Rita Sá Machado
Digitally signed by Rita Sá Machado
DN: c=PT, title=Diretora-Geral da Saúde, ou=Direção, o=Direção-Geral da Saúde, sn=Sá Machado Duarte, givenName=Rita Manuel, cn=Rita Sá Machado
Date: 2026.07.24 10:06:54 +01'00'

NORMA

Número: 004/2017

Data: 12/04/2017

Atualização: 24/07/2026

Assunto: Procedimentos perante uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo - Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (PNES)

Palavras-Chave: sarampo; procedimentos

Para: Sistema de Saúde

Contatos: vacinas@dgs.min-saude.pt

Sumário da Atualização:
- Atualização das recomendações em contexto de pós-exposição (alínea e)
- Atualização da dose de imunoglobulina humana normal em contexto de pós-exposição (nota de rodapé nº. 24)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte Norma:

1. A presente Norma define, atualiza e operacionaliza as medidas preconizadas na Norma nº 006/2013 - Programa Nacional de Eliminação do Sarampo[1] (PNES), no que respeita aos procedimentos a adotar perante uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo.
2. Uma suspeição clínica de sarampo ou um caso possível de sarampo constitui um alerta em Saúde Pública, cuja gestão compete às Autoridades de Saúde. Para esta gestão adequada é necessária a colaboração diligente e em tempo útil de todos os profissionais de saúde, dirigentes e responsáveis de Unidades de Saúde, eventuais intervenientes, incluindo a necessária colaboração individual da pessoa infetada ou do seu representante legal.
3. A vacinação de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV)[2] é a melhor medida de prevenção, protegendo os próprios indivíduos e aqueles que não podem ser vacinados por não terem idade ou por contraindicação à vacinação (**Quadro 1**).
4. A vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR) pode ser administrada entre os 6 e os 12 meses de idade, considerando-se esta uma "dose zero". As crianças vacinadas durante o primeiro ano de vida devem ser revacinadas, com VASPR 1, aos 12 meses de idade e completar a vacinação de acordo com o PNV, respeitando os intervalos mínimos entre doses.

[1] Disponível em norma-n-0062013-de-02042013-jpg.aspx (dgs.pt)
[2] Programa Nacional de Vacinação 2020. Norma n.º 018/2020, de 27/09/2020

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

5. A 2ª dose pode ser antecipada e administrada antes dos 5 anos de idade, após avaliação clínica e epidemiológica, por indicação da Autoridade de Saúde - em situação de pós-exposição (**Quadro 5**) - ou por prescrição do médico assistente - em situação de viagem para países de risco[3].
6. Na ausência de registo vacinal considera-se a pessoa como não vacinada.

Quadro 1 - Número de doses de VASPR recomendadas, de acordo com a idade (PNV)

População-alvo/Idade		**Número de doses de VASPR recomendadas**
<18 anos		2 doses Esquema recomendado: 12 meses e 5 anos de idade
Adultos (≥18 anos)	nascidos ≥1970	1 dose
	nascidos <1970	0 doses[4]
	Profissionais de saúde	2 doses (independentemente do ano de nascimento)[5]

7. Uma "suspeição clínica de sarampo"[6], refere-se a qualquer pessoa que, numa avaliação clínica inicial, apresente sinais e/ou sintomas compatíveis com infeção pelo vírus do sarampo, incluindo manifestações atípicas.
8. Um "caso possível de sarampo", refere-se a qualquer pessoa que cumpra os critérios clínicos da definição de caso, conforme o Despacho n.º 1150/2021 de 28 de janeiro (consultar Informação Complementar, **Quadro 4**, da presente Norma).
9. No âmbito do PNES, o pedido de investigação laboratorial para o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA) deve ser feito apenas quando existe uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo, sendo a sua realização gratuita para a entidade requerente.
10. Perante uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo numa Unidade de Saúde, devem-se adotar as medidas contempladas no **Quadro 2** e esquematizadas no **Fluxograma 1**.

[3] Áreas de risco atualizadas em: ECDC Weekly threats reports (CDTR); ECDC Surveillance Atlas of Infectous Disease
[4] De acordo com o Inquérito Serológico Nacional 2015/2016, cerca de 99% da população nascida antes de 1970 tem proteção contra o sarampo. Considera-se que as pessoas que tiveram sarampo estão protegidas para toda a vida, não necessitando de vacinação.
[5] Considerando a elevada contagiosidade do sarampo, todos os profissionais que têm contacto próximo com doentes em contexto de serviços de saúde devem ter 2 doses de VAS/VASPR ou apresentar história credível de sarampo.
[6] Disponível em https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/measles-outbreak-toolbox

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

Quadro 2 - Medidas a implementar perante uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo, em Unidades de Saúde

Responsável	Medidas a implementar
Funcionário da Unidade de Saúde (ex.: enfermeiro, segurança, assistente técnico ou técnico auxiliar)	Perante uma pessoa que, à entrada, informe de: Febre + erupção cutânea + tosse ou rinite ou conjuntivite **E/OU** perante uma pessoa que refira exposição a caso de sarampo: a) Colocar máscara FFP2; b) Fornecer uma máscara cirúrgica ao utente e encaminhá-lo para uma sala separada, com a porta fechada[7]. O utente deve manter sempre a máscara corretamente colocada na Unidade de Saúde e durante o transporte, caso este seja necessário. c) Qualquer funcionário não médico da Unidade de Saúde que tome conhecimento de uma suspeição clínica de sarampo deve, de imediato, alertar um médico para avaliação clínica.
Médico	Após diagnóstico de uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo, deve, de imediato: d) Promover o isolamento do utente; i. Todos os profissionais de saúde devem cumprir as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) baseadas na transmissão por via aérea (utilização de respirador ultra-filtrante tipo P2 - PPF2/N95)[8] e apenas devem prestar cuidados diretos os profissionais vacinados com 2 doses de VAS/VASPR ou história credível de sarampo; e) Se o utente está numa Unidade Funcional dos **Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, o médico que o avalia, deve: i. Notificar o caso de sarampo na plataforma informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVEmed[9]), preenchendo o formulário de notificação com a informação clínica disponível; ii. Se o utente estiver clinicamente estável, promover a colheita e envio de amostras biológicas para o INSA, o mais precocemente possível (no máximo, até 24 horas), acompanhadas do número de notificação SINAVEmed e do Anexo IV constante no PNES[10], com a indicação de "Sarampo – Diagnóstico Laboratorial", salvaguardando as boas práticas no acondicionamento e transporte de amostras biológicas; iii. Se não for possível efetuar colheita de amostras biológicas em contexto de CSP ou se houver justificação clínica, referenciar o caso para o Hospital da área (em transporte próprio ou em ambulância, com máscara colocada), após contacto prévio com o Chefe da equipa do Serviço de Urgência; iv. Informar o Coordenador da Unidade Funcional, a Autoridade de Saúde de nível Local (ASL), o Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e o Responsável do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO);

