



Programa Nacional de Eliminação do Sarampo

março 2013

Grupo responsável pela elaboração desta Norma

Coordenação e elaboração:

Ana Leça
Maria da Graça Freitas
Teresa Fernandes

Apoio técnico e científico:

Carlos Orta Gomes
Cátia Sousa Pinto
Maria Isabel Castelão
Maria Etelvina Calé
Paula Maria Valente
Paula Palminha
Paula Vasconcelos

Agradecimentos:

A todos os profissionais de saúde que, ao longo dos anos, têm contribuído para a maturação do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo, através de dúvidas, informações e sugestões sobre a sua aplicação no “terreno”.

Aos profissionais de saúde que enviaram os seus contributos aquando da consulta pública da versão preliminar deste documento, no *website* da Direção-Geral da Saúde.

A todos os profissionais da vacinação que, aplicando e promovendo o Programa Nacional de Vacinação, contribuíram para o controlo da doença no nosso país.

Ficam sem efeito os conteúdos de circulares, ofícios e informações anteriores que contrariem o disposto nesta Norma e revoga-se:

Orientação nº 001/2011 de 04/01/2011
Norma nº 011/2011 de 07/06/2011
Norma nº 012/2011 de 07/06/2011
Norma nº 001/2012 de 03/05/2012

ÍNDICE

Siglas e Acrónimos	6
I. Introdução	7
1. Controlo do sarampo em Portugal	7
2. Sarampo: situação epidemiológica atual	8
II. Sarampo: conceitos e definições	11
1. Conceitos epidemiológicos	11
2. Definições de caso para fins de vigilância epidemiológica	12
III. Objetivos e estratégias do Programa	13
1. Objetivos	13
2. Estratégias	13
3. Operacionalização	14
3.1. Estrutura organizacional	14
3.2. Plano de comunicação	14
3.2.1. Atividades dirigidas aos profissionais de saúde	14
3.2.2. Atividades dirigidas à população em geral	14
IV. Vacinação	16
1. Vacinação de rotina	16
2. Vacinação dos adultos	16
3. Vacinação em circunstâncias especiais	17
2.1. Vacinação dos profissionais de saúde	17
2.2. Vacinação de viajantes	17
4. Actividades adicionais de vacinação	18
V. Vigilância clínica, laboratorial e epidemiológica	19
1. Objetivos	19
2. Procedimentos	19
2.1. Papel do médico que diagnostique um ou mais casos possíveis ou prováveis de sarampo	19
2.2. Papel das autoridades de saúde	20
2.3. Papel do Laboratório de Referência (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA)	21
3. Sistema de informação: alerta, inquérito epidemiológico, relatórios e resumos mensais	21
3.1. Alerta	22
3.2. Inquérito intercalar	21
3.3. Inquérito epidemiológico	22
3.4. Relatório final da investigação de surtos	22
3.5. Resumos mensais	23
4. Identificação dos contactos: alguns aspetos	23
VI. Gestão de casos e surtos	25
1. Objetivos	25

2. Medidas	25
2.1. Isolamento dos casos	25
2.2. Seguimento ou auto-vigilância dos contactos	26
2.3. Vacinação perante casos ou surtos	26
2.3.1. Vacinação pós-exposição	26
2.3.2. Vacinação de profissionais de saúde	27
2.3.3. Atividades adicionais de vacinação	27
2.4. Afastamento social de contactos	27
VII. Avaliação do Programa	28
1. Progresso da eliminação	28
2. Vacinação	28
3. Vigilância	29
4. Gestão de casos e surtos	30
5. Comissão Nacional de Verificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola (CNVSR)	30
5.1. Composição	
5.2. Missão e Funções	

Índice de Figuras

Figura 1	Casos de sarampo notificados em Portugal, 1987-2012	8
Figura 2	Taxa de incidência (casos notificados/milhão de habitantes) de sarampo nos países da União Europeia, Islândia, Lichtenstein e Noruega, em 2012, registados no Sistema Europeu de Vigilância (TESSy) do ECDC em 31/01/2013	9

Índice de Tabelas

Tabela I	Casos de sarampo notificados em Portugal (total e confirmados), por ano, 2004 a 2012	10
Tabela II	Definições de caso de sarampo para fins de vigilância epidemiológica	12
Tabela III	Número de doses recomendadas de vacina contra ao sarampo (VASPR) de acordo como PNV	16
Tabela IV	Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo em adultos não vacinados (VAS/VASPR) e sem história credível de sarampo, de acordo com a data de nascimento	17
Tabela V	Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo em profissionais de saúde não vacinados corretamente (VAS/VASPR) e sem história credível de sarampo	17
Tabela VI	Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo aos viajantes não vacinados corretamente (VAS/VASPR) e sem história credível de sarampo, de acordo com a idade	18
Tabela VII	Atividades adicionais de vacinação contra o sarampo (vacina VASPR)	18
Tabela VIII	Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo de pessoas não vacinadas corretamente (VAS/VASPR), em situação de pós-exposição, incluindo profissionais de saúde, de acordo com a idade e ano de nascimento	26

Tabela IX	Indicadores e metas para monitorizar o progresso da eliminação do sarampo a nível nacional, segundo as recomendações da OMS	28
Tabela X	Indicadores e metas nacionais anuais da vacinação contra o sarampo (VAS ou VASPR)	29
Tabela XI	Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância do sarampo	29
Tabela XII	Indicadores e metas nacionais anuais da estratégia de gestão de casos e surtos	30

Índice de Anexos

ANEXO I	1.Vacina combinada trivalente contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola 2. Administração da VASPR e a alergia ao ovo
ANEXO II	Vigilância de casos de sarampo – fluxo da informação
ANEXO III	Contactos dos Departamentos de Saúde Pública das ARS e serviços homólogos das Regiões Autónomas (R.A.)
ANEXO IV	Diagnóstico laboratorial de casos de sarampo - Formulário a enviar ao INSA com os produtos biológicos
ANEXO V	Inquérito Epidemiológico - Sarampo
ANEXO VI	Investigação laboratorial de casos de sarampo – Colheita e envio de produtos biológicos
ANEXO VII	Resumo mensal de casos de sarampo
ANEXO VIII	1.Avaliação de atividades adicionais de vacinação - Bolsas de população suscetível 2.Avaliação de atividades adicionais de vacinação - Instituições coletivas
ANEXO IX	Avaliação do estado vacinal de profissionais de saúde

SIGLAS ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APAVT	Associação Portuguesa de Agências de Viagens e Turismo
ARS	Administração Regional de Saúde
CNVSR	Comissão Nacional de Verificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola
CRV	Comissão de Verificação da Região Europeia
DDO	Doenças de Declaração Obrigatória
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DSR	Delegado de Saúde Regional
ECDC	Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças
INCM	Imprensa Nacional Casa da Moeda
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RA	Regiões Autónomas
TESSy	Sistema Europeu de Vigilância do ECDC
ULS	Unidade Local de Saúde
VAS	Vacina Contra o Sarampo
VASPR	Vacina combinada trivalente contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

I. Introdução

1. Controlo do sarampo em Portugal

A vacinação organizada contra o sarampo em Portugal iniciou-se em 1973, com uma campanha de vacinação de crianças dos 1 aos 4 anos de idade que vigorou até 1977.

