

Para: Hospitais, EPER do SRS; Unidades de Saúde de Ilha; COA, Delegados de Saúde Concelhios

Assunto: SARAMPO: Procedimentos (atualização)

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: sres-drs@azores.gov.pt

Class.:C/C. C/F.

Sumário da
atualização:

- Situações de administração da VASPR <12 meses (ponto 3 e 4)
- Medidas a implementar perante uma suspeição clínica ou caso possível (Quadro II e Fluxograma – ponto 10)
- Características de sarampo modificado/reinfecção (Conceitos, Definições e Orientações - Ponto 11.C)
- Isolamento no internamento (ponto 9.c)
- Recomendações de vacinação pós-exposição (Conceitos, Definições e Orientações – Ponto 13 - Quadro VII)
- Profilaxia pós-exposição – grávidas e recém-nascidos (Conceitos, Definições e Orientações – Ponto 13 - Quadros IX e X)
- Formatação geral, identificação de quadros e fluxogramas

Considerando que o vírus do sarampo é transmitido por contacto direto, através de gotículas infecciosas ou por propagação no ar quando a pessoa infetada tosse ou espirra e que os doentes são considerados contagiosos desde 5 dias antes até 4 dias depois do aparecimento da erupção cutânea;

Considerando que os sintomas de sarampo aparecem geralmente entre 10 a 12 dias depois da pessoa ser infetada e começam, habitualmente, com febre, erupção cutânea (que progride da cabeça para o tronco e para as extremidades inferiores), tosse, conjuntivite e corrimento nasal;

Considerando que o sarampo é uma das doenças infecciosas mais contagiosas, podendo provocar doença grave em pessoas não vacinadas, sendo uma das doenças de eliminação na região europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS);

Considerando que a vacinação é a forma mais eficaz de proteção contra a doença;



Considerando o número de casos de sarampo notificados em território continental, desde 11 de janeiro de 2024, torna-se importante reforçar a prevenção, a deteção precoce e a resposta rápida perante um caso suspeito de sarampo;

Considerando que a Direção Regional da Saúde (DRS)/Autoridade de Saúde Regional, em articulação com a Direção-Geral da Saúde (DGS), está a acompanhar a evolução da situação.

Assim, nos termos do artigo 11.º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 15/2021/A, de 6 de julho, na sua redação atual, e na sequência do despacho de Sua Excelência, a Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, datado de 17 de julho de 2024, determina-se o seguinte:

1. A presente circular normativa relembra e operacionaliza as medidas preconizadas na Norma n.º 06/2013 – Programa Nacional de Eliminação do Sarampo¹ (PNES), divulgada em devido tempo pelos serviços de saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS), no que respeita às estratégias a adotar perante um 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 do caso ou do seu representante legal.
3. A vacinação de acordo com o Programa Regional de Vacinação (PRV 2020)² é a melhor medida de prevenção, protegendo os próprios e aqueles que não podem ser vacinados por não terem idade ou por contraindicação à vacinação (Quadro I).
4. A vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR) pode ser administrada entre os 6 e os 12 meses de idade – neste caso, considera-se

¹ Disponível em <https://www.dgs.pt/?cr=24097>

² Portaria n.º 20/2020, de 13 de fevereiro



“dose zero”: dose prévia ao esquema recomendado de 2 doses, que se inicia aos 12 meses de idade.

A 2ª dose pode ser antecipada e administrada antes dos 5 anos de idade, em situação de pós-exposição (Quadro VI) ou em situação de viagem para países de risco ³, após avaliação clínica e epidemiológica.

A antecipação da 2ª dose de VASPR é administrada por indicação da Autoridade de Saúde Local (situação de pós-exposição), ou por prescrição do médico assistente (viagem para países de risco).

Na ausência de registo vacinal considera-se a pessoa como não vacinada.

Quadro I – Número de doses de VASPR recomendadas de acordo com a idade (PNV)

População-alvo/Idade		Número de dose de VASPR recomendado
<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. Uma “suspeição clínica de sarampo”⁵, 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.
6. 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.
7. 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

³ Áreas de risco atualizadas em: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>;
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-and-data/monitoring/weekly-threats-reports>

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 Disponível em <https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/measles-outbreak-toolbox>

quando existe uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo, sendo a sua realização gratuita para a entidade requerente.