[7] Caso o utente esteja assintomático e tenha história credível de vacinação contra o sarampo (VAS/VASPR), através da apresentação do boletim de vacinação ou após confirmação, pelo profissional de saúde, na plataforma informática de registo de vacinação, não é necessário isolar em sala separada, devendo apenas ser colocada máscara cirúrgica.
[8] Direção-Geral da Saúde, Orientação n.º 001/2018, de 17/03/2018, atualizada a 21/06/2024. Disponível aqui.
[9] Acesso à plataforma SINAVEmed: aqui; A plataforma também pode ser acedida selecionando o botão SINAVE nas aplicações clínicas de apoio ao médico (Sclínico ou outras).
[10] Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 006/2013, de 02/04/2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

	v. Promover a identificação e registo, de imediato, de todos os contactos do caso (profissionais, utentes e acompanhantes) nesta Unidade de Saúde, em articulação com a ASL e equipa de enfermagem; vi. Informar o doente e a família sobre as medidas a ter no âmbito do seu isolamento físico (nomeadamente, evitar o contacto com outras pessoas) e que serão contactados pela ASL para identificação dos contactos (agregado familiar e comunidade). f) Se o utente está no **Hospital**, o médico que o avalia deve: i. Notificar o caso de sarampo na plataforma SINAVEmed[11], preenchendo o formulário de notificação com a informação clínica disponível; ii. Providenciar a colheita de amostras biológicas e o envio imediato ao INSA[12], com a indicação de "Sarampo – Diagnóstico Laboratorial", acompanhadas do número de notificação SINAVEmed e do Anexo IV constante no PNES[13], salvaguardando as boas práticas no acondicionamento e transporte de amostras biológicas; iii. Informar a Direção Clínica, a ASL, o Coordenador Local do PPCIRA e o Responsável do SSO; iv. Promover a identificação e registo, de imediato, de todos os contactos do caso (profissionais, utentes e acompanhantes) nesta Unidade de Saúde, em articulação com a ASL e equipa de enfermagem; v. Informar o doente e a família, sobre as medidas a ter no âmbito do seu isolamento físico (nomeadamente, evitar o contacto com outras pessoas) e que serão contactados pela ASL para identificação dos contactos (agregado familiar e comunidade).
Enfermeiro	g) Após diagnóstico de uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo pelo médico notificador, deve: i. Colher as amostras biológicas, devidamente protegido pelos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados e vacinado com 2 doses de VAS/VASPR ou história credível de sarampo; ii. Colaborar na identificação de todos os contactos do caso (profissionais, utentes e acompanhantes) na Unidade de Saúde, em articulação com o médico notificador e ASL.
Autoridade de Saúde de nível Local	h) Articular, o mais precocemente possível, com o médico/serviço que originou o alerta, de acordo com as alíneas d) e e) deste Quadro; i) Informar o Delegado de Saúde Coordenador; j) Iniciar, de imediato, a investigação epidemiológica e o registo do inquérito epidemiológico na plataforma SINAVEmed - o registo não deve aguardar pela conclusão da investigação epidemiológica, devendo o caso ser classificado como "em investigação"; k) Promover, com urgência, a implementação de medidas de Saúde Pública para controlo, prevenção e gestão do risco, registando-as no SINAVEmed; l) Identificar todos os contactos do caso durante o período de transmissibilidade, registando no SINAVEmed ("Gerir lista de contactos") e aplicar as medidas de controlo:

[11] Acesso à plataforma SINAVEmed: aqui; A plataforma também pode ser acedida selecionando o botão SINAVE nas aplicações clínicas de apoio ao médico (Sclínico ou outras).
[12] Os exames laboratoriais, neste contexto, são gratuitos para a entidade requerente.
[13] Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 006/2013, de 02/04/2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

	i. Avaliação do estado vacinal, ou história credível de sarampo, se aplicável, e da situação clínica; ii. Vacinação (VASPR), de preferência, nas primeiras **72 horas** pós-exposição, se aplicável; iii. Referenciação a uma Unidade Hospitalar para a administração de imunoglobulina humana normal (IgHN), quando indicada.
Delegado de Saúde Coordenador	m) Coordenar a equipa de Saúde Pública de nível local na investigação epidemiológica e na implementação de medidas de Saúde Pública para controlo, prevenção e gestão do risco; n) Garantir ou requisitar recursos humanos necessários à sua intervenção; o) Informar a ASR, com ponto de situação diário, da investigação epidemiológica e das ações em curso.
Autoridade de Saúde Regional	p) Informar o(a) Diretor(a)-Geral da Saúde; q) Garantir a realização da investigação epidemiológica e a implementação de medidas de Saúde Pública, de acordo com o PNES, em estreita articulação com as equipas locais.
Hospital que recebeu a referenciação de contactos	r) Administrar IgHN, quando indicada, em articulação com a ASL.[14]

11. Após a colheita de produtos biológicos:
    a. Se o doente está clinicamente estável pode regressar ao domicílio, devendo restringir os contactos com outras pessoas (isolamento), até ao resultado laboratorial. Se o caso for confirmado, deve manter a restrição de contactos até **4 dias** (inclusive) após o aparecimento do exantema, ou até **9 dias** após início de sintomas (se ausência de exantema).
    b. Se o doente tem indicação para internamento hospitalar, deve ficar em isolamento, em quarto com pressão negativa, até **4 dias** após o aparecimento do exantema ou até **9 dias** após início de sintomas (se ausência de exantema). Os profissionais que estejam a realizar prestação de cuidados ao caso têm de estar adequadamente vacinados (2 doses de VAS ou VASPR) ou ter história credível de sarampo.
    c. Em situação de internamento, as suspeições clínicas ou casos confirmados de sarampo devem ser, de imediato, colocados em isolamento de via aérea, sempre que possível em quarto com pressão negativa e até **4 dias** após o aparecimento do exantema ou até **9 dias** após início de sintomas (se ausência de exantema). Se coexistirem vários casos confirmados com indicação para internamento no mesmo serviço clínico, é admissível a alocação desses casos na mesma área de isolamento (isolamento de coorte).

[14] A IgHN deve ser administrada apenas se houver confirmação de sarampo do caso índex ou se houver suspeita clínica e/ou epidemiológica elevada.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

d. Os doentes internados que tenham tido contacto com caso de sarampo devem ficar em isolamento desde o **5º ao 23º dia** após o contacto.

Os conteúdos de Circulares Informativas, Circulares Normativas, Orientações, Normas e Ofícios anteriores que contrariam o disposto nesta Norma são revogados.