Em 1974, a vacina monovalente contra o sarampo (VAS) foi incluída no Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Em 1987, a vacina VASPR (vacina combinada contra sarampo, parotidite epidémica e rubéola) (anexo I) substituiu a VAS no PNV, sendo recomendada aos 15 meses de idade.

Inicialmente, as coberturas vacinais obtidas não foram suficientes para impedir a epidemia de 1987-89, com cerca de 12.000 casos notificados (figura 1) e cerca de 30 óbitos.

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).

Apesar das boas coberturas vacinais a nível nacional, assimetrias nestas coberturas permitiram a acumulação de suscetíveis e a ocorrência da epidemia de 1993-94, com cerca de 3.000 casos notificados (figura 1).

Em 1998, para evitar um novo surto (projeção por modelação matemática) foi implementada uma estratégia complementar de vacinação, que decorreu em 1998-2000, com repescagem/vacinação de cerca de 400.000 suscetíveis, até aos 18 anos de idade.

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

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

O PNV 2012¹ determina a antecipação da primeira dose da VASPR dos 15 para os 12 meses de idade. Com esta alteração obtém-se imunidade individual e de grupo mais precocemente².

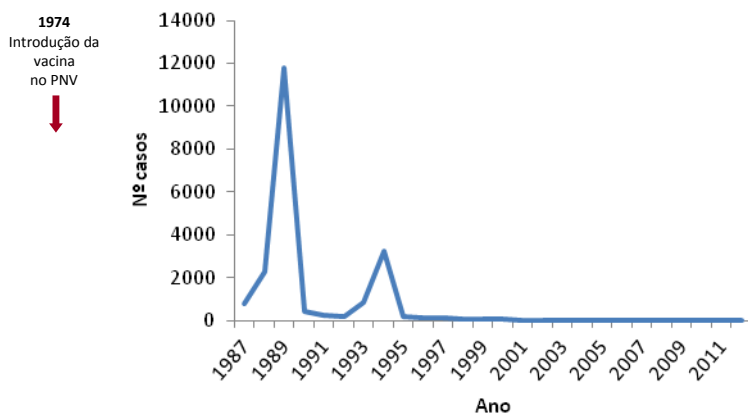
Todas estas medidas têm tido como resultado o controlo sustentado do sarampo em Portugal (figura 1), decorrente de elevadas coberturas vacinais a nível nacional.

As coberturas vacinais com 1 e 2 doses da vacina VASPR, a nível nacional, são $\geq 95\%$ 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 global elevada.

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

¹ PNV em vigor: Norma da Direção-Geral da Saúde nº 040/2011, atualização de 26/01/2012 (disponível em www.dgs.pt).

² 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 da Orientação da DGS nº 006/2012 de 19/03/2012 (disponível em www.dgs.pt), com o objetivo de evitar adiamentos e oportunidades perdidas de vacinação (anexo I).



Fonte: DGS, Doenças de Declaração Obrigatória

Figura 1. Casos de sarampo notificados em Portugal, 1987-2012 (dados de 2012, provisórios).

2. 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 têm relações estreitas com Portugal, como Angola.

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

Apesar do Programa Europeu 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 casos³, incluindo oito mortes e 27 casos de encefalite, notificados ao Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC)⁴ (figura 2). Os surtos na Europa continuaram, registando o ECDC, em janeiro de 2013, 8.230 casos ocorridos em 2012, incluindo 7 casos de encefalite⁵.

Face a estes resultados, em 2010, uma nova estratégia foi aprovada pelos países membros, tendo como meta o ano de 2015 para a eliminação do sarampo e da rubéola na Região Europeia da OMS.

³ ECDC. Surveillance Report. ECDC measles monitoring, Issue 11: May 2012

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

⁴ ECDC. Surveillance Report. European monthly measles monitoring, Issue 8: Feb 2012

(http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/SUR_EMMO_European-monthly-measles-monitoring-February-2012.pdf)

⁵ ECDC. Surveillance Report. Measles and rubella monitoring, Feb 2013

(<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/measles-rubella-monitoring-February-2012.pdf>)

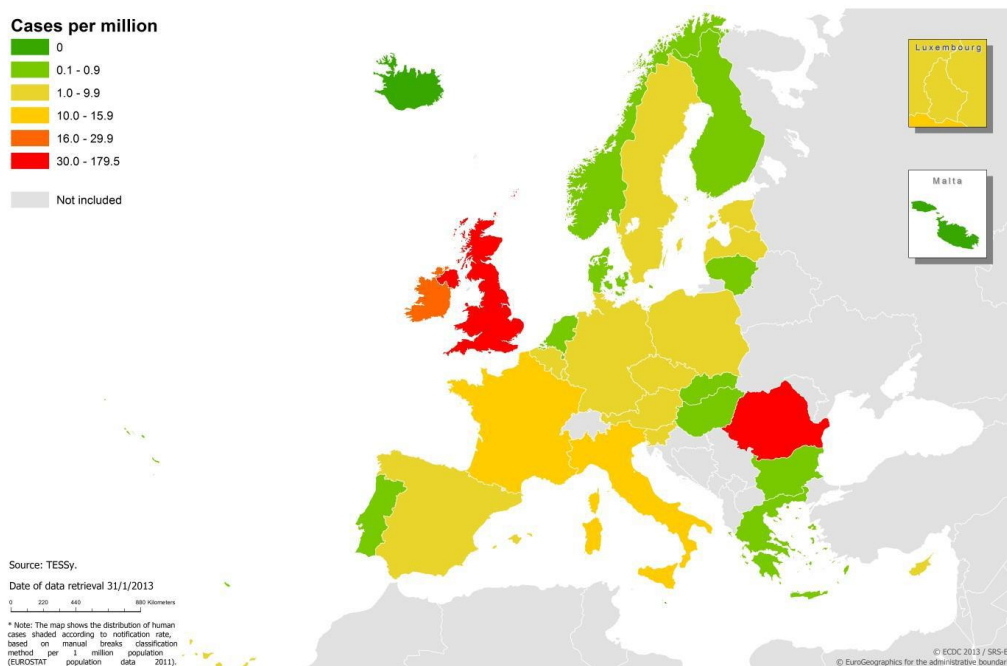


Figura 2 – Taxa de incidência (casos notificados/milhão de habitantes) de sarampo nos países da União Europeia, Islândia, Lichtenstein e Noruega, em 2012, registados no Sistema Europeu de Vigilância (TESSy) do ECDC em 31/01/2013. (de <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/measles-rubella-monitoring-February-2012.pdf>)

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).

