

EDITORIAL / EDITORIAL



/ Ana Leça

Pediatra, Vice-Presidente da Comissão Técnica de Vacinação



/ Graça Freitas

Especialista em Saúde Pública, Subdiretora-Geral da Saúde

As epidemias de sarampo na Europa e os surtos de 2017 em Portugal: Problemas, desafios e lições aprendidas

Poderíamos estar a contar a história de uma doença erradicada a nível global, destacando mais uma vez a "prova do poder da ação coletiva na melhoria da condição humana" (Margaret Chan, OMS 2010, 30 anos após a erradicação da varíola). Mas não! Apesar de o sarampo reunir as condições para erradicação, pelas características do vírus incluindo a sua transmissão exclusivamente inter-humana e pela disponibilidade de uma vacina eficaz, segura e economicamente acessível, temos assistido ao ressurgimento de epidemias que põem em risco os sucessos já conseguidos por países como Portugal.

O sarampo é uma das infeções mais contagiosas, ou seja, com maior capacidade de gerar casos secundários o que exige elevadas coberturas vacinais para interromper a circulação do vírus e controlar a doença na comunidade através da imunidade de grupo. É habitualmente benigno mas pode ser grave e mesmo letal. As complicações surgem nos períodos de estado de convalescença ou muitos anos depois. São comuns a otite, diarreia e pneumonia, sendo esta última a causa mais frequente de morte nas crianças mais jovens. Ocorrem ainda casos de encefalite, encefalomielite disseminada aguda, e panencefalite esclerosante subaguda. Na gravidez, o sarampo pode originar aborto espontâneo, prematuridade e baixo-peso ao nascer.

A vacina contra o sarampo, atualmente incluída na VASPR, mantém a sua eficácia uma vez que existe apenas um tipo antigénico de vírus (vírus monotípico), apesar das múltiplas e distintas linhagens do vírus selvagem, base da investigação filogenética e da epidemiologia molecular que permite identificar as cadeias de transmissão e a origem geográfica dos casos e surtos.

Em 1980, antes do uso generalizado da vacina, estimou-se, a nível mundial, 2,6 milhões de óbitos por sarampo. Em 1998, a OMS e UNICEF implementaram medidas e recomendações para a eliminação da doença. Entre 2000 e 2008, a redução da letalidade foi de 75%, contribuindo para 23% da redução da mortalidade infantil (todas as causas) entre 1980 e 2008.

A Região das Américas da OMS foi a única região que eliminou o sarampo, apesar de ocorrerem casos importados de outras regiões. Então, por que razão países europeus com boa capacidade de vacinação, de vigilância epidemiológica e de diagnóstico, têm comprometido o objetivo, sucessivamente adiado, de eliminação do sarampo na Região Europeia?

Verifica-se desde 1998, em alguns países, uma menor confiança nas vacinas, nomeadamente na VASPR, após a sua indevida e fraudulenta associação ao aparecimento de colite e autismo. A cobertura vacinal baixou e os casos de sarampo aumentaram mesmo depois dos estudos que excluíram definitivamente aquela associação.

Assiste-se a uma inversão da perceção do risco, receando-se mais as vacinas que doenças praticamente inexistentes. A hesitação em vacinar é frequente em pessoas diferenciadas e alguns estudos apontam para lacunas dos profissionais em responder às questões sobre vacinação, quando, e bem, as pessoas são cada vez mais sujeitos ativos nas decisões em saúde.

Alguns grupos, por razões filosóficas, religiosas ou ideológicas opõem-se à vacinação. Também minorias, com baixa acessibilidade e adesão aos serviços de saúde, podem constituir bolsas de suscetíveis que são potenciais focos de emergência de surtos de sarampo.