Rita Sá Machado

Digitally signed by Rita Sá Machado
DN: c=PT, title=Diretora-Geral da Saúde, ou=Direção, o=Direção-Geral da Saúde, sn=Sá Machado Duarte, givenName=Rita Manuel, cn=Rita Sá Machado
Date: 2026.07.24 10:06:39 +01'00'

Rita Sá Machado
Diretora-Geral da Saúde

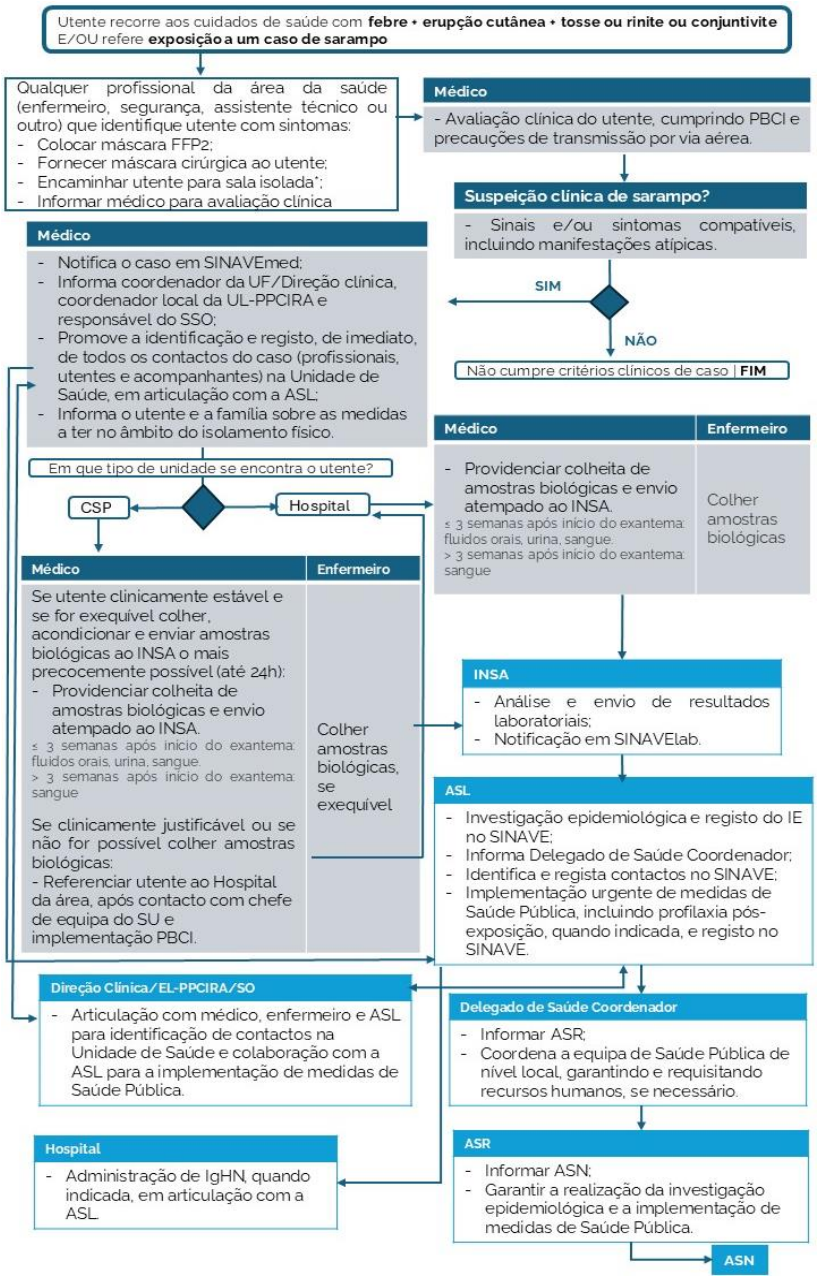
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT

Fluxograma 1 - Fluxograma de atuação perante uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo.



Legenda: ASL – Autoridade de Saúde Local; ASN – Autoridade de Saúde Nacional; ASR – Autoridade de Saúde Regional; UL-PPCIRA – Unidade Local do PPCIRA; IgHN – Imunoglobulina Humana Normal; PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção; SSO – Serviço de Saúde Ocupacional. * - Se houver história credível de vacinação e utente estiver assintomático, não é necessário colocá-lo em sala isolada.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

I. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A. Sarampo[15]

O sarampo é uma das infeções virais mais contagiosas, habitualmente benigna, mas que pode originar, em alguns casos, doença grave ou mesmo fatal.

Quadro 3 - Características da infeção pelo vírus do sarampo

Manifestações clínicas e possíveis complicações	Habitualmente: 1. Período prodrómico ou catarral: febre, conjuntivite, coriza, tosse. 2. Pode ocorrer o aparecimento de pequenos pontos brancos na mucosa oral (manchas de *Koplik*), cerca de 1 a 2 dias antes do aparecimento do exantema maculopapular. 3. Entre o 3º e o 7º dia, surge o exantema maculopapular, não pruriginoso e de apresentação cefalocaudal, inicialmente no rosto, seguindo-se o tronco e por último os membros inferiores (com atingimento das palmas das mãos e plantas dos pés), com duração de cerca de 4 a 7 dias, terminando, por vezes, em descamação. Complicações: 4. As complicações podem resultar da replicação viral ou da sobreinfeção bacteriana, podendo ocorrer durante ou após o exantema maculopapular, e incluem, por exemplo, otite média, pneumonia, laringotraqueobronquite (crupe), convulsões febris e encefalite. 5. Uma complicação muito rara, que pode ocorrer anos depois da doença aguda, é a panencefalite esclerosante subaguda (1 por 100.000 casos)[16]. Situações específicas: 6. Adultos: habitualmente têm doença mais grave do que as crianças. 7. Doentes imunocomprometidos: por vezes não apresentam exantema maculopapular. 8. Em pessoas vacinadas a doença é, habitualmente, mais benigna, podendo não apresentar o quadro clínico completo (apresentação atípica da doença).
Transmissão	Via aérea (aerossóis). Contacto direto com secreções nasais ou faríngeas de pessoas infetadas. Menos comum: contacto com objetos contaminados com secreções nasais ou faríngeas.
Período de incubação	**10 a 12 dias**, podendo variar entre 7 e 23 dias. Adultos: habitualmente têm um período de incubação mais longo do que as crianças.
Período de transmissibilidade	De **4 dias antes até 4 dias depois** do aparecimento do exantema. Para determinação deste período, considera-se a data de início do exantema como dia zero. Nos casos sem exantema, desde **1 dia antes até 9 dias após** o início dos sintomas. Doentes imunocomprometidos: período de transmissibilidade pode ser mais prolongado. Pessoas vacinadas: período de transmissibilidade menor e menor risco de transmissão.