A integração da vigilância clínica com a vigilância laboratorial permitiu confirmar, pelo menos, desde o ano de 2004:

- a ausência de circulação endémica do vírus do sarampo em Portugal;
- uma incidência <1 caso/milhão de habitantes/ano (tabela I);
- a ocorrência de pequenos surtos (<10 casos/surto) (tabela I).

Apesar destes resultados indicarem a eliminação do sarampo em Portugal, o estatuto de eliminação tem de ser verificado internacionalmente, no âmbito do Programa de Eliminação do Sarampo e da Rubéola da Região Europeia da OMS (capítulo VII, pg.28).

Tabela I – Casos de sarampo notificados em Portugal (total e confirmados), por ano, 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*	7	5	- Surto de 4 casos: 1 importado da China + 2 secundários + 1 terciário (inclui 1 caso provável) - 1 caso isolado importado do Reino Unido - 1 caso isolado importado de Angola

* Dados provisórios para o ano de 2012 (em 25/02/2013)

II. 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 imunocomprometidos
Contacto direto com secreções nasais ou faríngeas de pessoas infectadas	O exantema surge 3 a 7 dias após o início da febre	

Outras definições

Caso índice: O primeiro caso detetado de um surto, que origina a investigação epidemiológica.

Caso primário: O primeiro caso de uma cadeia de transmissão.

Caso secundário: Caso relacionado com o caso primário.

Caso terciário: Caso relacionado com o caso secundário.

Caso autóctone: Caso resultante de transmissão dentro do país (mesmo que originado por um caso importado).

Transmissão endémica: Transmissão contínua (de vírus indígena ou importado) num determinado país/área geográfica durante um período igual ou superior a 12 meses.

Caso endémico: Caso resultante de transmissão endémica do vírus.

Caso importado: Caso que foi exposto ao vírus do sarampo fora do país, ou seja, esteve no estrangeiro nos 7 a 18 dias antes do aparecimento do exantema.

Caso relacionado com importação: Caso resultante de transmissão dentro do país, mas pertencente a uma cadeia de transmissão iniciada por um caso importado (se cadeia de transmissão, no total, durar menos de 12 meses).

Contacto: Qualquer pessoa que tenha estado no mesmo compartimento, por qualquer período de tempo, com um caso em período de contágio.

Bolsas de população suscetível: Agregados populacionais com uma proporção de pessoas corretamente vacinadas para a idade inferior a 95%, representando por isso um risco de disseminação após contacto/exposição a um caso importado.

Surto: Existência de dois ou mais casos de sarampo epidemiologicamente relacionados.

Eliminação: Ausência de casos endémicos num determinado país/área geográfica por um período mínimo de 12 meses, na presença de um bom sistema de vigilância epidemiológica. A eliminação só pode ser declarada pela OMS após a ausência, por um período de, pelo menos, 36 meses, de casos endémicos no país ou nessa área geográfica.

Erradicação: Interrupção da transmissão do vírus a nível mundial na presença de um bom sistema de vigilância epidemiológica.

Restabelecimento da transmissão endémica: Presença de uma cadeia de transmissão de duração ≥ 12 meses, num país /área geográfica onde a doença já tinha sido eliminada.

2. Definições de caso⁶ para fins de vigilância epidemiológica

Tabela II – Definições de caso de sarampo para fins de vigilância epidemiológica

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

⁶ Com base na Decisão da Comissão Europeia nº 2012/506/UE de 08/08/2012 (Jornal Oficial da União Europeia, série L, nº 262/1 de 27/09/2012)

III. Objetivos e estratégias do Programa

1. Objetivos

Objetivos gerais

- Manter a ausência de circulação do vírus do sarampo em Portugal;
- Obter o estatuto nacional de eliminação do sarampo segundo os critérios da OMS.

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
<p>Vacinação de rotina no âmbito do PNV</p> <p>Vacinação dos adultos</p> <p>Vacinação em circunstâncias especiais (profissionais de saúde, viajantes)</p> <p>Atividades adicionais de vacinação para diminuição de bolsas de suscetíveis</p>	<p>Qualquer caso possível ou provável de sarampo implica imediatamente:</p> <p>1) Alerta para a Autoridade de Saúde Regional e</p> <p>2) Investigação laboratorial</p> <p>A Autoridade de Saúde Regional coordena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - investigação epidemiológica imediata dos casos - envio à DGS da informação, caso a caso e dos resumos mensais dos casos <p>A DGS envia a informação aos parceiros europeus</p>	<p>Isolamento dos casos</p> <p>Controlo de surtos</p> <p>Seguimento e/ou auto-vigilância dos contactos</p> <p>Vacinação pós-exposição dos contactos elegíveis</p> <p>Atividades adicionais de vacinação no âmbito de controlo de surtos</p>	<p>Ações de formação/divulgação do Programa, adequadas aos vários públicos-alvo</p>

A avaliação interna e externa (capítulo VII, pg. 28) vai permitir aferir o sucesso decorrente da implementação destas estratégias e a sua sustentabilidade ao longo dos anos, de acordo com as metas europeias.

3. Operacionalização

A operacionalização do Programa implica uma cadeia de atuação desde o nível local do sistema de saúde (cuidados de saúde primários, ambulatório privado e hospitais públicos e privados) até à Direção-Geral da Saúde (DGS).

3.1. Estrutura organizacional

O Programa é coordenado, a nível nacional, pela DGS; a nível regional, pelos Departamentos de Saúde Pública das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e pelos seus homólogos nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira; e a nível local pelas Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) / Unidades Locais de Saúde (ULS).

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) é o laboratório nacional de referência para o sarampo, responsável pela vigilância laboratorial 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 finalidade promover a adesão às recomendações pelos vários públicos-alvo, nomeadamente, profissionais de saúde, população em geral e outros parceiros, através da aceitação e compreensão das medidas preconizadas.

A DGS, as ARS e instituições homólogas nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, e os ACES/ULS, são responsáveis pela divulgação das recomendações, respetivamente a nível nacional, regional e local.

