saliva, de anticorpos IgM específicos, característicos da infeção aguda – Detecção de seroconversão num par de soros (agudo e convalescente)	Epidemiológicos Ligação epidemiológica (<i>link</i>) a um caso confirmado	Caso possível preenche os critérios clínicos Caso provável preenche os critérios clínicos e epidemiológicos Caso confirmado preenche os critérios clínicos e laboratoriais

⁵ Com base na Decisão da Comissão Europeia nº 2008/426/CE de 28/04/2008 (Jornal Oficial da União Europeia, série L, nº 159 de 18/06/2008)

⁶ Exames laboratoriais a realizar, obrigatoriamente, no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) mesmo que já haja resultados de outro laboratório

IV. Vacinação

O objetivo da vacinação é diminuir o número de indivíduos suscetíveis ao sarampo na população em geral e evitar/reduzir bolsas de população suscetível de modo a impedir a circulação do vírus.

No âmbito deste Programa a vacina VASPR (ficha-resumo no Anexo II) é gratuita e não necessita de prescrição médica.

1. Crianças, adolescentes e adultos

Cumprindo o disposto no PNV 2012, é necessário reforçar a vacinação de crianças, adolescentes e adultos (tabela III) e desenvolver atividades adicionais de vacinação em agregados populacionais (tabela IV).

Tabela III —Vacinação de acordo com a idade

População alvo / idade		Vacinação contra o sarampo (número de doses)
<18 anos (PNV)		2 doses, aos 12 meses e 5-6 anos (PNV 2012 – esquema recomendado) (convocar ativamente para vacinação todas as crianças e jovens com o esquema em atraso – esquemas de recurso do PNV 2012)
≥18 anos	nascidos ≥1970	1 dose ¹ (aproveitar todas as oportunidades de vacinação)
	nascidos <1970	0 doses

1. Se não tiver história credível de sarampo

Tabela IV —Atividades adicionais de vacinação

Bolsas de população suscetível (Todas as idades)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar agregados populacionais ou unidades funcionais dos ACES⁷ com coberturas vacinais <95% (famílias, comunidades, grupos de minorias religiosas, filosóficas ou étnicas, bairros de imigrantes, instituições de refugiados ou outros) 2. Vacinar de acordo com o estado vacinal e a idade (tabela III) <p>A 2ª dose de VASPR pode ser antecipada, respeitando um intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses</p>
Instituições coletivas (nascidos ≥1970)	<p>Vacinar de acordo com o estado vacinal e a idade, incluindo os profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> · População escolarizada (desde o ensino pré-escolar ao universitário) · População residente em aglomerados institucionais (ex: IPSS, quartéis de forças militares e militarizadas, prisões)

⁷ ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

2. Profissionais de saúde

O sarampo encontra-se eliminado em Portugal, pelo menos desde 2004, e já desde 1997 que só se verificavam casos esporádicos, o que pode justificar o atraso no diagnóstico de casos importados, facilitando a exposição dos profissionais de saúde ao vírus e a eventual disseminação da doença.

O objetivo da vacinação é garantir a proteção adequada dos profissionais de saúde, atendendo ao risco acrescido de contactarem com casos importados de sarampo.

De acordo com o PNV 2012, todos os profissionais de saúde sem história credível de sarampo devem estar vacinados com 2 doses de vacina contra o sarampo (Tabela V).

Tabela V – Vacinação de profissionais de saúde contra o sarampo (VASPR) em função do estado vacinal

Estado vacinal (VAS ou VASPR)	Vacinação de profissionais de saúde contra o sarampo (nº doses de VASPR a administrar)
0 doses	2 doses ^a (intervalo mínimo de quatro semanas entre as doses)
1 dose	1 dose ^a (intervalo mínimo de 4 semanas em relação à dose anterior)
2 doses	0 doses

^a Se não tiver história credível de sarampo

A orientação para situações de pós-exposição é apresentada no capítulo VI.

3. Viajantes

O objetivo destas recomendações é garantir a proteção adequada dos cidadãos que se vão deslocar a países ou regiões onde ocorrem surtos de sarampo⁸ e, através desta proteção, minimizar a possibilidade de ocorrência de casos importados.

Assim:

- Deve ser verificado e atualizado o esquema vacinal dos viajantes de acordo com PNV e de outras vacinas requeridas em função da zona geográfica de destino;
- Em relação à vacinação contra o sarampo (VASPR) nos viajantes para a Europa, Ásia ou África, devem cumprir-se as recomendações da tabela VI.