8. Perante uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo numa unidade de saúde, devem-se adotar as medidas contempladas no Quadro II e esquematizadas no Fluxograma do Ponto 10.
9. Após a colheita dos 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 da doença.
 - 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 quatro dias após o aparecimento do 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.

Quadro II – Medidas a implementar perante uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo, numa unidade de saúde (Página seguinte)



Responsável*	Medidas a implementar nas Unidades de Saúde (Hospitais, EPER e Unidades de Saúde de Ilha ⁶)
Funcionário da unidade de saúde (ex: segurança, assistente técnico ou técnico auxiliar)	<p>1. Perante uma pessoa que, à entrada, informe, de um ou mais dos seguintes sintomas: febre, erupção cutânea, tosse, rinite ou conjuntivite, ou que refira exposição a caso de sarampo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fornecer uma máscara cirúrgica ao doente e encaminhá-lo para uma sala separada, com a porta fechada. Manter sempre a máscara na unidade de saúde e durante o transporte. b) 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 (profissional de saúde)	<p>1. Após diagnóstico clínico de uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo deve-se, de imediato:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Promover o isolamento do doente: <ul style="list-style-type: none"> i. Dar uma máscara ao doente (se aplicável) e encaminhá-lo para uma sala separada. ii. Os profissionais de saúde devem cumprir com as precauções baseadas na transmissão por via aérea e apenas devem prestar cuidados diretos os profissionais vacinados com duas doses de VAS/VASPR ou história credível de sarampo. b) Informar o Diretor Clínico. c) Informar o Delegado de Saúde Concelhio (DSC). d) Providenciar, a colheita de amostras e o envio imediato ao laboratório no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) com a indicação de “Sarampo – Diagnóstico Laboratorial”⁷ e com o respetivo formulário do PNES ou cópia da notificação SINAVE. e) Preencher o formulário de notificação de caso de sarampo no SINAVE⁷. f) Promover a identificação (e registo) dos contactos próximos (profissionais, utentes e acompanhantes) que contactaram com o caso no serviço de saúde, se possível recorrendo à unidade local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da RAA (UL-PPCIRA) e Serviço de Saúde Ocupacional, caso aplicável, em articulação com a autoridade de saúde concelhia (não esperar pelos resultados laboratoriais, pela Autoridade de Saúde ou PPCIRA). <p>2. Nas situações de casos possíveis que surjam nas unidades de saúde de ilha, o encaminhamento do utente deve ser efetuado do seguinte modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Em ilhas com hospital, referenciar para essa unidade hospitalar (em transporte próprio ou em ambulância), com informação prévia ao hospital; b) Em ilhas sem unidade hospitalar, deve a Unidade de Saúde de Ilha, providenciar o isolamento do doente até à confirmação ou não de “caso confirmado” (ver “classificação de caso” em “Conceito, definições e orientações” – B. “Critérios e classificação de caso de sarampo”, devendo apenas haver lugar à referenciação hospitalar no caso de agravamento dos critérios clínicos.