3.2.1. Atividades dirigidas aos profissionais de saúde

- Publicação, na página da DGS, do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (esta Norma);
- Formação dos profissionais que operacionalizam o Programa a nível regional e local;
- Divulgação oportunista do Programa em congressos e ações de formação;
- Divulgação às ARS (Responsáveis Regionais pela Vacinação e outros) e às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, de informação sobre surtos ou eventos internacionais que impliquem um risco aumentado;
- Publicação oportunista de artigos sobre vacinação, vigilância ou gestão de casos e surtos;
- Divulgação aos profissionais das consultas do viajante e centros de vacinação internacional.

3.2.2. Atividades dirigidas à população em geral

- Divulgação de informação sobre o sarampo em ACES, ULS, hospitais e farmácias;

- Divulgação de informação sobre riscos inerentes a viagens e eventos internacionais através da Associação Portuguesa das Agências de Viagens e Turismo (APAVT) e das associações de Farmácias, em consultas de saúde do viajante, dos centros de vacinação internacional, ACES, ULS e hospitais;
- 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;
- Divulgação, aos editores das agências noticiosas e outros meios de informação, de comunicados sobre surtos ou eventos internacionais que impliquem um risco aumentado de sarampo;
- Participação oportunista em entrevistas televisivas, radiofónicas ou escritas.

IV. Vacinação

Uma cobertura vacinal $\geq 95\%$ para ambas as doses a nível nacional e sub-nacional (regional e local) é fundamental para garantir a ausência de casos endémicos e autóctones.

Assim, no âmbito do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo, o objetivo da vacinação é diminuir o número de indivíduos e de bolsas de população suscetíveis, de modo a impedir a circulação do vírus.

A vacinação no âmbito deste Programa está abrangida pelos mesmos critérios do Programa Nacional de Vacinação (PNV): é universal, gratuita, acessível a todas as pessoas presentes em Portugal, com idade igual ou superior a 12 meses, e não necessita de prescrição médica. A vacinação entre os 6 e os 12 meses, em situação de viagens, de pós-exposição a um caso ou no âmbito de atividades adicionais de vacinação (diminuição de suscetíveis e/ou controlo de surtos) apenas será efetuada por indicação expressa da DGS, da Autoridade de Saúde ou prescrição do médico assistente.

As orientações técnicas para a vacinação com a VASPR estão disponíveis no PNV 2012. Atualmente, em Portugal, a única vacina disponível é a vacina trivalente contra o sarampo, a rubéola e a parotidite epidémica - VASPR (anexo I).

1. Vacinação de rotina

Cumprindo o disposto no PNV 2012, é necessário reforçar a vacinação das crianças e adolescentes. As vacinas devem ser administradas na idade recomendada (tabela III) havendo, no entanto, esquemas cronológicos de recurso para as situações de atraso vacinal.

Tabela III - Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo (VASPR) de acordo com o PNV

População-alvo / idade	Nº doses de VASPR recomendadas e esquema
<18 anos (PNV 2012)	2 doses Aos 12 meses e 5-6 anos de idade Convocar ativamente as crianças e jovens com o esquema em atraso – “esquemas de recurso”

2. Vacinação dos adultos

Qualquer pessoa que já tenha o número de doses recomendadas não necessita de ser vacinada

As pessoas de idade igual ou superior a 18 anos, nascidas a partir de 1970, sem história credível de sarampo, devem ter, pelo menos, uma dose de vacina contra o sarampo (VAS ou VASPR) (tabela IV), independentemente da idade em que a vacina foi administrada.

Não é necessária a vacinação dos nascidos antes de 1970, excepto se houver exposição a casos de sarampo ou de viagens para áreas onde decorrem surtos⁷, uma vez que o Inquérito Serológico Nacional 2001/2002 demonstra que este grupo etário tem uma elevada proporção de indivíduos protegidos.

Tabela IV - Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo em adultos não vacinados (VAS/VASPR) e sem história credível de sarampo, de acordo com a data de nascimento

População-alvo / idade		Nº doses de VASPR recomendadas
Adultos (≥18 anos)	nascidos ≥1970	1 dose Aproveitar todas as oportunidades de vacinação
	nascidos <1970	0 doses

3. Vacinação em circunstâncias especiais

Qualquer pessoa que já tenha o número de doses recomendadas não necessita de ser vacinada

3.1. Vacinação dos profissionais de saúde⁸

Pretende-se garantir a proteção adequada dos profissionais de saúde que têm contacto próximo com doentes, atendendo ao risco acrescido de contacto com casos importados. Assim, todos os profissionais de saúde sem história credível de sarampo, independentemente da idade, devem estar vacinados com 2 doses (VAS/VASPR) (Tabela V). A recomendação para situações de pós-exposição é apresentada no capítulo VI (pg.26).

Tabela V – Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo em profissionais de saúde não vacinados corretamente (VAS/VASPR) e sem história credível de sarampo

População-alvo	Nº doses de VASPR recomendadas
Profissionais de saúde	2 doses Mínimo de 4 semanas entre as doses

3.2. Vacinação de viajantes

Pretende-se garantir a proteção dos viajantes para países/regiões (Europa, África e Ásia) onde ocorrem surtos, epidemias ou endemias de sarampo⁷, reduzindo a possibilidade de ocorrência de casos importados.

⁷ Informação atualizada em: <http://data.euro.who.int/cisid/>; <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epidemiological-briefs>; <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/Pages/index.aspx>

⁸ O sarampo encontra-se eliminado em Portugal pelo menos desde 2004, tendo a última grande epidemia ocorrido em 1993-94. A atual inexperiência dos médicos mais jovens em relação ao sarampo aumenta o risco de atraso no diagnóstico, facilitando a exposição dos profissionais de saúde ao vírus e a consequente transmissão da doença.

Deve ser verificado/atualizado o esquema vacinal de acordo com a tabela VI.

Tabela VI – Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo aos viajantes não vacinados corretamente (VAS/VASPR), e/ou sem história credível de sarampo, de acordo com a idade

Idade	Nº doses de VASPR recomendadas
≥6 meses e <12 meses	1 dose ^(a) Considerada dose “zero”, devendo ser administrada a VASPR 1 aos 12 meses de idade, respeitando um mínimo de 4 semanas entre as doses
≥12 meses e <18 anos (PNV)	2 doses Antecipar a VASPR 2, se necessário, respeitando um mínimo de 4 semanas entre as doses
≥18 anos (independentemente do ano de nascimento)	1 dose ^(b) Se não tiver história credível de sarampo

(a) Por indicação expressa da DGS, da Autoridade de Saúde ou prescrição do médico assistente

(b) Se for profissional de saúde deve possuir registo de 2 doses

4. Atividades adicionais de vacinação

As atividades adicionais de vacinação destinam-se a agregados populacionais específicos com o objetivo de evitar ou reduzir bolsas de população suscetível ou no âmbito do controlo de surtos (capítulo VI, pg. 26).