Os serviços de saúde têm de adequar-se às alterações sociais, promover a acessibilidade à vacinação, não perdendo oportunidades para vacinar, e ter capacidade de intervenção nas bolsas de suscetíveis. Podem atingir-se elevadas coberturas vacinais com reforço dos sistemas de vacinação de rotina, com informação e apoio aos profissionais e aos cidadãos para que tomem decisões saudáveis e esclarecidas, com colaboração entre setores, com identificação de bolsas de suscetíveis e com atividades adicionais de vacinação.

Apesar dos surtos, a situação epidemiológica atual não é comparável à era pré-vacinal. Muitos profissionais de saúde na Europa nunca lidaram com um caso de sarampo, o que pode atrasar o diagnóstico, facilitar o contágio, protelar o rastreio dos contactos e a implementação das medidas de controlo. É portanto, importante a formação dos profissionais para o reconhecimento precoce da doença e início imediato de medidas de contenção.

Mesmo países com grande investimento na vacinação, com coberturas vacinais elevadas e com eliminação do sarampo certificada pela OMS, podem ter surtos em pessoas não imunes, originados em casos importados, como aconteceu em Portugal entre fevereiro e maio de 2017.

A boa situação portuguesa deve-se a uma consistente aplicação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) com coberturas vacinais >95% para as duas doses de VASPR, associada a campanhas e atividades adicionais de vacinação sempre que adequado. Os inquéritos serológicos nacionais apontam para uma elevada imunidade contra o sarampo.

As últimas grandes epidemias de sarampo em Portugal ocorreram em 1987, com cerca de 12.000 casos notificados e 40 óbitos e em de 1993/1994, com cerca de 3.000 casos notificados. Desde 2003 que não existe sarampo endémico em Portugal. A gestão adequada de casos importados ao longo dos anos, através da operacionalização das estratégias previstas no Programa Nacional de Eliminação do Sarampo, conteve a transmissão viral e evitou o restabelecimento da transmissão endémica.

Tal como em outros países com a doença eliminada e com coberturas vacinais elevadas, há sempre dois problemas: as bolsas de suscetíveis, geográficas ou de contexto (*settings*) e as pessoas suscetíveis dispersas na população, incluindo todas as crianças até aos 12 meses de idade, altura da administração da primeira dose da vacina.

Em 2017, ocorreram 2 surtos de sarampo em Portugal, no Algarve e na Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), sem aparente relação epidemiológica, totalizando cerca de 30 casos. Estes surtos reforçaram a atenção para o diagnóstico de sarampo tendo-se assistido a um progressivo aumento da suspeita clínica, o que consideramos muito positivo

Cada caso terá originado um máximo de dois casos, demonstrando que a imunidade da população é elevada. Em populações insuficientemente vacinadas cada caso de

sarampo pode gerar até 18 casos secundários. Os resultados disponíveis da análise filogenética (genótipo B3) apontam para a origem europeia dos surtos.

A ocorrência de casos em pessoas vacinadas está de acordo com o descrito e o facto de não terem sido afetadas pessoas com mais de 45 anos indica que as recomendações para vacinação estão de acordo com a realidade epidemiológica do país.

Pelo menos 5 casos terão sido contagiados nos serviços de saúde, incluindo profissionais de saúde, o que alerta para a necessidade de verificar o seu estado vacinal e assegurar a sua correta vacinação.

Os surtos demonstraram a integração de esforços: cuidados de saúde primários e hospitalares, clínicos e autoridades de saúde, laboratório nacional de referência, Saúde 24 e cooperação entre Saúde e Educação, para uma resposta rápida e eficiente na prevenção e contenção de surtos. Também os meios de comunicação social e a população acompanharam a evolução da situação, com a maioria das pessoas a defender a vacinação concretizando um dos objetivos estratégicos da OMS 2012: "Que os indivíduos e as comunidades entendam o valor das vacinas e as procurem como um direito e com responsabilidade".

A certificação da eliminação do sarampo em Portugal não ficará comprometida se conseguirmos demonstrar, nos 12 meses após o surto, que a situação está controlada e não houve restabelecimento da circulação endémica do vírus. Vamos demonstrá-lo!