⁶ Ver fluxograma no n.º 10

⁷ Endereço eletrónico: <https://sinave.min-saude.pt/SINAVE.MIN-SAUDE/login.html>



Responsável*	Medidas a implementar na Linha de Saúde Açores
Enfermeiros	<p>1. <u>Perante um caso possível ou um caso provável</u> que contacte telefonicamente a Linha de Saúde Açores deve promover o encaminhamento para unidade de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Em ilhas com hospital, referenciar para o mesmo (em transporte próprio ou em ambulância), com informação prévia ao hospital; b) Em ilhas sem unidade hospitalar, deve a Unidade de Saúde de Ilha, providenciar o isolamento do doente até à confirmação ou não de “caso confirmado” (ver “classificação de caso” em “Conceito, definições e orientações” – B. “Critérios e classificação de caso de sarampo”, devendo apenas haver lugar à referenciação hospitalar no caso de agravamento dos critérios clínicos. <p>2. Perante um contacto (assintomático, mas com critério epidemiológico) que contacte telefonicamente a Linha de Saúde Açores deve-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Confirmar o n.º de contacto telefónico, n.º de utente e residência e/ou local de permanência atual. Solicitar autorização para transmitir os dados à Autoridade de Saúde Concelhia (ASC); b) Recomendar o isolamento (e coabitantes caso aplicável), o uso de máscara e reforçar que não deve dirigir-se a qualquer unidade de saúde sem prévio contacto com a LSA; c) Informar que será contactado pela ASC ou por equipa da Unidade de Saúde Pública; d) Recomendar a auto-vigilância de sinais e sintomas sugestivos de sarampo e, em caso de apresentação de sintomas, voltar a contactar a LSA; e) Remeter correio eletrónico e SMS para a ASC. <p>3. Perante um utente sem critérios para sarampo, mas que contacte a LSA por eventual contacto com caso suspeito (não provável e não possível) informar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Esclarecer acerca dos sinais e sintomas, critérios para sarampo; b) Recomendar a manutenção da sua rotina; c) Vigiar eventuais sintomas; d) Consultar o seu boletim de vacinas ou contactar a sua unidade de saúde para aferir o estado vacinal contra o sarampo. e) Reforçar, se necessário, o esquema vacinal recomendado: <ul style="list-style-type: none"> Pessoas com menos de 18 anos de idade: <ul style="list-style-type: none"> a. 1-4 anos – primeira dose (recomendada aos 12 meses de idade); b. 5-17 anos – segunda dose (recomendada aos 5 anos de idade); Pessoas com 18 ou mais anos de idade: <ul style="list-style-type: none"> a. Nascidos em ou após 1970, não vacinados contra o sarampo e sem história credível da doença - 1 dose (exceto profissionais de saúde - 2 doses); b. Nascidos antes de 1970 - não necessitam de estar vacinados (exceto profissionais de saúde - 2 doses) f) Mais informações em : https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sarampo1/perguntas-e-respostas.aspx

Responsável*	Medidas a implementar pela Autoridade de Saúde Concelhia / Unidade de Saúde Pública
Delegado de Saúde Concelhio	<ul style="list-style-type: none">a) Informar a Autoridade de Saúde Regionalb) Iniciar de imediato a investigação e as medidas de prevenção e gestão do risco.c) Promover a realização urgente do Inquérito Epidemiológico e seu registo no SINAVE.d) Articular, o mais precocemente possível, com o médico/serviço de origem do alerta, para a identificação dos contactos no serviço de saúde e definição das medidas de prevenção e gestão do risco.e) Identificar os contactos próximos na comunidade e aplicar as medidas de controlo, em articulação com as unidades de saúde:<ul style="list-style-type: none">i. Vacinação contra o sarampo, de preferência nas primeiras 72 horas pós-exposição, se aplicável;ii. Administração de Imunoglobulina se contra-indicação para VASPR, em articulação com o Diretor Clínico da unidade de saúde de referência;iii. Investigação da origem de infeção.