Estas atividades são realizadas a nível local, em articulação com o nível regional e/ou nacional.

Tabela VII - Atividades adicionais de vacinação contra o sarampo (vacina VASPR)

Bolsas de população suscetível	Identificar agregados populacionais (famílias, comunidades, grupos de minorias religiosas, filosóficas ou étnicas, bairros de imigrantes, instituições de refugiados ou outros) com coberturas vacinais <95%	<ul style="list-style-type: none"> - Vacinar de acordo com o estado vacinal e a idade (tabelas III e IV) - Pode ser decidido, por razões sociais e/ou epidemiológicas, adiantar esquemas vacinais (antecipar a 1ª ou a 2ª dose de VASPR) e/ou aplicar as recomendações de vacinação de viajantes (tabela VI)
Instituições coletivas	Identificar pessoas de instituições coletivas não vacinadas ou incorretamente vacinadas: <ul style="list-style-type: none"> - População escolarizada, incluindo profissionais (desde o ensino pré-escolar ao universitário) - População residente em aglomerados institucionais (ex: IPSS, quartéis de forças militares e militarizadas, prisões) e respetivos profissionais 	
Controlo de surtos	Em situações de surto (capítulo VI, pg. 26) pode ser justificável, de acordo com a avaliação do risco, a vacinação de comunidades, instituições coletivas, ou outros	

V. Vigilância clínica, laboratorial e epidemiológica

1. Objetivos

Para uma adequada avaliação do risco e controlo eficaz da transmissão do sarampo importa melhorar a deteção, notificação e investigação de casos de sarampo, tornando as atividades de vigilância mais precoces, rápidas e efetivas, nomeadamente:

- A identificação e comunicação de caso(s);
- A investigação epidemiológica: identificação da fonte da infeção; identificação dos contactos do(s) caso(s) em período de contágio; identificação de cadeias de transmissão (casos secundários e terciários);
- A confirmação/infirmiação laboratorial e a caracterização genotípica da estirpe.

Neste capítulo, o nome “Delegado de Saúde Regional (DSR)” aplica-se também aos seus homólogos das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

2. Procedimentos

Os procedimentos decorrentes do diagnóstico de um caso possível ou provável de sarampo implicam uma colaboração estreita entre os vários parceiros envolvidos, para o desenvolvimento de uma ação em cadeia, sintetizada no fluxograma do anexo II.

2.1. Papel do médico que diagnostique um ou mais casos possíveis ou prováveis de sarampo

- a) O médico que diagnostique um ou mais casos possíveis ou prováveis de sarampo deve, de imediato⁹:

1. Alertar por telefone (contactos no anexo III) e fornecer informação (recolhida para preenchimento do formulário a enviar ao laboratório – anexo IV) ao Departamento de Saúde Pública da ARS respetiva ou aos serviços homólogos nas Regiões Autónomas
2. Promover a identificação e registo de todos os profissionais e utentes que contactaram com o caso (parte integrante do inquérito epidemiológico: anexo V), se possível, com a colaboração dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e/ou Comissões de Controlo da Infeção
3. Articular com as autoridades de saúde para definição, o mais precocemente possível, das medidas de prevenção e gestão do risco referentes aos contactos (profissionais e utentes) no serviço de saúde (capítulo VI)
4. Preencher e enviar o formulário da declaração obrigatória de doenças transmissíveis (DDO, Modelo nº1536 da INCM)

⁹ Qualquer profissional de saúde não médico que tome conhecimento de uma situação suspeita de sarampo, deve, de imediato, alertar um médico para avaliar o caso ou contactar a *Linha Saúde 24* (telefone: 808 24 24 24).

- b) O médico que diagnostique um ou mais casos possíveis ou prováveis de sarampo deve também providenciar, de imediato, a sua confirmação laboratorial no laboratório de referência para o sarampo (INSA-Lisboa)¹⁰:

Os exames laboratoriais são gratuitos para a entidade requerente

Exames laboratoriais (formulário no anexo IV e instruções de colheita no anexo VI):

1. Serologia (IgM e IgG). Pode ser necessária 2ª amostra (para confirmar seroconversão)
2. PCR (Reação em Cadeia da Polimerase)
3. Isolamento viral e caracterização genotípica da estirpe

2.2. Papel das autoridades de saúde

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

1. Informar o(s) Delegado(s) de Saúde Local da área da residência do doente e da área da unidade de saúde onde foi diagnosticado, para colaboração na realização urgente da investigação epidemiológica¹¹ (anexo V) e medidas relativas aos contactos na unidade de saúde e na comunidade (capítulo VI)
2. Informar a DGS (Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública - UESP; email: alerta@dgs.pt; tel.: 21 843 0628; fax: 21 843 0655)

- b) O Delegado de Saúde Local que receber a informação deve, de imediato:

1. Promover a realização urgente da investigação epidemiológica (anexo V) com prioridade para a identificação dos contactos do(s) caso(s)
2. Articular, o mais precocemente possível, com o médico que deu o alerta para a identificação dos contactos no serviço de saúde e definição das medidas de prevenção e gestão do risco referentes aos contactos no serviço de saúde onde foi diagnosticado o caso (capítulo VI)
3. Aplicar as medidas de controlo aos contactos identificados na comunidade (capítulo VI)
4. Enviar o formulário da declaração obrigatória de doenças transmissíveis (DDO, Modelo nº1536 da INCM) ao DSR e à DGS (Divisão de Epidemiologia e Estatística; e-mail: ddo@dgs.pt; tel. 21 843 0625/72; fax: 21 843 0687)
5. Enviar ao DSR, até às 48 horas seguintes, o inquérito intercalar (anexo V)¹², onde devem constar as medidas executadas e planeadas, e ainda informação adicional relevante para a investigação epidemiológica
6. Enviar ao DSR, nas 2 semanas após o alerta, o inquérito epidemiológico completo

¹⁰ Mesmo que já haja resultados de outro laboratório.

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

¹² Inquérito intercalar: preenchimento de dados do inquérito epidemiológico (anexo V) com a informação mínima para o início da gestão de casos ou surtos (ver em 3.2, pg. 21).