[15] O sarampo é uma doença de evicção escolar, de acordo com o Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro
[16] http://www.euro.who.int/__publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-measles

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

Transmissibilidade do sarampo	A transmissibilidade do sarampo é uma das mais elevadas, com uma reprodução básica (R_0) estimada em cerca de 15 - 20 (ou seja, em média, haverá cerca de 15 a 20 indivíduos infetados a partir de um único caso de sarampo, numa população totalmente suscetível). A taxa de ataque secundário é mais alta entre contactos próximos não vacinados.

B. Critérios e classificação de caso de sarampo[17]

Quadro 4 - Critérios e Classificação de Caso

Critérios Clínicos	**Critérios Laboratoriais**[18]	**Critérios Epidemiológicos**
Febre **E** Exantema maculopapular **E** Pelo menos, um dos três critérios seguintes: – Tosse – Rinite – Conjuntivite	Pelo menos um dos critérios seguintes: – Isolamento confirmado do vírus do sarampo a partir de uma amostra biológica – Deteção do ácido nucleico do vírus do sarampo num produto biológico – Deteção, no soro ou em fluídos orais, de anticorpos IgM específicos da resposta a infeção aguda pelo vírus do sarampo – Deteção de seroconversão de IgG num par de soros (fase aguda e fase de convalescença) ou subida (≥4x) da concentração de IgG.	Ligação epidemiológica com um caso confirmado
Classificação de Caso		
Caso possível - Pessoa que preenche os critérios clínicos **Caso provável -** Pessoa que preenche os critérios clínicos e epidemiológicos **Caso confirmado -** Pessoa que preenche os critérios clínicos e laboratoriais, desde que os testes tenham sido efetuados no Laboratório Nacional de Referência para o Sarampo e Rubéola: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge		

C. Sarampo modificado/reinfeção

Nos países, como Portugal, em que o sarampo se encontra eliminado (sem circulação do vírus selvagem) e com elevadas coberturas vacinais contra o sarampo, a maioria dos casos secundários corresponderá a reinfeções, favorecidas pela diminuição da imunidade conferida pela vacina. Este facto foi verificado no último Inquérito Serológico Nacional 2015-2016, sendo principalmente afetados adultos jovens, adequadamente vacinados, mas com administração da última dose da vacina contra o sarampo há mais de 10 anos.

Manifestações clínicas de sarampo modificado/reinfeção: estes casos apresentam, geralmente, um quadro clínico ligeiro, de menor duração e podem não apresentar a tríade completa de tosse,

[17] https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1150-2021-2021-155575942
[18] Os testes laboratoriais devem ser realizados no Laboratório de Referência para o Sarampo e Rubéola: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

rinite e conjuntivite. O exantema maculopapular pode não existir ou não ser típico, podendo não existir febre.

Os casos de sarampo modificado/reinfeção surgem em pessoas vacinadas contra o sarampo (casos de falha vacinal secundária, por diminuição da imunidade vacinal). Os resultados serológicos, no soro agudo, não têm valor de diagnóstico uma vez que a IgM, na maior parte dos casos, não sobe a níveis detetáveis. Contudo, a sua realização é importante, uma vez que permite avaliar o estado imunitário do caso e evidenciar se ocorre subida significativa de anticorpos IgG entre a fase aguda e convalescente da doença e, assim, confirmar ou excluir o caso nas situações em que não ocorre deteção do ácido nucleico viral.

Existem casos diagnosticados que não cumprem os critérios clínicos da definição de caso de sarampo, de acordo com a definição da União Europeia (**Quadro 4**).

D. Investigação laboratorial de casos de sarampo (INSA)

a. A confirmação laboratorial é essencial para o diagnóstico definitivo de sarampo e para suporte às medidas de controlo e prevenção de surtos ou de casos esporádicos.

b. Aquando de uma suspeição clínica, devem ser colhidas amostras biológicas do doente para investigação laboratorial no INSA - fluidos orais (zaragatoa com meio de transporte de vírus), urina e sangue ou, no caso de terem sido ultrapassadas 3 semanas após o início do exantema, apenas sangue.

c. A colheita para deteção do RNA viral por PCR é feita ao mesmo tempo que a colheita para serologia.

d. O isolamento do vírus ou a deteção de RNA viral por PCR confirmam o diagnóstico.

e. Os resultados negativos da pesquisa de RNA viral por PCR não infirmam o diagnóstico, mas estabelecem com elevada segurança que o doente não é contagioso.

f. A deteção de RNA viral por PCR é extremamente importante para o esclarecimento de casos com serologia inconclusiva[19].

g. As amostras biológicas, que são enviadas de imediato ao laboratório do INSA, devem ser acompanhadas do número de notificação SINAVEmed e do Anexo IV constante no PNES[20], com a indicação de "Sarampo – Diagnóstico Laboratorial".

h. Os produtos biológicos podem ser entregues 24h/24h nos 7 dias da semana.

i. Para apoio na colheita e envio dos produtos, utilizar os contactos do INSA de Lisboa:

Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação Departamento de Doenças Infeciosas Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge Av. Padre Cruz, CP 1649-016 Lisboa	Tel. 217 508 173 Fax. 217 526 400 Email : paula.palminha@insa.min-saude.pt raquel.neves@insa.min-saude.pt carlos.ribeiro@insa.min-saude.pt

[19] O tempo máximo de resposta é de 3 a 5 dias úteis após a receção das amostras, idealmente em 24 a 48 horas. Para genotipagem, admite-se um tempo mais dilatado, pela necessidade de análises moleculares detalhadas.
[20] Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 006/2013, de 02/04/2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

j. Os produtos podem ser enviados para o INSA do Porto (que os envia para o INSA de Lisboa):

Central de Análises Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge Rua Alexandre Herculano, 321 4000-055 Porto	Tel: 223 401 108

k. O diagnóstico laboratorial inclui serologia e PCR, sendo necessária a colheita conjunta, sempre que possível, dos produtos biológicos, de acordo com o tempo após o início do exantema:

≤ 3 Semanas após o início do exantema	> 3 Semanas após o início do exantema
Fluídos orais, Urina e Sangue	Sangue

l. Métodos de colheita

i. Fluidos orais (para deteção de ácido nucleico)

Colheita em zaragatoa, com meio de transporte viral, de acordo com o seguinte procedimento: - Desviar a língua com o auxílio de uma espátula; com o algodão da extremidade da zaragatoa esfregar no epitélio da bochecha e nas gengivas, de forma a recolher também células epiteliais.