⁸ Informação atualizada em:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epidemiological-briefs>; <http://data.euro.who.int/cisid/>; <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/Pages/index.aspx>

Tabela VI - Vacinação contra o sarampo (VASPR) de viajantes para a Europa, África ou Ásia, de acordo com a idade

Idade / ano de nascimento	Vacinação de viajantes contra o sarampo (número recomendado de doses)
≥6 meses e <12 meses	1 dose (considerada dose “zero”, devendo ser administrada a VASPR 1 aos 12 meses de idade, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses)
≥12 meses e <18 anos (PNV)	2 doses (antecipar a VASPR 2, se necessário e possível, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses)
≥18 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Se não vacinado: 1 dose^a • Se vacinado com 1 dose há mais de 4 semanas: 2ª dose

^a Se não tiver história credível de sarampo

Documento de trabalho

V. Vigilância clínica, laboratorial e epidemiológica

1. Objetivos

Para uma adequada avaliação do risco e controlo eficaz da transmissão do sarampo (capítulo VI) é fundamental que as atividades de vigilância sejam precoces, rápidas e efetivas, nomeadamente:

- a identificação e comunicação de caso(s);
- a investigação epidemiológica de casos:
 - Identificação da fonte da infeção
 - Identificação dos contactos do(s) caso(s) em período de contágio
 - Identificação de casos secundários

Por ser uma doença alvo de um programa de eliminação a confirmação laboratorial dos casos é fundamental, assim como a caracterização genotípica da estirpe que permite identificar a origem do vírus, pelo que é determinante conseguir-se o isolamento viral.

2. Identificação e comunicação de caso(s) de sarampo

O fluxograma que esquematiza a vigilância do sarampo consta do anexo III.

2.1. Confirmação de caso

O médico que diagnostique um ou mais casos possíveis ou prováveis de sarampo deve providenciar, imediatamente, a sua confirmação laboratorial no laboratório de referência para o sarampo (INSA-Lisboa). Neste âmbito, os exames laboratoriais são gratuitos para o requerente.

Qualquer caso possível ou provável de sarampo é obrigatoriamente investigado no INSA⁹, pelas seguintes técnicas:

- serologia e
- PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) e
- isolamento viral e caracterização genotípica da estirpe

Instruções e formulário:

- Anexo IV-A (Instruções para colheita e envio dos produtos biológicos)
- Anexo IV-B (Formulário para requisição de exames laboratoriais)

⁹ Mesmo que já haja resultados de outro laboratório.

2.2. Alerta e notificação

O médico¹⁰ que diagnostique um caso possível ou provável de sarampo deve, de imediato:

- alertar e fornecer informação (Anexo V) ao Delegado de Saúde Regional (DSR) da sua área (contactos dos DSR no anexo VI)^a
- identificar e registar todos os profissionais e utentes que contactaram com o caso (formulário no Anexo VII – em elaboração)
- preencher a declaração obrigatória de doenças transmissíveis (DDO, Modelo nº1536 da INCM)

^a Na impossibilidade de contactar o DSR, deve ligar para a *Linha Saúde 24* (número de telefone: 808 24 24 24) que facilitará essa comunicação

Qualquer profissional de saúde não médico que tome conhecimento de uma situação suspeita de sarampo, deve, de imediato:

- alertar um médico que valide o caso (ver ponto anterior)
ou
- comunicar a situação à *Linha Saúde 24* (número de telefone: 808 24 24 24), que fará a triagem e, se pertinente, alerta o DSR da área onde se encontra o doente

O Delegado de Saúde Regional (DSR) que receber um alerta de sarampo deve, de imediato:

- informar o Delegado de Saúde do ACES, que promove a realização urgente da investigação epidemiológica (Anexo VII – em elaboração)
- informar a Direção-Geral da Saúde (DGS) - Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública (UESP)
(Tel.: 21 843 0628 Fax: 21 843 0655 Email: alerta@dgs.pt)

O Delegado de Saúde Regional (DSR) deve enviar à DGS/Divisão de Epidemiologia e Estatística (Tel.: 21 843 0.....; Fax: 21 843 0.....; Email: sarampo@dgs.pt), os seguintes dados:

- até às 72 horas (3 dias) após receber um alerta, os dados sobre a investigação epidemiológica e medidas planeadas e implementadas
- até ao dia 23 do mês seguinte, resumos mensais do número de casos possíveis, prováveis, confirmados e excluídos (Anexo VIII)

¹⁰ Incluindo Delegados de Saúde que tenham conhecimento de casos.