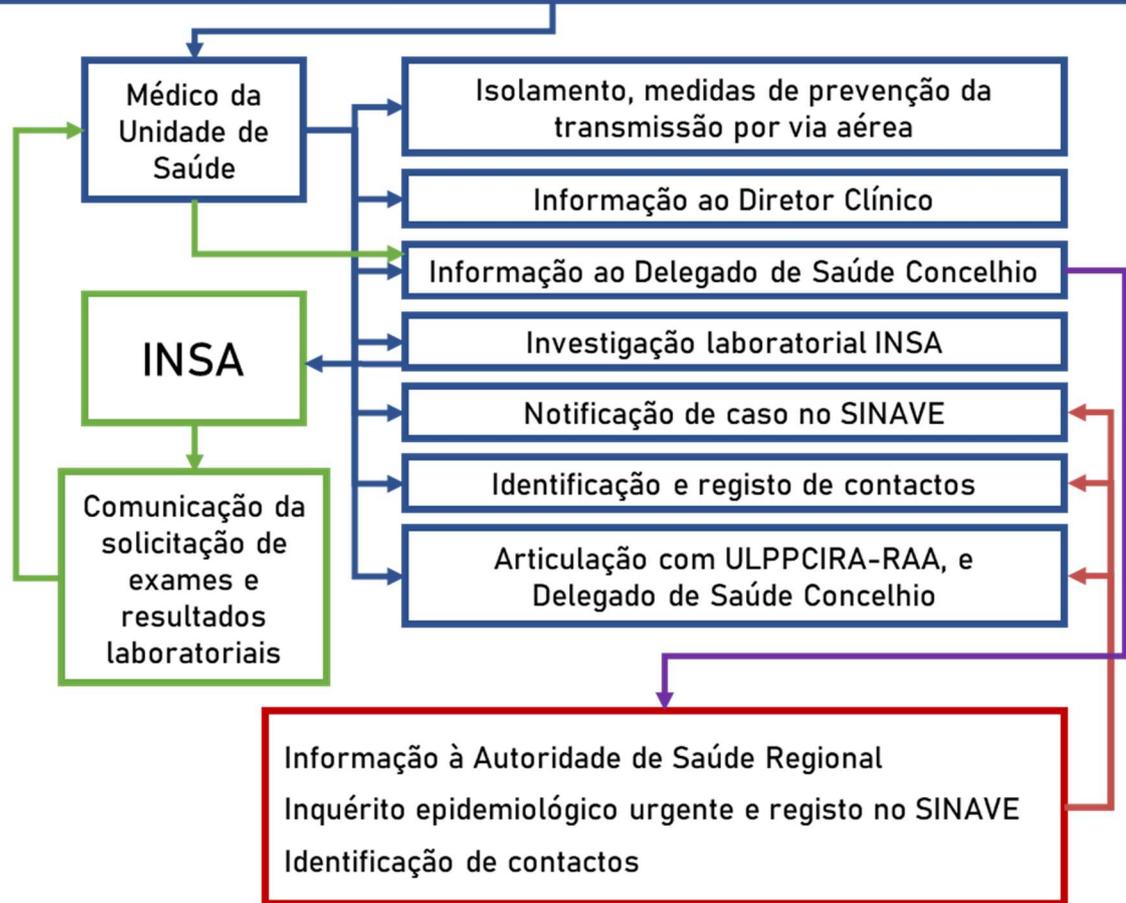
10. Fluxograma de atuação perante uma suspeição clínica ou caso possível de sarampo

**FLUXOGRAMA DE
ATUAÇÃO PERANTE UMA SUSPEIÇÃO CLÍNICA
OU CASO POSSÍVEL DE SARAMPO**

Utente recorre aos cuidados de saúde com febre, erupção cutânea, tosse, rinite ou conjuntivite, ou que refira exposição a caso de sarampo

Qualquer profissional da área da área de saúde (p.ex. segurança, assistente técnico) que identifique utente com sintomas:

- Colocar máscara FFP2
- Fornece máscara cirúrgica ao doente
- Encaminha para a Sala de isolamento
- Informa médico para avaliação



11. Conceitos, Definições

A. SARAMPO

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

Quadro III – Características da infeção por sarampo

<p>Manifestações clínicas e complicações</p>	<p><u>Habitualmente:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Período prodromico ou catarral: febre, conjuntivite, coriza, tosse. 2. Aparecimento de pequenos pontos brancos na mucosa oral (manchas de Koplik), cerca de 1-2 dias antes do aparecimento do exantema maculopapular. 3. Entre o 3º e 7º dia, surge o exantema maculopapular, inicialmente no rosto, seguindo-se, no tronco e por último nos membros inferiores, com duração de cerca de 4 a 7 dias, terminando, por vezes, em descamação. <p><u>Complicações:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. As complicações podem resultar de replicação viral ou de superinfeção 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). <p><u>Situações específicas:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Adultos: normalmente 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.
<p>Transmissão</p>	<p>Via aérea (aerossóis). Contacto direto com secreções nasais ou faríngeas de pessoas infetadas. Menos comum: produtos utilizados/infetados com secreções nasais ou faríngeas.</p>
<p>Período de incubação</p>	<p>10 a 12 dias, podendo variar entre 7 e 23 dias⁸. Adultos: normalmente têm um período de incubação mais longo do que as crianças.</p>
<p>Período de contágio</p>	<p>De 5 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 contágio pode ser mais prolongado.</p>