Se não houver disponibilidade de zaragatoa com meio de transporte viral, que pode ser solicitada ao INSA, pode ser utilizada zaragatoa seca estéril (com cabo de madeira, plástico ou metal), colocada em tubo estéril e coberta com soro fisiológico esterilizado (apenas até tapar o algodão).

ii. Urina (para deteção de ácido nucleico)

3 a 5 mL de urina, de acordo com os procedimentos para a colheita de urina em condições de assepsia.

iii. Sangue (para deteção de anticorpos IgG e IgM)

Adulto: 5mL de sangue, em tubo sem anticoagulante Criança: 1mL de sangue, em tubo sem anticoagulante

Aquando da primeira colheita de sangue, deve ser planeada a possibilidade de uma segunda colheita, pelo menos 10 dias depois da primeira, se justificado clínica e epidemiologicamente (decisão do Laboratório de Referência – INSA e da Autoridade de Saúde Regional).

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT

m. Conservação

i. Os produtos (exceto o sangue) devem ser conservados à temperatura de 4 a 8ºC inclusive durante o transporte, que deve ser assegurado o mais brevemente possível (máximo de 24 horas).

ii. O sangue deve ser mantido à temperatura ambiente até ser centrifugado para separação do soro. O soro deve ser conservado à temperatura de 4 a 8ºC, tal como os restantes produtos biológicos.

n. Acondicionamento e envio

i. Os tubos de colheita dos produtos biológicos devem cumprir as especificações técnicas para o efeito. Após a colheita, e na preparação para o transporte, tem de ser garantido o processo de dupla contentorização (contentor primário e secundário).

ii. Estes produtos devem ser acompanhados de requisição com a indicação de "Sarampo – Diagnóstico Laboratorial", acompanhadas do número de notificação SINAVEmed e do Anexo IV constante no PNES[21].

iii. Não é necessário termo de responsabilidade, no âmbito do PNES.

E. Recomendações em contexto de pós-exposição

O sarampo foi eliminado em Portugal, pelo que um caso de sarampo é considerado uma emergência de Saúde Pública de âmbito nacional, que requer uma avaliação e resposta rápidas. Devem ser feitos todos os esforços na prevenção de casos secundários, de modo a evitar o restabelecimento da transmissão endémica da doença.

Definição de Contacto – qualquer pessoa que tenha partilhado o mesmo espaço, por qualquer período de tempo, ou que tenha estado na mesma sala de espera ou no mesmo consultório nas 2 horas após a saída de um caso de sarampo em período de contágio.

A investigação epidemiológica, da competência da ASL, tem por objetivo identificar a fonte provável da infeção e avaliar o potencial para a transmissão da doença, com identificação dos contactos durante o período de transmissibilidade do caso, bem como selecionar os suscetíveis, principalmente os que estão em maior risco de complicações: lactentes não vacinados, imunocomprometidos e grávidas.

A identificação dos contactos deve começar aquando do diagnóstico clínico (suspeição clínica de sarampo) e ser realizada, nas Unidades de Saúde, pelos profissionais presentes, em colaboração com o PPCIRA, o Serviço de Saúde Ocupacional e a ASL, de modo que as medidas de controlo sejam implementadas rápida e atempadamente.

[21] Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 006/2013, de 02/04/2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT

Aquando da investigação epidemiológica, devem ser identificados todos os contactos do caso suspeito, possível, provável ou confirmado, em todos os contextos (família, comunidade, incluindo escolas, infantários e outras instituições de educação e reabilitação e instituições de saúde).

A avaliação de elegibilidade e profilaxia pós-exposição deve ser priorizada de acordo com avaliação de risco e potencial de profilaxia atempada, de acordo com o estado vacinal do caso suspeito e de acordo com o estado vacinal e idade dos contactos (risco de doença grave e risco de transmissão a outros). Deverão ser priorizados os contactos não vacinados de casos não vacinados, com possibilidade de profilaxia pós-exposição atempada.

Após identificação dos contactos:

a. Avaliar o estado vacinal ou história credível de sarampo e a situação clínica (sintomatologia compatível com sarampo e eventuais comorbilidades):
   i. Vacinação pós-exposição com VASPR, de preferência até **72h** após a exposição, segundo o **Quadro 5**. vacinar, mesmo que tenha passado este período. A vacinação não deve aguardar pelos resultados laboratoriais.
   ii. Administração de imunoglobulina tão precocemente quanto possível, até **6 dias** após exposição, em pessoas com contraindicação para a VASPR (**Quadro 7**).
b. Monitorizar os contactos durante **23 dias** após exposição.
c. As pessoas referenciadas para profilaxia pós-exposição não necessitam de ficar isoladas ou usar máscara nos primeiros 5 dias após contacto com caso índex de sarampo.
d. Os contactos não vacinados de casos não vacinados que não tenham realizado profilaxia pós-exposição atempada (vacinação em menos de 72h ou imunoglobulina em menos de 6 dias) devem evitar frequentar locais com elevado número de pessoas (locais de trabalho, estabelecimentos de ensino, transportes públicos, centros comerciais e similares) durante **23 dias** após a exposição e ser instruídos a valorizar os sintomas prodrómicos. mesmo que ligeiros, e ligar para a linha SNS24 (808 24 24 24) referindo contacto com caso de sarampo.
e. A todos os contactos, incluindo os do ponto anterior, é recomendada a minimização dos contactos sociais e a adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção: utilização de máscara, etiqueta respiratória e reforço da lavagem das mãos, durante **23 dias** após a exposição e ser instruídos a valorizar os sintomas prodrómicos. mesmo que ligeiros, e ligar para a linha SNS24 (808 24 24 24) referindo contacto com caso de sarampo.
f. Situações não previstas nos pontos anteriores deverão ser avaliadas caso-a-caso pela ASL, em articulação com as entidades consideradas relevantes.

Vacinação pós-exposição

Tem por objetivo garantir a proteção individual dos contactos suscetíveis, evitar e interromper cadeias de transmissão.

A vacinação em contexto de pós-exposição é sempre urgente, sendo mais eficaz na prevenção de casos secundários se administrada até às **72 horas** após a exposição. Mesmo que não previna a doença, esta tem habitualmente um curso mais benigno.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT

A administração da vacina para além das 72 horas após a exposição deve ocorrer, salientando-se que:

a. Não evita o sarampo consequente à atual exposição, se já tiver havido contágio;

b. Confere imunidade para uma futura exposição, aos contactos que não foram contagiados;

c. Tem efeito benéfico em termos de Saúde Pública na prevenção de casos terciários, pelo que continua a estar indicada.

As pessoas que desenvolvem sintomas dentro de 10 dias após a administração da vacina em contexto de pós-exposição devem ser consideradas como tendo sarampo, exceto se o caso for, entretanto, infirmado. Perante estes casos, as amostras devem ser enviadas ao INSA, para investigação laboratorial, incluindo genotipagem.

No **Quadro 5** apresentam-se as recomendações de vacinação em contexto de pós-exposição de acordo com a idade, a história vacinal e situações clínicas específicas.