3. Investigação epidemiológica

A investigação epidemiológica baseia-se na informação do inquérito epidemiológico (Anexo VII – em elaboração) efetuado pelo Delegado de Saúde, em colaboração com o médico que fez o diagnóstico.

O Delegado de Saúde do ACES que receber informação de um caso de sarampo, possível, provável ou confirmado deve, de imediato:

- realizar a investigação epidemiológica detalhada (Anexo VII – em elaboração), com prioridade para a identificação dos contactos¹¹ do caso, comunicando, para tal, com o médico/serviço que fez o diagnóstico
- vacinar os contactos, se necessário (capítulo VI)
- identificar casos secundários
- iniciar o seguimento/auto-vigilância dos contactos (capítulo VI)

O Delegado de Saúde do ACES deve enviar, até às 48h, ao respetivo DSR, o Inquérito Epidemiológico (Anexo VII – em elaboração) bem como outros dados adicionais sobre a investigação epidemiológica e medidas implementadas e planeadas.

A identificação de contactos abrange: coabitantes, profissionais de saúde, utentes do/s serviço/s de saúde que estiveram no mesmo compartimento que o caso (sala de espera, enfermaria, outros), colegas de escola, colegas de trabalho, colegas de viagem, entre outros.

A deteção de casos secundários baseia-se na identificação e avaliação laboratorial de contactos com sinais/sintomas compatíveis com sarampo.

¹¹ A identificação de contactos de outra área de residência implica a comunicação e colaboração com outros delegados de saúde. Se a área de residência for no estrangeiro, deve ser comunicado à DGS através do DSR.

VI. Gestão do risco perante a identificação de casos

1. Objetivos

Perante a identificação de um ou mais casos de sarampo possíveis, prováveis ou confirmados pretende-se que as medidas a tomar sejam precoces, rápidas e efetivas, de modo a evitar ou interromper cadeias de transmissão (prevenir a ocorrência de casos secundários ou surtos);

2. Medidas

É fundamental que o médico que diagnostica um ou mais casos de sarampo e o delegado de saúde estabeleçam uma ação coordenada de modo a implementar, o mais rapidamente possível, a resposta adequada à gestão do risco, iniciada com a investigação epidemiológica (capítulo V) e que inclui as seguintes medidas:

- Vacinação pós-exposição
- Seguimento/auto-vigilância dos contactos
- Isolamento dos casos
- Atividades adicionais de vacinação¹² (capítulo IV) (se aplicável)
- Afastamento social dos contactos

2.1. Vacinação pós-exposição

A vacinação pós-exposição de todos os contactos não protegidos de um ou mais casos de sarampo é sempre urgente e tem três objetivos:

- Proteção individual (se administrada nas 72 horas após início da exposição);
- Interrupção de cadeias de transmissão (vacinação “em anel” - “ring vaccination”);
- Aproveitar oportunidades de vacinação para diminuir o número de suscetíveis na comunidade

No âmbito das medidas de controlo após identificação de um ou mais casos de sarampo, os contactos do(s) o(s) caso(s) devem estar vacinados com, pelo menos, duas doses de vacina contra o sarampo (VASPR ou VAS), segundo as recomendações da tabela VII.

É prioritária a vacinação de profissionais de saúde expostos, uma vez que podem gerar cadeias de transmissão em serviços de saúde. Nestes casos os Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e as Comissões de Controlo da Infecção deverão participar nestas ações.

Os profissionais de saúde e outros contactos que recusem a vacinação deverão preencher uma declaração de recusa.