⁸ <http://www.euro.who.int/publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-measles>



	Pessoas vacinadas: período de contágio menor e menor risco de transmissão.
Contagiosidade do sarampo	A contagiosidade 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 SARAMPO⁹

Quadro IV – Critérios e Classificação de Caso

Critérios Clínicos	Critérios Laboratoriais	Critérios Epidemiológicos
Febre E Exantema maculopapular E Pelo menos, um dos três critérios seguintes: - Tosse - Rinite - Conjuntivite	Pelo menos um dos critérios seguintes: - Isolamento do vírus do sarampo a partir de uma amostra biológica; - Detecção de ácidos nucleicos do vírus do sarampo numa amostra biológica; - Detecção, no soro ou em fluídos orais, de anticorpos IgM específicos da resposta a infeção aguda pelo vírus do sarampo; - Detecção de seroconversão de IgG num par de soros (fase aguda e fase de convalescença) ou subida ($\geq 4x$) 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.		

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.

⁹ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1150-2021-2021-155575942>

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, afetando principalmente 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: os casos de sarampo modificado/reinfeção apresentam geralmente um quadro clínico ligeiro, com menor duração e podem não apresentar a tríade completa de tosse, rinite e conjuntivite, o exantema maculopapular pode não existir ou não ser típico, e pode 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). As serologias podem apresentar resultados *borderline*/falsos negativos, necessitando de repetição, sendo esta decisão tomada entre o INSA e a Autoridade de Saúde Regional. Há uma baixa probabilidade de transmissão por estes casos (sem evidência de transmissão em contexto comunitário). Existem casos diagnosticados que não cumprem os critérios clínicos da definição de caso de sarampo, de acordo com a definição da União Europeia (Ponto B).

12. Investigação Laboratorial de Casos de Sarampo

- 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 ou exsudado da orofaringe (zaragatoa com meio de transporte de vírus), sangue e urina

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 e isolamento do vírus 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, mas resultados negativos não infirmam o diagnóstico.
- e) O isolamento do vírus ou a deteção de RNA viral por PCR são extremamente importantes para o esclarecimento de casos com serologia inconclusiva.
- f) A colheita de amostras e o envio imediato ao laboratório do INSA deve ser acompanhado do n.º de notificação clínica no SINAVEmed, com a indicação de “Sarampo – Diagnóstico Laboratorial”.
- g) Os produtos biológicos podem ser entregues 24h/24h nos 7 dias da semana.
- h) Para apoio na colheita e envio dos produtos, utilizar os contactos do INSA de Lisboa:

<p>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</p>	<p>Tel. 217519220 Email: paula.palminha@insa.min-saude.pt</p>
---	---

- i) 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 ou exsudado da orofaringe e Urina e Sangue	Sangue

j) Métodos de colheita

Fluídos orais (para deteção de ácido nucleico e isolamento viral)

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

Exsudado da orofaringe (para deteção de ácido nucleico e isolamento viral)

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 a parede faríngea e os pilares da orofaringe, 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 (até tapar o algodão).

Urina (para deteção de ácido nucleico e/ou isolamento viral)

3 a 5 ml de urina de acordo com os procedimentos para a colheita de urina em condições de assepsia

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, para comprovar a seroconversão, se considerado necessário (decisão do Laboratório de Referência - INSA).

k) Conservação

- i. Os produtos (exceto o sangue) devem ser conservados à temperatura de 4 a 8°C inclusive durante o transporte que deve ser assegurado o mais brevemente possível (máximo de 48 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 8°C tal como os restantes produtos biológicos.

I) 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 que 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”, acompanhados do número de notificação SINAVEmed.
- iii. Não é necessário termo de responsabilidade, no âmbito do PNES.

13. Recomendações em situação de pós-exposição

O sarampo foi considerado eliminado em Portugal, pelo que um caso de sarampo é 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 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 e o Serviço de Saúde Ocupacional, de modo que as medidas de controlo sejam implementadas rápida e atempadamente.