Quadro 5 - PNV - Recomendações de vacinação contra o sarampo (VASPR) em pós-exposição[1]

Idade/condição[2]	**História vacinal (doses)**	**Nº de doses VASPR a administrar (intervalo ≥4 semanas entre doses)**
≥6 Meses e <12 meses	0	1 (considerada dose 0[3] - administrar a 1ª dose do esquema PNV aos ≥12 meses de idade)
≥12 Meses e <18 anos de idade	0	1 (administrar a 2ª dose, em idade/intervalo de acordo com PNV)
	1	1
	2	0 (1 dose, se foi administrada dose 0, <12 meses de idade)
Adultos nascidos ≥1970	0	1
	1	1
	2	0
Adultos nascidos <1970[4]	0	1
	≥1	0
Profissionais de saúde[5]	0	1 (2ª dose, 4 semanas depois)
	1	1
	2	0
Infeção por VIH, sem imunossupressão grave[6,7]	Vacinar segundo os critérios A a E	
Outras: asplenia[6], défice de fatores de complemento[6], doença renal/hepática crónica, diabetes *mellitus*.	Vacinar segundo os critérios A a E	

1. Vacinar apenas pessoas sem história credível de sarampo
2. Para outras situações clínicas especiais, consultar a Norma do PNV, em vigor
3. Por indicação expressa da DGS, da Autoridade de Saúde ou prescrição médica
4. Segundo o Inquérito Serológico Nacional 2015/2016, 99,6% dos nascidos antes de 1970 estão imunes ao sarampo
5. Vacinar se não tiver história credível de sarampo, independentemente do ano de nascimento
6. Nestas condições, a vacina apenas é administrada por prescrição médica

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT

7. Considera-se sem imunodepressão grave quando: ≥6 anos de idade - CD4 ≥200/µl, durante >6 meses; 1-5 anos de idade - CD4 ≥500/µl e ≥15% dos linfócitos T, durante >6 meses

Imunização passiva com imunoglobulina humana normal (IgHN) em situação de pós-exposição

A imunoglobulina humana normal (IgHN):

a. Pode ser utilizada, por prescrição médica e após obtenção de consentimento informado, para prevenir ou mitigar o sarampo numa pessoa suscetível, quando administrada até **6 dias** após exposição (tipos de IgHN e doses a utilizar no **Quadro 6**);

b. Só deve ser administrada após confirmação de sarampo no caso índex ou se houver suspeita clínica e/ou epidemiológica elevada;

c. Não deve ser utilizada com o objetivo de controlar surtos, mas sim de reduzir o risco de infeção nas pessoas com maior risco de complicações;

d. Confere proteção durante cerca de 1 mês;

e. Nem sempre previne o sarampo, mas parece diminuir a gravidade da doença;

f. Aumenta o período de incubação para 23 dias. Em serviços de internamento, os contactos que receberam IgHN e se mantêm internados, devem ser isolados do dia 7 ao dia 23 pós-exposição;

g. A administração de IgHN pode diminuir a eficácia das vacinas de vírus vivos atenuados tais como a vacina contra o sarampo, pelo que se deve respeitar um intervalo de 6 meses entre a administração da imunoglobulina e uma futura administração da VASPR. No caso da vacina VASPR ser administrada antes deste intervalo, recomenda-se a realização de serologia pós-vacinal para aferir a imunidade contra o sarampo.

Quadro 6 - Tipo de imunoglobulinas utilizadas na profilaxia pós-exposição ao sarampo e respetiva dosagem[22]

Imunoglobulina humana normal (IgHN)[23]	**Dose e via de administração**
Imunoglobulina humana normal endovenosa (EV)	150 mg/Kg por via EV[24]
Formulação de Imunoglobulina humana normal subcutânea (SC) de 165-200 mg/mL	0.6 mL/Kg por via IM[25] (na dose máxima de 15 mL ou de 5 mL em <12 meses de idade)

[22] UKHSA (2024), National measles guidelines, July 2024. Disponível aqui.
[23] As IgHN disponíveis em Portugal podem ser consultadas em Infomed.
[24] Esta é a recomendação geral. No entanto, deverá ser sempre consultado o RCM da IgHN a administrar, e se este indicar uma dosagem diferente da indicada nesta Norma para a profilaxia pós-exposição de sarampo, deverá ser essa a dose a administrar.
[25] De acordo com a UKHSA, apesar de no resumo das características do medicamento (RCM) que abrange estes produtos não estar mencionada a administração intramuscular (IM), dada a urgência em proteger estes contactos mais vulneráveis, é razoável que se utilize a via IM na administração destes produtos, desde que o uso por esta via seja reconhecido como *off-label*. Não existem contraindicações específicas para a utilização da via IM nos RCM destes produtos.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

São consideradas elegíveis para a administração de imunoglobulina humana normal, até **6 dias** após exposição, as situações consideradas no **Quadro 7**.

Quadro 7 - Recomendações de administração de imunoglobulina humana normal (IgHN), como profilaxia pós-exposição, a casos de sarampo[26]

Grupos com indicação de IgHN	Recomendações de administração da IgHN
- Crianças de idade <6 meses, incluindo recém-nascidos - Grávidas - Infeção por VIH com imunossupressão grave[a)] - Indivíduos com imunossupressão grave (com ausência ou quase ausência de função imunológica)[b)]	Nos **6 dias** após a exposição, nas situações em que a VASPR está contraindicada e existe risco de complicações
- Indivíduos com imunossupressão, mas que podem manter imunidade adequada de infeção passada ou vacinação[c)]	Realizar serologia e administrar IgHN nos **6 dias** após a exposição, se anticorpos IgG contra sarampo em níveis não protetores Se não for possível realizar serologia nos 6 dias pós-exposição, os benefícios e riscos da administração de IgHN devem ser ponderados pelo médico especialista assistente.
- Crianças de idade entre 6 e 12 meses não vacinadas - Infeção VIH sem imunossupressão grave[a)] - Outras: asplenia, défice de fatores de complemento, doença renal/hepática crónica, diabetes *mellitus*.	Nos **6 dias** após a exposição, em situações de maior risco de complicações, quando já foi ultrapassado o tempo recomendado (72 horas) para a administração de vacina (quando aplicável)

a) Definição de imunossupressão grave: ≥6 anos de idade - CD4 <200/µl; 1-5 anos de idade - CD4 <500/µl e <15% dos linfócitos T. Considera-se sem imunossupressão grave: ≥6 anos de idade - CD4 ≥200/µl; 1-5 anos de idade - CD4 ≥500/µl e ≥15% dos linfócitos T, durante >6 meses.