¹² Capítulo III

Tabela VII – Vacinação pós-exposição de contactos, incluindo profissionais de saúde

Idade / ano de nascimento		Vacinação pós-exposição contra o sarampo (número recomendado de doses)
≥6 meses e <12 meses		1 dose (considerada dose “zero”, devendo ser administrada a VASPR 1 aos 12 meses de idade, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses)
≥12 meses e <18 anos (PNV)		2 doses (antecipar a VASPR 2, se necessário, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses)
≥18 anos	Nascidos ≥1970	2 doses ^a (intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses)
	Nascidos <1970	1 dose ^a
Pessoas com contra-indicação para a VASPR (gravidez ¹³ , imunossupressão, ou outras)		Pode estar indicada, avaliando caso a caso, a imunização passiva pós-exposição com imunoglobulina humana normal, até 6 dias após exposição

^a As pessoas de idade ≥18 anos, se tiverem história credível de sarampo, não necessitam ser vacinadas

2.1.1. Profissionais de saúde

Todos os profissionais de saúde em situação de pós-exposição a um caso de sarampo possível, provável ou confirmado, em período de contágio, devem:

- ser vacinados, urgentemente, se necessário, de acordo com os critérios da tabela VII;
- ser informados sobre a doença e aconselhados a avaliação médica se iniciarem sinais e sintomas sugestivos (capítulo V).

3. Outras atividades de gestão do risco

3.1. Seguimento ou auto-vigilância dos contactos

Os contactos, mesmo que considerados protegidos, em situação de pós-exposição a um caso confirmado de sarampo em período de contágio, deverão ser informados sobre a doença, e aconselhados a avaliação médica se iniciarem sinais e sintomas sugestivos (capítulo V).

Se possível, o Delegado de Saúde ou os serviços competentes das unidades de saúde poderão estabelecer um programa de seguimento ativo dos contactos.

3.2. Isolamento dos casos

O período de contágio do sarampo estende-se desde cerca de 4 dias antes do início do exantema até 4 dias após, podendo ser mais longo nas situações de imunossupressão.

¹³ A vacinação inadvertida com VASPR durante a gravidez ou nos 3 meses antes de engravidar não é motivo para interrupção da gravidez. Se esta situação ocorrer deverão ser informados o médico assistente e o responsável pela vacinação e feita a notificação ao Sistema Nacional de Farmacovigilância - INFARMED

No domicílio

Os doentes deverão estar isolados e evitar o contacto com pessoas suscetíveis até 4 dias após o início do exantema.

No hospital

Os doentes deverão estar isolados ou em regime de coorte com outros casos confirmados, pelo menos, até quatro dias após o início do exantema.

Os profissionais de saúde deverão tomar as medidas de precaução (equipamento de proteção individual) contra a transmissão por aerossóis, sob a supervisão da Comissão de Controlo da Infecção

Apenas profissionais adequadamente vacinados/imunizados deverão cuidar destes doentes

3.3. Afastamento social de contactos

Se o caso de sarampo for confirmado, os seguintes contactos deverão ser aconselhados a não contactarem com pessoas suscetíveis, entre o 5º e o 21º dia pós-exposição, nomeadamente no local de trabalho, estabelecimentos de ensino e outras instituições coletivas:

Pessoas que recusem a vacinação ou, por qualquer motivo, não tenham sido vacinadas

Com contra-indicações à vacinação e aos quais não tenha sido efetuada a imunização passiva

Com a 2ª dose de VASPR administrada mais de 72 horas após a exposição

Pessoas que possuam apenas 1 dose de VASPR, efetuada há menos de 4 semanas

O médico assistente, a autoridade de saúde, os Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e as Comissões de Controlo da Infecção deverão vigiar estas situações

3.4. Atividades adicionais de vacinação

Em situações de surto pode ser justificável, de acordo com avaliação do risco, garantir a vacinação com 2 doses de vacina contra o sarampo, de acordo com o registo individual de vacinação, em comunidades inteiras, instituições coletivas como escolas, ou outros.

VII. Avaliação do Programa

O Programa será avaliado, anualmente, pela Comissão Nacional de Verificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola (CNVSR), a nomear, que responde perante a correspondente Comissão da Região Europeia da OMS (RVC), para obtenção do estatuto nacional de eliminação do sarampo e da rubéola segundo os requisitos do programa europeu.

1.1. Progressos da eliminação

A avaliação dos progressos relativamente ao objetivo eliminação do sarampo de cada país pela OMS será realizada anualmente pelos indicadores e metas apresentados na tabela VIII.

Tabela VIII – Indicadores e metas da OMS para monitorizar o progresso da eliminação do sarampo ao nível nacional

Indicadores		Metas
Incidência	Taxa de incidência anual de casos (possíveis, prováveis e confirmados)	<1 caso / milhão da população em geral (excluindo casos importados)
Vacinação	Cobertura anual com a 1ª dose da vacina contra o sarampo aos 24 meses de idade	≥95% aos níveis regional e nacional
	Cobertura anual com a 2ª dose da vacina contra o sarampo aos 7 anos de idade	≥95% aos níveis regional e nacional

1.2. Vacinação

Na tabela IX apresentam-se os indicadores e as metas nacionais para avaliação dos progressos da estratégia de vacinação contra o sarampo.

