

MEDIDAS DE CONTROLE: SARAMPO/RUBÉOLA ATUALIZAÇÃO - MAIO 2019

O sarampo e a rubéola continuam presentes em diferentes regiões do mundo, o que representa um importante desafio aos países da região das Américas, pois se mantém o risco potencial de importação e disseminação dos vírus.

Nos últimos anos, observou-se um recrudescimento global na ocorrência de casos de sarampo e de surtos de rubéola em países a oeste do pacífico e sudeste asiático. Desde fevereiro de 2018, o Brasil tem reportado a circulação do vírus do sarampo (genótipo D8) em 11 estados da federação. Em 2019, dois estados brasileiros continuam registrando casos associados ao mesmo genótipo, indicando circulação mantida do vírus.

Em 2019, até 23/5/2019, o Estado de São Paulo registrou 36 casos confirmados de sarampo, sendo 11 deles com referência de internação e quatro em profissionais de saúde.

O sarampo e a rubéola possuem vigilância integrada em São Paulo, no sentido da detecção oportuna de casos, agregados e surtos de doenças exantemáticas febris, com vistas à efetivação adequada das medidas de controle.

A vacina tríplice viral, que protege contra sarampo, rubéola e caxumba (SCR), é a única forma de prevenir a ocorrência destas doenças na população (1).

MEDIDAS DE CONTROLE

1. VACINAÇÃO DE ROTINA (1,2)

É importante que o esquema vacinal esteja completo e devidamente registrado em caderneta de vacinação. De acordo com o Programa Nacional e Estadual de Imunizações, atualmente, estão disponíveis as seguintes vacinas que contêm os componentes do sarampo e da rubéola: a vacina **Tríplice Viral – SCR, que protege para o Sarampo, a Caxumba e a Rubéola;** e a vacina **Tetra Viral - SCR- Varicela, que protege para o Sarampo, a Caxumba, a Rubéola e a Varicela.**

- Crianças com idade entre 12 meses e seis anos de idade:

- uma dose de vacina SCR (tríplice viral) aos 12 meses de idade;
- uma dose de vacina SCR-Varicela aos 15 meses de idade. A dose de SCR-Varicela deve ser administrada após uma dose anterior da SRC. A vacina tetra viral pode ser aplicada até aos menores de seis anos de idade.

A partir dos cinco anos de idade, crianças sem comprovação de vacinação anterior, aplicar uma dose da vacina SCR na primeira visita e uma segunda dose de SCR 30 dias após a primeira. Caso apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, completar o esquema já iniciado.

- Crianças maiores de sete anos e indivíduos até 29 anos:

Todos os indivíduos com idade entre sete e 29 anos, devem ter **duas doses de SCR** (recebidas a partir de um ano de idade e com intervalo mínimo de 30 dias).

- Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, completar o esquema já iniciado, de maneira a receber duas doses de SCR a partir de um ano de idade.
- Para indivíduos sem comprovação de vacinação anterior, aplicar uma dose da vacina SCR na primeira visita e uma segunda dose de SCR 30 dias após a primeira.

- Adultos acima de 30 anos e os nascidos a partir de 1960:

Adultos acima de 30 anos e os nascidos a partir de 1960, devem ter pelo menos uma dose da vacina SCR, a partir de um ano de idade, independente de história pregressa da doença.

Caso a pessoa não apresente comprovação de vacina anterior, aplicar uma dose da vacina SCR na visita ao posto de vacinação.

2. VACINAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO (1,3,4)

Vacinar todas as pessoas pertencentes aos grupos de risco, abaixo discriminados, de maneira seletiva e de acordo com o calendário nacional e estadual de imunização:

- 1- Profissionais da educação.
- 2- População institucionalizada.
- 4- Estudantes (ensino fundamental, médio e superior).
- 5- Trabalhadores da construção civil, do setor de turismo, de aeroportos e portos (por exemplo: agentes de viagens, guias turísticos, taxistas, funcionários de hotéis e de empresas de transportes aéreo, marítimo e terrestre, etc.), e profissionais do sexo.
- 6 - Mulheres puérperas e pós-abortamento.
- 7 - Viajantes

Atenção:

TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM TER DUAS DOSES DE SCR, COM INTERVALO DE 30 DIAS ENTRE AS DOSES (4).

3. Intensificação vacinal

Caracteriza-se pela adoção de estratégias para incrementar a vacinação de rotina, como a busca ativa de faltosos, identificação de bolsões de não vacinados e vacinação oportuna dos mesmos, especialmente quando há casos confirmados da doença. Para esta ação, há o desenvolvimento de parcerias com órgãos governamentais e não governamentais para a implementação de ações que melhorem o acesso da população aos imunobiológicos.

4. Campanha de vacinação

A campanha de vacinação é uma ação pontual que tem um objetivo determinado e específico. É uma estratégia que tem abrangência limitada no tempo e visa, sobretudo, à vacinação em massa de uma determinada população, com uma ou mais vacinas.

A vacina SCR não é recomendada para gestantes, pessoas imunocomprometidas e crianças menores de seis meses. As mulheres em idade fértil vacinadas deverão evitar a gravidez por pelo menos um mês após a vacinação.