b) É considerada imunossupressão grave não farmacológica: leucemia linfoblástica aguda/linfoma ativo; neoplasia metastizada; anemia aplásica; doença do enxerto-vs-hospedeiro; certas imunodeficiências congénitas (ex.: agamaglobulinémia ligada ao X, imunodeficiência combinada grave, deficiência de anticorpos grave, ataxia-telangiectasia); doentes com história de transplante de células tronco hematopoiéticas há <2 anos ou transplante de órgão sólido há <12 meses.
É considerada imunossupressão grave farmacológica: transplantados sob imunossupressão (até 12 meses após transplante autólogo de células tronco hematopoéticas e após transplante de órgão sólido; até 24 meses após transplante alogénico de células tronco hematopoiéticas); até 12 meses de tratamento com células T com recetores de antigénio quimérico (CAR-T); tratamento com alemtuzumab ou anti-CD20 (ex.: rituximab) nos últimos 12 meses; ciclofosfamida; globulina anti-timócito; quimioterápicos e outros fármacos utilizados no tratamento do cancro (exceto tamoxifeno).

c) Transplantados (transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas há >12 meses e <24 meses; transplante de órgão sólido há >12 meses); tratamento com células CAR-T há >12 meses; doença linfoproliferativa (ex.: linfoma indolente, leucemia ou linfoma de células plasmáticas); cancro sólido ou hematológico, incluindo mieloma múltiplo, sob quimioterapia/radioterapia/imunoterapia ou cujo último ciclo de quimioterapia terminou <3 meses; imunodeficiências secundárias (ex.: hipogamaglobulinémia secundária); outras terapias imunossupressoras (ex.: inibidores de TNF, IL-1, IL-12/23, IL-17, IL-23), moduladores de coestimulação e inibidores de pequenas moléculas (ex.: inibidores de JAK), isoladamente ou em combinação com corticoides ou outros medicamentos imunossupressores, que estão em curso ou foram administrados nos últimos <6 meses; corticoterapia equivalente a >2mg/kg/dia (se

[26] Recomendações para o doente imunocomprometido adaptadas de: Public Health Ontario, Ontario Immunization Advisory Committee (2025), Recommendations: Measles Post-Exposure Prophylaxis for Individuals Who Are Immunocompromised Due to Disease or Therapy. Disponível aqui.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

<10Kg) ou >20mg/dia de prednisolona por mais de 2 semanas; tratamento com medicamentos imunossupressores para doenças imunomediadas (ex.: metotrexato >0,4 mg/kg/semana [crianças: >10 mg/m^2/semana; adultos: >15 mg/m^2/semana], azatioprina >3 mg/kg/dia, 6-mercaptopurina >1,5 mg/kg/dia, ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, micofenolato de mofetil e inibidores de pequenas moléculas).
A administração de VASPR pode ser ponderada se a suspensão de corticoterapia tiver ocorrido há >1 mês, quimioterápicos há >3 meses, ou se a última toma de agente biológico ocorreu há >6 meses.

Aquisição de vacinas e imunoglobulina humana normal

1. A utilização de IgHN prescrita para profilaxia em contexto de pós-exposição ao vírus do sarampo, para contactos, conforme previsto nesta Norma, está condicionada à sua disponibilidade;
2. A IgHN está disponível em algumas farmácias hospitalares do SNS que deverão cedê-la, por empréstimo, a outro hospital que necessite;
3. O acesso àquele medicamento, por empréstimo, não deve ser adiado, pelo que terá de ser acordado diretamente entre os diretores das farmácias de cada um dos hospitais, para uma resposta rápida;
4. Nos estabelecimentos hospitalares privados, as vacinas e a IgHN cedidas pelo SNS para profilaxia pós-exposição devem ser administradas em condições iguais às do SNS, incluindo a gratuitidade para o cidadão.

Profilaxia após exposição – grávidas e recém-nascidos

O sarampo durante a gravidez está associado a aborto espontâneo, prematuridade e complicações maternas.

Se contraído no final da gravidez, pode levar a infeção perinatal, que tem uma elevada letalidade e parece estar associada a um maior risco de panencefalite esclerosante subaguda.

Não parece haver associação entre a infeção e anomalias congénitas.

As medidas para identificar as mulheres grávidas suscetíveis incluem a avaliação da história vacinal e da doença, em função da idade e/ou a serologia (ver **Quadro 8**).

Quadro 8 - Recomendações de profilaxia pós-exposição em grávidas, de acordo com a história vacinal e de doença

Histórico da grávida	Recomendação
Com história documentada de sarampo	Imune
Com 1 ou 2 doses de vacina contra sarampo (VAS/VASPR)	Realizar serologia e administrar IgHN tão precocemente quanto possível, até 6 dias pós-exposição, apenas se anticorpos IgG contra sarampo em níveis não protetores
Com 0 doses de vacina contra sarampo	Realizar serologia e administrar IgHN tão precocemente quanto possível, até 6 dias pós-exposição, se anticorpos IgG contra sarampo em níveis não protetores Se não for possível realizar serologia nos 6 dias pós-exposição, administrar imunoglobulina humana normal

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT

Grávidas imunocomprometidas

O resultado da serologia em mulheres grávidas imunocomprometidas não deve guiar as decisões, uma vez que nem a vacinação prévia, nem, provavelmente, a infeção prévia, garantem imunidade contra o sarampo.

Deve ser **sempre** administrada a IgHN.

Grávidas imunocompetentes

Se possível, exequível e rápido, determinar no hospital a que a grávida recorre, a serologia para o sarampo antes da administração de IgHN. Farão IgHN as grávidas que não apresentem anticorpos IgG para o sarampo com títulos considerados protetores.

Se não for possível efetuar serologia ou os resultados não estiverem disponíveis em tempo útil (até 6 dias após a exposição), administrar a IgHN às grávidas que não tenham história **documentada** de sarampo.

Recém-nascidos e crianças

Os recém-nascidos de mães que desenvolvem sarampo no pós-parto imediato devem ser isolados e receber IgHN.

Os recém-nascidos que contactem com casos confirmados de sarampo devem receber IgHN.

Quadro 9 - Recomendações de profilaxia pós-exposição a casos de sarampo, em crianças < 12 meses

Idade	Recomendação
< 6 meses	Suscetível, administrar IgHN tão precocemente quanto possível, até 6 dias, independentemente do estado vacinal da mãe
≥6 Meses e <12 meses	Administrar 1 dose de vacina VASPR (dose zero) idealmente nas primeiras 72 horas, após exposição

Recusa da vacinação em situação de pós-exposição

Em infantários, escolas e outras instituições educacionais, perante a recusa da vacinação em pós-exposição, quando esta é recomendada, deve aconselhar-se o afastamento temporário da instituição durante 23 dias após o último contacto.

Autovigilância dos contactos

Os contactos devem ser informados sobre a doença e aconselhados a avaliação médica se iniciarem sinais ou sintomas sugestivos de sarampo (efetuar primeiro contacto com a **linha SNS24 – 808 24 24 24 – e informar que foram contacto de caso de sarampo**). Esta medida aplica-se a todos os contactos, incluindo os previamente vacinados, com história de doença e/ou que tenham feito profilaxia pós-exposição.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT

F. Profissionais de saúde

O Serviço de Saúde Ocupacional de cada Unidade de Saúde é responsável pela verificação do estado vacinal dos profissionais de saúde.