As atividades adicionais de vacinação em bolsas de população suscetível serão descritas resumidamente por cada região de saúde, anualmente, através do modelo do Anexo IX – em elaboração).

As atividades adicionais de vacinação em instituições coletivas serão descritas resumidamente por cada região de saúde, anualmente, através do modelo do Anexo X – em elaboração).

A avaliação da vacinação de profissionais de saúde será resumidamente descrita por cada região de saúde, anualmente, através do modelo do Anexo XI – em elaboração).

Tabela IX – Indicadores e metas anuais da vacinação contra o sarampo, ao nível nacional

Indicadores		Metas
PNV (<18 anos de idade)	Cobertura vacinal, PNV cumprido, das coortes com 2, 7 e 14 anos de idade	≥95% ^b (níveis regional e nacional)
	Cobertura vacinal, PNV cumprido, das coortes com >7 anos de idade ^a	
Atividades adicionais	Avaliação anual da cobertura vacinal, de acordo	98% ^b

de vacinação	com o PNV, em instituições coletivas com população <18 anos de idade	(nível nacional)
Profissionais de saúde	Cobertura vacinal por grupo profissional	≥95% ^c

^a Excluindo coortes com evidência anterior de cobertura ≥95% para 2 doses de vacina contra o sarampo

^b Excluindo do denominador os que têm contra-indicação à vacinação com a VASPR

^c Excluindo do denominador os que têm contra-indicação à vacinação com a VASPR, têm história credível de sarampo ou que recusam a vacina.

1.3. Vigilância

Na tabela X encontram-se os indicadores e metas a serem avaliados, pelo menos anualmente, necessários para a verificação do estatuto de eliminação do sarampo.

Tabela X – Indicadores nacionais e metas da vigilância do sarampo, a avaliar anualmente, obrigatórios no âmbito do Programa Europeu de Eliminação do Sarampo (OMS)

Indicadores		Metas
Notificações periódicas	Percentagem de relatórios mensais recebidos na DGS, por Região	> 80% esperado
	Percentagem de relatórios mensais recebidos na DGS até ao dia 23 do mês seguinte, por Região	> 80% esperado
	Percentagem de relatórios mensais enviados pela DGS para o ECDC/OMS	> 80% esperado
	Percentagem de relatórios mensais enviados pela DGS para o ECDC/OMS, até ao dia 25 do mês seguinte	> 80% esperado
Diagnóstico laboratorial	Percentagem de casos confirmados com a estirpe viral caracterizada	≥ 80% esperado
	Percentagem de casos clínicos notificados com investigação laboratorial no Laboratório de Referência (INSA)	100% esperado
Investigação epidemiológica	Percentagem de casos possíveis, prováveis e confirmados com inquérito epidemiológico realizado e enviado à DGS	≥ 80% casos
	Percentagem de casos prováveis e confirmados de sarampo com fonte da infeção investigada	100% casos
	Percentagem de casos de sarampo com inquérito epidemiológico concluído às 48h após notificação do DSR	> 80% casos

1.4. Gestão de casos ou surtos

As atividades de gestão de casos e de surtos (medidas de controlo) serão obrigatoriamente avaliadas em cada ocorrência, como parte do relatório final da investigação epidemiológica, a enviar à DGS/Direção de Serviços de Informação e Análise (capítulo V).

Nesta avaliação das medidas de controlo realizadas devem constar os seguintes indicadores:

- Total de casos
- Total de casos secundários e terciários
- Nº casos secundários ou terciários que receberam vacinação pós-exposição/ Total de contactos vacinados pós-exposição
- Total de contactos identificados e por motivo de contacto

- Total de contactos vacinados pós-exposição/total de contactos elegíveis para vacinação pós-exposição
- Total de contactos vacinados até 72h pós-exposição/ Total de contactos vacinados pós-exposição

Tabela XI – Indicadores nacionais e metas da estratégia de gestão de casos e surtos

Indicadores	Metas
Nº anual de surtos	≤1
Nº médio anual de casos (possíveis, prováveis e confirmados) dos surtos	<10 casos / surto
Nº de surtos com estirpe viral identificada	100%

Documento de trabalho