- c) O Delegado de Saúde Regional envia à DGS (Divisão de Epidemiologia e Estatística; e-mail: ddo@dgs.pt; tel. 21 843 0625/72; fax: 21 843 0687):

1. Até às 72 horas após o alerta, o inquérito intercalar (anexo V)
2. Até às 2 semanas após o alerta, o Inquérito Epidemiológico completo
3. Até às 4 semanas após o último caso, quando aplicável, o relatório final da investigação de surto
4. Até ao dia 20 do mês seguinte, resumos mensais com os casos possíveis, prováveis, confirmados, excluídos ou “zero casos” (anexo VII)

(Na DGS - A Divisão de Epidemiologia e Estatística informará a Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde)

Os formulários dos anexos III, IV, V, VI e VII estão disponíveis no *website* da DGS (tema “DDO”)

2.3. Papel do Laboratório de Referência (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA)

No âmbito deste Programa, é essencial a integração da vigilância clínica com a vigilância laboratorial e a sua ligação à ação de saúde pública que deve ser imediata após a deteção de um caso clínico.

Por ser uma doença alvo de um programa de eliminação, a confirmação laboratorial dos casos de sarampo é obrigatória. A deteção e o isolamento viral são determinantes para a caracterização genotípica da estirpe, que permite identificar a origem do vírus.

O Laboratório de referência deve:

1. Executar os exames laboratoriais: serologia, PCR, isolamento viral e caracterização genotípica da estirpe
2. Comunicar imediatamente qualquer solicitação de exames laboratoriais para sarampo para:
 - a) O DSR da área onde o caso foi diagnosticado
 - b) A DGS
3. Comunicar os resultados laboratoriais, logo que estejam disponíveis (anexo II):
 - a) Para o serviço de saúde que solicitou os exames laboratoriais
 - b) Com conhecimento ao Delegado de Saúde Regional (DSR)
 - c) Com conhecimento à DGS/ Divisão de Epidemiologia e Estatística (e-mail: ddo@dgs.pt; tel. 21 843 0625/72; fax: 21 843 0687)

3. Sistema de informação: alerta, inquérito epidemiológico, relatórios e resumos mensais

No período desde o alerta de caso ou de surto até ao encerramento do processo, e de acordo com o descrito no ponto 2, é obrigatório o preenchimento de diversos documentos que visam a partilha de informação a nível nacional e internacional, de modo a facilitar a adequada

gestão do risco, evitando a ocorrência de cadeias de transmissão e permitindo a avaliação externa (nacional e internacional).

3.1. Alerta

Os elementos recolhidos para preenchimento do anexo IV (formulário a enviar ao laboratório), devem ser imediatamente comunicados telefonicamente (contactos no anexo III) ao Delegado de Saúde Regional, pelo médico que diagnostica um ou mais casos possíveis ou prováveis de sarampo.

3.2. Inquérito intercalar

Este inquérito, a elaborar nas primeiras 48 horas após o alerta pelo Delegado de Saúde Local com a colaboração do serviço de saúde onde foi feito o diagnóstico, fornece um conjunto mínimo de dados que permite fazer a avaliação do risco e a adequação de medidas já iniciadas ou a iniciar de imediato.

O Delegado de Saúde Local envia o relatório intercalar para o Delegado de Saúde Regional que o remete à DGS (Divisão de Epidemiologia e Estatística) nas primeiras 72 horas após o alerta.

O inquérito intercalar corresponde ao preenchimento dos seguintes dados do inquérito epidemiológico (anexo V):

1. Identificação do doente;
2. Dados clínicos (à exceção dos resultados laboratoriais, complicações e evolução);
3. Antecedentes pessoais;
4. Dados epidemiológicos (incluindo a listagem dos contactos identificados, com informação sobre o seu estado vacinal);
5. Medidas de controlo (já executadas e/ou planeadas).

3.3. Inquérito Epidemiológico

O Inquérito Epidemiológico (anexo V) contém informação epidemiológica detalhada que permite uma caracterização completa da situação. O Delegado de Saúde Local envia o Inquérito Epidemiológico ao DSR, que o deve remeter à DGS até às 2 semanas após o alerta.

3.4. Relatório final da investigação de surtos

Em situação de surto, o Delegado de Saúde Regional é responsável pelo envio de um relatório final da investigação do surto à DGS (Divisão de Epidemiologia e Estatística; e-mail: ddo@dgs.pt; tel. 21 843 0625/72; fax: 21 843 0687), até 4 semanas após o último caso.

Este relatório inclui a informação dos Inquéritos Epidemiológicos e toda a informação adicional considerada pertinente para o completo esclarecimento da(s) cadeia(s) de transmissão. Deve conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

- Data de início de sintomas do primeiro caso;
- Data de início de sintomas do último caso;
- Origem do caso primário (importado, de que país; autóctone ou endémico);
- Tabela com todos os casos identificados (identificação de acordo com o constante no formulário da declaração obrigatória de doenças transmissíveis – DDO - Modelo

nº1536 da INCM), discriminando, caso a caso, resultados laboratoriais (incluindo o genótipo) e classificação de caso (pg. 12);

- Total de casos secundários e terciários e gerações seguintes;
- Total de contactos identificados;
- Distribuição dos contactos identificados por tipo de contacto (anexo V);
- 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;
- Número de casos secundários ou terciários que foram vacinados em pós-exposição/total de contactos vacinados pós-exposição;
- Número de casos secundários ou terciários que foram vacinados <72h pós-exposição/total de contactos vacinados <72h pós-exposição;
- Total de pessoas consideradas em risco vacinadas/total de pessoas consideradas em risco.

3.5. Resumos mensais

Os resumos mensais, da responsabilidade do Delegado de Saúde Regional, inserem-se no âmbito dos requisitos internacionalmente definidos para avaliação da evolução do cumprimento do Programa Europeu.

O DSR envia o resumo mensal dos casos possíveis, prováveis, confirmados e excluídos (anexo VII) ou uma mensagem com “zero casos” à DGS, até ao dia 20 do mês seguinte. Se nesse resumo forem identificados casos ainda não notificados à DGS, o processo de notificação e investigação descrito deve ser desencadeado imediatamente.

A DGS envia os dados epidemiológicos atualizados ao ECDC até ao dia 25 de cada mês e aquele envia-os posteriormente para a OMS.

4. Identificação dos contactos - alguns aspetos

De acordo com a definição de contacto (capítulo II, pg.11) a sua identificação abrange, entre outros: 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, contactos em viagem.

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

A identificação de contactos residentes noutra área implica a comunicação e colaboração com os respetivos delegados de saúde, via DSR. Se o contacto residir no estrangeiro, a DGS deverá contactar a Autoridade de Saúde do país em questão.