A investigação epidemiológica 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 contágio do caso, bem como selecionar os suscetíveis,

principalmente os que estão em maior risco de complicações: lactentes não vacinados, imunocomprometidos e grávidas.

Aquando da investigação epidemiológica devem ser identificados todos os contactos do caso possível, provável ou confirmado, em todos os contextos (família, comunidade, incluindo escolas, infantários e outras instituições de educação e reabilitação e instituições de saúde). 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 VI. vacinar, mesmo que tenha passado este período.
 - ii. Administração de imunoglobulina, até 6 dias após exposição, em pessoas com contra-indicação para a VASPR (Quadro VIII).
- b) Monitorizar os contactos durante 23 dias após exposição.

Vacinação pós-exposição

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

A vacinação 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.

A administração da vacina para além das 72 horas após a exposição:

- 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.

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 VI apresentam-se as recomendações de vacinação pós-exposição de acordo a idade, a história vacinal e situações clínicas específicas.

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

A imunoglobulina humana normal (IgHN):

- a) Pode ser utilizada, por prescrição médica para prevenir ou mitigar o sarampo numa pessoa suscetível, quando administrada nos 6 dias após exposição (tipos de IgHN e doses a utilizar no Quadro VII).
- b) 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.
- c) A imunoglobulina humana normal confere proteção durante cerca de 1 mês.
- d) Nem sempre previne o sarampo, mas parece diminuir a gravidade da doença.
- e) 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.
- f) 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 pósvacinal para aferir a imunidade contra o sarampo

Quadro VI – Recomendações de vacinação contra o sarampo (VASPR) em pós-exposição¹

Idade/condição ²	História vacinal (doses)	Nº de doses VASPR a administrar (intervalo ≥4 semanas entre doses)
A) ≥6 Meses e <12 meses	0	1 (considerada dose 0 ³ - administrar a 1 ^a dose do esquema PRV, ≥12 meses de idade)
B) ≥12 Meses e <18 anos de idade	0	1 (administrar a 2 ^a dose, em idade/intervalo de acordo com PRV)
	1	1
	2	0 (1 dose, se foi administrada dose 0, <12 meses de idade)
C) Adultos nascidos ≥1970	0	1
	1	1
	2	0
D) Adultos nascidos <1970⁴	0	1
	≥1	0
E) Profissionais de saúde⁵	0	1 (2 ^a dose, 4 semanas depois)
	1	1
	2	0
F) Infecção VIH sem imunodepressão grave^{6,7}	Vacinar segundo os critérios A a E	
G) Outras: asplenia⁶, défice de fatores de complemento⁶, doença renal/hepática crónica, diabetes <i>mellitus</i>	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 PRV, em vigor

³. Por indicação expressa da Autoridade de Saúde Concelhia 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

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

Quadro VII – Tipo de imunoglobulinas utilizadas na profilaxia pós-exposição ao sarampo e respetivas doses

Imunoglobulina	Dose e via de administração
Imunoglobulina humana normal endovenosa	150mg/Kg por via EV
Formulação de Imunoglobulina humana normal subcutânea (Gammanorm®)	0.6mL/Kg por via IM (na dose máxima de 15mL ou de 5 mL em <12 meses de idade)

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

Quadro VIII – Recomendações de administração de imunoglobulina humana normal (IgHN), como profilaxia pós-exposição a casos de sarampo

Grupos com indicação de IgHN	Recomendações de administração da IgHN
<ul style="list-style-type: none"> - Crianças de idade <6 meses, incluindo recém-nascidos - Grávidas - Infecção VIH com imunodepressão grave¹ - Imunossupressão grave² 	Nos 6 dias após a exposição, nas situações em que a VASPR está contraindicada e existe risco de complicações
<ul style="list-style-type: none"> - Crianças de idade entre 6 e 12 meses não vacinadas - Infecção VIH sem imunodepressão grave¹ - Outras: asplenia, défice de fatores de complemento, doença renal/hepática crónica, diabetes <i>mellitus</i> 	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)

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

² É considerada imunossupressão grave não farmacológica: leucemia/linfoma ativo; neoplasia metastizada; anemia aplásica; doença do enxerto-vs-hospedeiro; certas imunodeficiências congénitas; cancro sob quimioterapia/radioterapia ou cujo último ciclo de quimioterapia terminou <3 meses; doentes com história de transplante de medula óssea há <2 anos.