A vacinação dos profissionais de saúde, pelo risco potencial de contacto com casos importados, está incluída nas principais estratégias para consolidar a eliminação do sarampo em Portugal, tornando-se ainda mais premente quando ocorrem casos esporádicos ou surtos de sarampo.

É fundamental garantir a proteção adequada dos profissionais de saúde contra esta doença e evitar a existência de cadeias de transmissão em serviços de saúde e a transmissão subsequente a pessoas com maior risco de complicações. Sempre que se verifique transmissão dentro dos serviços de saúde, os profissionais de saúde devem usar sempre EPI durante a prestação de cuidados.

Por esse motivo, para os profissionais de saúde, e ao contrário da população em geral, não existem critérios de vacinação baseados na idade.

Todos os profissionais de saúde sem história credível de sarampo, independentemente da idade, devem estar vacinados com **2 doses** (VAS/VASPR), com intervalo mínimo de quatro semanas entre as doses (**Quadro 10**).

O **Quadro 10** apresenta os procedimentos a adotar na vacinação VASPR em profissionais de saúde sem registo de vacinação, não vacinados corretamente (VAS/VASPR) e sem história credível de sarampo.

A vacinação é contraindicada na gravidez. Profissionais de saúde em idade fértil devem evitar a gravidez até um mês depois da administração da VASPR.

Quadro 10 - PNV - Vacinação recomendada contra sarampo (VASPR) a profissionais dos serviços de saúde, sem história credível de sarampo, de acordo com a história vacinal

Estado vacinal (nº doses)	Número de doses de VASPR recomendadas (intervalo ≥4 semanas entre doses)
0	2
1	1
2	0

Vacinação em pré-exposição

Os profissionais de saúde vacinados no âmbito das atividades da atualização do estado vacinal não necessitam de restrições à sua atividade após a vacinação.

Não se recomenda a determinação de anticorpos para o sarampo (serologia pré-vacinal) para tomar a decisão de vacinar. No entanto, se for realizada e o resultado for compatível com existência de imunidade contra a doença, não é necessária a administração de mais doses de vacina, devendo ficar registado.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT

Vacinação em pós-exposição

Todos os esforços devem ser feitos para que a vacinação pós-exposição ocorra nas **72 horas** após o contacto. No entanto, a mesma continua a ser recomendada após este período.

Aos profissionais com contraindicação para a vacinação, deve ser administrada a imunoglobulina humana normal, de acordo com o Ponto E (Recomendações em situação de pós-exposição - Imunização passiva com imunoglobulina humana em situação de pós-exposição).

Deve ser comunicado ao Serviço de Saúde Ocupacional o aparecimento de sinais e sintomas da doença, mesmo quando tenha sido feita a profilaxia pós-exposição (vacina ou imunoglobulina).

II. FUNDAMENTAÇÃO

A. Em Portugal, não há circulação endémica do vírus desde, pelo menos, 2004. O sarampo foi considerado eliminado em Portugal, pela Organização Mundial da Saúde, em 2015, estatuto que mantém até à data[27].

B. No entanto, a doença é endémica em vários países do mundo e ocorrem surtos de sarampo em países europeus e noutros países, colocando Portugal em elevado risco de importação de casos da doença, pelo que existe risco de pessoas não protegidas adquirirem sarampo através do contacto com doentes ou com pessoas em período de transmissibilidade.

C. Considerando o elevado número de casos de sarampo notificados na Europa desde 2023[28] bem como a ocorrência, desde janeiro de 2024, de casos em Portugal, é importante reforçar a prevenção, a deteção precoce e a resposta rápida perante a suspeição clínica de sarampo.

D. O sarampo é uma das doenças infeciosas mais transmissíveis, podendo evoluir com complicações graves. A vacinação é a principal medida de prevenção contra esta doença e é gratuita.

E. Os profissionais de saúde devem estar alerta para o diagnóstico precoce de sarampo, para o início imediato da investigação epidemiológica perante um caso e para a implementação das medidas de prevenção e controlo, de acordo com o previsto no Programa Nacional de Eliminação do Sarampo.

III. AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.

[27] Eleventh meeting of the European Regional. Verification Commission for Measles and Rubella Elimination. 8–10 November 2022. Copenhagen, Denmark;
[28] Disponível em https://www.ecdc.europa.eu/en/measles/surveillance-and-disease-data; https://ecdc.europa.eu/en/threats-and-outbreaks/reports-and-data/weekly-threats;

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt
WWW.DGS.PT

IV. APOIO CIENTÍFICO

A. A presente Norma foi elaborada no âmbito da Unidade de Vacinas, Imunização e Produtos Biológicos (UVIB), da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS), tendo por base pareceres de peritos.

B. Os peritos envolvidos na atualização da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.

C. A presente Norma foi submetida à auscultação da Direção Executiva do SNS, I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; INFARMED I.P.; Autoridades de Saúde de âmbito Regional, Coordenadores Regionais de Vacinação e SPMS, E.P.E.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diário da República (2021), Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro, Doenças de notificação obrigatória a notificar na plataforma de apoio ao SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) ou no SI-Vida (Sistema de informação VIH/SIDA), Diário da República n.º 19/2021, Série II de 2021-01-28, páginas 137 – 190 Despacho n.º 1150/2021 | DR

Direção-Geral da Saúde (2013), Norma n.º 006/2013, de 02/04/2013, Programa Nacional de Eliminação do Sarampo norma-n-0062013-de-02042013-jpg.aspx

Direção-Geral da Saúde (2020), Norma n.º 018/2020, de 27/09/2020, Programa Nacional de Vacinação 2020 norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2017). Inquérito Serológico Nacional 2015-2016, Doenças evitáveis por vacinação. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Doenças Evitáveis por Vacinação

Public Health Ontario, Ontario Immunization Advisory Committee (2025), Recommendations: Measles Post-Exposure Prophylaxis for Individuals Who Are Immunocompromised Due to Disease or Therapy Recommendations: Measles Post-Exposure Prophylaxis for Individuals Who Are Immunocompromised Due to Disease or Therapy

UK Health Security Agency (2019), The Green Book Chapter 21: Measles. Measles: the green book, chapter 21 - GOV.UK

UK Health Security Agency (2024), National measles guidelines, July 2024. National measles guidelines July 2024

World Health Organization. (2020). Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak. World Health Organization Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak

World Health Organization (2022), Measles Outbreak Toolkit Updated September 2022 Measles Outbreak Toolbox Measles Outbreak Toolbox

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt

WWW.DGS.PT