Nas situações de viagem de um caso em período de contágio, todos os passageiros e tripulantes da mesma cabine são considerados expostos. No entanto, na maioria dos casos, só é possível a identificação dos passageiros em viagens com reserva nominal e registo de lugares, como é o caso de viagens de avião (exceto companhias *low cost*) e navios de cruzeiro.

Estas situações implicam a colaboração e intervenção das autoridades de saúde de portos e aeroportos.

A identificação de contactos durante uma viagem só se justifica se for possível informá-los, até ao máximo de 12 dias após a viagem, sobre a sua exposição ao sarampo e eventual indicação de vacinação (tabela VIII). Se a informação estiver disponível, a comunicação com o contacto deve decorrer pela seguinte ordem de prioridades:

1. Passageiros de idade inferior a 2 anos, grávidas, imunocomprometidos (se possível identificar);
2. Passageiros que se sentaram na mesma fila, nas 2 filas à frente e nas 2 filas atrás do caso;
3. Tripulantes da cabine onde viajou o caso;
4. Passageiros das filas seguintes, progressivamente mais afastadas da fila onde viajou o caso.

VI. Gestão de casos e surtos

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, prevenindo a ocorrência de casos secundários ou surtos.

2. Medidas

Após a investigação epidemiológica 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 iniciar, o mais rapidamente possível, a resposta adequada à gestão do risco, e que pode incluir as seguintes medidas:

- Isolamento dos casos;
- Seguimento/auto-vigilância dos contactos;
- Vacinação perante casos ou surtos;
- Afastamento social dos contactos;
- Atividades adicionais de vacinação, se aplicável.

2.1. Isolamento dos casos

O período de contágio do sarampo estende-se desde 4 dias antes do início do exantema até 4 dias após, podendo ser mais longo em imunocomprometidos.

Atendendo à elevada contagiosidade do sarampo, recomenda-se:

No domicílio

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

Nos estabelecimentos escolares

O afastamento deve manter-se pelo período mínimo de 4 dias após o início do exantema, aplicando-se a discentes, docentes e pessoal não docente (Decreto-Lei nº 229/94 de 13 de setembro e Decreto Regulamentar nº 3/95 de 27 de janeiro)

No hospital

Os doentes deverão estar isolados ou em regime de coorte com outros casos confirmados, pelo menos, até 4 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 orientação da Comissão de Controlo da Infecção

Apenas profissionais de saúde adequadamente vacinados/imunizados deverão cuidar destes doentes

2.2. 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.

O Delegado de Saúde ou os serviços competentes das unidades de saúde poderão estabelecer um programa de seguimento ativo dos contactos.

2.3. Vacinação perante casos ou surtos

2.3.1. Vacinação pós-exposição

A vacinação pós-exposição (tabela VIII) de contactos suscetíveis de casos de sarampo é sempre urgente (sendo mais eficaz nas 72 horas após início da exposição) e tem dois objetivos:

- proteção individual;
- interrupção de cadeias de transmissão.

Qualquer pessoa que já tenha o número de doses recomendadas não necessita de ser vacinada

Tabela VIII – Número de doses recomendadas de vacina contra o sarampo de pessoas não vacinadas corretamente (VAS/VASPR), e sem história credível de sarampo, em situação de pós-exposição, incluindo profissionais de saúde, de acordo com a idade e ano de nascimento

Idade / ano de nascimento		Nº doses de VASPR recomendadas
≥6 meses e <12 meses		1 dose ^(a) Considerada dose “zero”, devendo ser administrada a VASPR 1 aos 12 meses de idade, respeitando um mínimo de 4 semanas entre as doses
≥12 meses e <18 anos (PNV)		2 doses Antecipar a VASPR 2, se necessário, respeitando um mínimo de 4 semanas entre as doses
≥18 anos	Nascidos ≥1970	2 doses Intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses
	Nascidos <1970	1 dose Profissional de saúde: 2 doses
Contraindicação para a VASPR (grávidas, imunocomprometidos, outros)		Considerar a imunização passiva pós-exposição com imunoglobulina humana normal, até 6 dias após exposição (avaliação caso a caso)

(a) A vacinação entre os 6 e os 12 meses, em situação de pós-exposição ou em atividades adicionais de vacinação, apenas será efetuada por indicação expressa da DGS, da Autoridade de Saúde ou prescrição do médico assistente.

Resumindo:

Em situação de pós-exposição a um caso possível, provável ou confirmado, consideram-se protegidos:

Nascidos ≥ 1970 - se tiverem tido a doença ou se estiverem vacinados com, pelo menos, 2 doses de vacina, administradas após os 12 meses de idade, com intervalo entre as doses de, pelo menos, 4 semanas

Nascidos < 1970 - se tiverem tido a doença ou se estiverem vacinados com, pelo menos, 1 dose de vacina, administrada após os 12 meses de idade

Excetuam-se os profissionais de saúde: só se consideram protegidos se tiverem 2 doses de vacina, com intervalo entre as doses de, pelo menos, 4 semanas, ou se tiverem tido a doença

2.3.2. Vacinação de profissionais de saúde

É prioritária a vacinação de profissionais de saúde suscetíveis, expostos ou em risco de exposição a um ou mais casos de sarampo, uma vez que podem gerar cadeias de transmissão em serviços de saúde e contagiar pessoas com maior risco de complicações. Os Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e as Comissões de Controlo da Infecção deverão participar nestas ações.

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

- se indicado, ser vacinados, urgentemente, de acordo com os critérios da tabela VIII. Em caso de recusa preencherão uma declaração de recusa.
- ser informados sobre a doença e aconselhados a avaliação médica se iniciarem sinais e sintomas sugestivos

2.3.3. Atividades adicionais de vacinação

Em situações de surto pode ser justificável, de acordo com avaliação do risco (capítulo IV, pg.18), vacinar comunidades ou instituições coletivas, como escolas ou outras.

Após a identificação dos contactos e vacinação dos considerados suscetíveis, deverá ser feita, rapidamente, uma avaliação do risco mais alargada a nível local, incluindo a verificação do estado vacinal de outras pessoas consideradas em risco e sua vacinação de acordo com o estado vacinal e a idade e/ou antecipando esquemas vacinais.

2.4. Afastamento social de contactos

O afastamento social é especialmente importante no caso de profissionais de saúde.

Se o caso de sarampo for confirmado, os seus contactos que não tenham tido a doença nem estejam adequadamente vacinados, deverão evitar o contacto (não protegido) entre o 5º e o 21º dia pós-exposição (período de contágio entre 7 e 18 dias).com pessoas para as quais o risco de complicações é maior, como por exemplo:

- idade inferior a 12 meses;
- grávidas;
- imunocomprometidos.