É considerada imunossupressão grave farmacológica: corticoterapia equivalente a >2mg/kg/dia (se <10Kg) ou >20mg/dia de prednisolona por mais de 2 semanas; doentes sob efeito de agentes alquilantes (ciclosporina), antimetabolitos (azatioprina, 6-mercaptopurina), imunossupressores relacionados com a transplantação, quimioterápicos (exceto tamoxifeno), agentes anti-TNF ou outros agentes biológicos. 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 imunoglobulina humana normal prescrita para profilaxia pós-exposição, para contactos, conforme previsto na presente circular normativa, está condicionada à sua disponibilidade;
2. A imunoglobulina está disponível em farmácias hospitalares do SRS;
3. O acesso a esse medicamento, que não deve ser adiado, terá de ser acordado diretamente entre os conselhos de administração das unidades de saúde que não dispõe da Imunoglobulina e a farmácia de um dos hospitais da RAA, preferencialmente o de referência, a fim de se encontrar uma resposta de forma mais expedita;
4. No final de cada semana, as farmácias e os respetivos conselhos de administração acertam contas, sem bloqueios de carácter administrativo;
5. Já em relação à disponibilidade de vacinas, a administrar de acordo com esta circular normativa, a obtenção da VASPR terá de ser acordada entre o estabelecimento hospitalar requerente e a USI da área geográfica. Poderão ocorrer situações em que seja necessário recorrer a uma USI de outra ilha.

Profilaxia pós 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 malformações 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 IX).

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

Histórico da grávida	Recomendação
----------------------	--------------

Com história credível de sarampo ou vacinada com 2 doses	Imune
Com 1 dose de vacina contra sarampo	Realizar serologia e administrar imunoglobulina humana normal (até 6 dias pós-exposição) apenas se anticorpos IgG negativos para sarampo
Com 0 doses de vacina contra sarampo	Realizar serologia e administrar imunoglobulina humana normal (até 6 dias pós-exposição) se anticorpos IgG negativos para sarampo. Se não for possível realizar serologia nos 6 dias pós-exposição, administrar imunoglobulina humana normal

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 imunoglobulina humana normal.

Grávidas imunocompetentes

Se possível, exequível e rápido, determinar no hospital a que a grávida recorre, a serologia para o sarampo antes da administração de imunoglobulina humana normal. Farão imunoglobulina humana normal 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 imunoglobulina humana normal às grávidas que não tenham duas doses de vacina.

Recém-nascidos e crianças

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

Os recém-nascidos que contactem com casos confirmados de sarampo devem receber imunoglobulina humana normal.

Quadro X. Recomendações de profilaxia pós exposição a casos de sarampo, em crianças < 12 meses

Idade	Recomendação
< 6 meses	Suscetível, administrar imunoglobulina humana normal, idealmente nas primeiras 72 horas e 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 contactar a Linha de Saúde Açores (808 24 60 24), em caso de aparecimento de sinais ou sintomas sugestivos 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.

14. Profissionais de saúde

O PPCIRA e o Serviço de Saúde Ocupacional de cada unidade de saúde são responsáveis 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 altamente contagiosa e evitar a existência de cadeias de transmissão em

serviços de saúde e o contágio subsequente em pessoas com maior risco de complicações.

Por esse motivo, para os profissionais de saúde, e ao contrário da população em geral, não existem critérios de vacinação baseados na idade (adultos, nascidos antes ou depois de 1970).

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

O Quadro XI 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. As profissionais em idade fértil devem evitar a gravidez até um mês depois da administração da VASPR.

Quadro XI – 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 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.

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 13 (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).

- 15.** A conteúdo da presente circular normativa atualiza o teor da Circular Normativa nº 2A de 27 de fevereiro de 2024, sobre “SARAMPO: Procedimentos (atualização)” e tem por base a Norma nº 004/2017 da Direção Geral da Saúde de 12 de abril de 2017, atualizada a 21 de junho de 2024.

O Diretor Regional

Pedro Garcia Monteiro Paes