VII. Avaliação do Programa

O Programa será avaliado, anualmente, pela Comissão Nacional de Verificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola (CNVSR), recentemente nomeada¹³, que responde perante a Comissão de Verificação da Região Europeia (CRV), para obtenção do estatuto nacional de eliminação do sarampo e da rubéola segundo os requisitos do programa europeu, que incluem:

- Resultados do progresso da eliminação do sarampo em Portugal;
- Resultados da vacinação;
- Resultados da vigilância epidemiológica;
- Resultados da gestão de casos e surtos.

1. Progresso da eliminação

A avaliação, pela CRV, do progresso relativamente ao objetivo “eliminação do sarampo” de cada país será realizada anualmente, através da apreciação dos resultados dos indicadores e metas apresentados na tabela IX.

Tabela IX – Indicadores e metas para monitorizar o progresso da eliminação do sarampo a nível nacional, segundo as recomendações da OMS

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% a nível regional e nacional
	Cobertura anual com a 2ª dose da vacina contra o sarampo aos 7 anos de idade	≥95% a nível regional e nacional

2. Vacinação

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

Estas metas devem ser alcançadas a nível local, regional e nacional.

As atividades adicionais de vacinação em bolsas de população suscetível e/ou instituições coletivas serão descritas resumidamente por cada região de saúde, anualmente, através do modelo no anexo VIII.

A avaliação da vacinação de profissionais de saúde será resumidamente descrita por cada região de saúde, anualmente, através do modelo do anexo IX.

¹³ Nomeada com a concordância do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde a 30/01/2013

Tabela X – Indicadores e metas nacionais anuais da vacinação contra o sarampo (VAS ou VASPR)

Indicadores		Metas
PNV (<18 anos de idade)	Cobertura vacinal, de acordo com o PNV, das coortes com 2 e 7 anos de idade	≥95% (níveis regional e nacional)
	Cobertura vacinal, de acordo com o PNV, das coortes com mais de 7 anos de idade	
Atividades adicionais de vacinação	Avaliação anual da cobertura vacinal, de acordo com o PNV, em instituições coletivas com população <18 anos de idade	98% (nível nacional)
Profissionais de saúde	Cobertura vacinal por grupo profissional	≥95%

3. Vigilância

Na tabela XI apresentam-se os indicadores e as metas nacionais para avaliação anual da vigilância do sarampo, baseados nos requisitos do Programa Europeu de Eliminação do Sarampo (OMS).

Tabela XI – Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância do sarampo

Indicadores		Metas
Notificações periódicas	Percentagem de relatórios mensais recebidos na DGS, por Região	>80%
	Percentagem de relatórios mensais recebidos na DGS até ao dia 20 do mês seguinte, por Região	>80%
	Percentagem de relatórios mensais enviados pela DGS para o ECDC/OMS	>80%
	Percentagem de relatórios mensais enviados pela DGS para o ECDC/OMS, até ao dia 25 do mês seguinte	>80%
Investigação epidemiológica	Percentagem de casos possíveis, prováveis e confirmados com inquérito epidemiológico realizado e enviado à DGS	≥95%
	Percentagem de casos prováveis e confirmados de sarampo com origem da infeção identificada	100%
	Percentagem de casos de sarampo com inquérito epidemiológico intercalar enviado ao DSR até às 48h após informação	>80%
Diagnóstico laboratorial	Percentagem de casos possíveis com investigação laboratorial no Laboratório de Referência (INSA)	≥80%
	Percentagem de casos confirmados com a estirpe viral caracterizada	≥80%
	Percentagem de casos possíveis, prováveis e confirmados em que a colheita de produtos biológicos ocorreu nas primeiras 2 semanas após o início dos sintomas	>50%
	Percentagem de casos possíveis, prováveis e confirmados com colheita de sangue e pelo menos mais um outro produto biológico (fluidos orais, urina ou exsudado da orofaringe)	>50%

4. Gestão de casos e surtos

Na tabela XII apresentam-se os indicadores e as metas nacionais para avaliação anual da estratégia de gestão de casos e de surtos de sarampo.

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

Indicadores	Metas
Nº de surtos	≤1
Nº médio de casos (prováveis e confirmados) por surto	<10 casos
Percentagem de casos importados que originaram surtos, nos 3 anos anteriores	<50%
Nº de surtos com estirpe viral identificada	100%

5. Comissão Nacional de Verificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola (CNVSR)

A Comissão Nacional de Verificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola (CNVSR) foi nomeada a 25/01/2013, pelo Diretor-Geral da Saúde e obteve a concordância do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde a 31/01/2013.

5.1. Composição

A CNVSR tem a seguinte composição:

Ana Maria Correia, Médica de Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da ARS Norte (Presidente)

José Gonçalo Marques, Pediatra, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Fernanda Rodrigues, Pediatra, Hospital Pediátrico de Coimbra

Paulo Paixão, Virologista, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa

Luisa Pinto, Obstetra, Hospital de Santa Maria, Lisboa

5.2. Missão e funções

A CNVSR tem como missão:

1. Estabelecer, rever e monitorizar o processo de verificação da eliminação do sarampo e da rubéola a nível nacional, de acordo com as orientações da OMS-Europa;
2. Proceder à avaliação da implementação dos programas de eliminação do sarampo e da rubéola a nível nacional;
3. Preparar o relatório nacional anual de progressos do processo de eliminação;
4. Propor alterações de acordo com os resultados obtidos.

As funções da CNVSR incluem:

- Realizar duas ou mais reuniões anuais, de acordo com os requisitos das atividades de eliminação;
- Preparar o plano de ação para o processo de documentação e verificação da eliminação do sarampo e da rubéola em Portugal, definindo responsabilidades e cronograma das atividades, em colaboração com a coordenação dos programas nacionais de eliminação do sarampo e da rubéola e com a cooperação técnica do Gabinete Regional da OMS-Europa e da Comissão Regional de Verificação da Eliminação do Sarampo e da Rubéola (CRV);
- Apresentar o plano de ação à Autoridade de Saúde Nacional e à CRV;
- Compilar e analisar a informação necessária para a avaliação do processo de eliminação;
- Aconselhar os responsáveis pela vigilância, pela componente laboratorial e pela vacinação;
- Participar em eventuais sessões de trabalho e visitas da CRV a Portugal;
- Preparar o relatório anual nacional sobre a eliminação do sarampo e da rubéola e submetê-lo à Autoridade de Saúde Nacional, antes de o apresentar, oficialmente, ao Secretariado da OMS-Europa.