5. VACINAÇÃO DE BLOQUEIO – Frente a caso SUSPEITO de Sarampo ou Rubéola (3,5,6,7,8,9,10)

A vacinação de bloqueio tem por objetivo aumentar rapidamente a imunidade da população, de maneira a interromper a transmissão e diminuir a extensão e a duração do surto. Deve ser realizada na suspeita, preferencialmente no prazo máximo de até 72 horas após a notificação do caso, eliminando os suscetíveis no menor tempo possível.

Frente a caso com sorologia **IgM reagente** para sarampo e/ou rubéola e/ou **PCR detectável** para sarampo e/ou rubéola, realizar a varredura ou operação limpeza: busca exaustiva de suscetíveis mediante vacinação casa a casa, incluindo domicílios e estabelecimentos coletivos (creches, escolas, faculdades, canteiros de obras, etc.). Esta ação deve abranger os locais frequentados pelo caso confirmado nos últimos sete a 21 dias, incluindo todo o quarteirão, área residencial ou bairro se necessário.

Tendo em vista o cenário epidemiológico atual do sarampo no estado de São Paulo, no sentido de efetivamente interromper a circulação do vírus e controlar os surtos, tendo por base os indicadores de processo e a dinâmica atual de transmissão viral, recomenda-se **expandir a imunização de resposta a casos suspeitos de sarampo (bloqueios), além dos contatos suscetíveis, por meio da VACINAÇÃO NÃO SELETIVA DAS POPULAÇÕES DE RISCO (todos os expostos).**

Crianças com idade entre seis meses e 11 meses de idade:

Aplicar a vacina SCR. Esta dose **NÃO** será considerada válida para o esquema de rotina. A criança deverá receber novamente a vacina SCR aos 12 meses e a SCR-Varicela aos 15 meses de vida. Observar o intervalo mínimo de 30 dias para a revacinação.

Indivíduos com idade igual ou acima de 12 meses:

Aplicar a vacina SCR. Garantir que todos tenham **DUAS doses de SCR** (recebidas a partir de um ano de idade e com intervalo mínimo de 30 dias). Indivíduos sem nenhuma dose da vacina SCR (aplicada a partir de um ano de idade) deverão receber uma dose e agendar uma segunda dose, com intervalo mínimo de 30 dias, independente de história pregressa da doença.

Obs: durante as ações de bloqueio, caso o indivíduo tenha recebido a vacina SCR há menos de 30 dias, não há necessidade de receber a vacina durante o bloqueio.

6 – USO DE IMUNOGLOBULINA PARA PESSOAS IMUNOCOMPROMETIDAS, GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES DE VIDA (3,7)

A imunização passiva com o uso de imunoglobulina deve ser considerada se a vacinação for contraindicada para pessoa suscetível exposta à infecção há menos de seis dias, para prevenir ou atenuar a doença. Nesta condição, a imunoglobulina está indicada para os contatos suscetíveis próximos e/ou domiciliares de pacientes suspeitos de sarampo. O uso de imunoglobulina deve ser considerado particularmente após exposição ao caso suspeito de sarampo, de maneira a reduzir o risco da infecção e de complicações (3,7), dentro de seis dias após a exposição em:

- crianças menores de seis meses;
- gestantes sem evidência de imunidade prévia ao sarampo (duas doses válidas de vacina SCR, a partir de um ano de idade);
- indivíduos imunocomprometidos sem evidência prévia de imunidade ao sarampo e aqueles imunodeprimidos graves*, independente de história prévia de vacinação ou doença.

*Imunodepressão grave: imunodeficiência primária grave que não tenha recebido imunoglobulina nas últimas três semanas; transplantados de células tronco hematopoiéticas até 12 meses após a suspensão de terapias imunossupressoras; doenças linfoproliferativas; nos primeiros 6 meses pós quimioterapia para leucemia linfoblástica aguda; infecção pelo HIV com sinais e sintomas de síndrome da imunodeficiência adquirida ou contagem de CD4 menor que 200 células/mm³ (maiores de 5 anos) ou menor que 15% (qualquer idade); transplantados de órgão sólido; uso de imunobiológicos ou inibidores de citocinas nos últimos 6 meses.

Para crianças e gestantes: imunoglobulina humana intramuscular na dose de 0,5mL por Kg de peso com a dose máxima de 15 ml; caso não haja disponibilidade da apresentação intramuscular utilizar a apresentação intravenosa na dose de 150mg/Kg de peso (o equivalente a 3 ml por Kg de peso na formulação de 50mg/ml, atualmente disponível no Brasil). A dose para os imunodeprimidos expostos é 0,50 mL/kg de peso (dose máxima de 15 mL), intramuscular, em dose única (8,9,10).

Para imunodeprimidos, utilizar a imunoglobulina intravenosa na dose de 150mg/Kg de peso (o equivalente a 3 ml por Kg de peso na formulação de 50mg/ml, atualmente disponível no Brasil). Não é necessária a aplicação da imunoglobulina para contatos de suspeitos de sarampo que façam uso rotineiro de imunoglobulina endovenosa (100 a 400 mg/kg de peso), se a última dose tiver sido aplicada dentro de três semanas antes da exposição (10,11,12).

Observação: pacientes que fizeram uso da imunoglobulina devem ter intervalo de seis meses para utilização de vacina de vírus vivo atenuado (se não houver contraindicação médica), se a dose utilizada foi de 0,5 mL/kg de peso, e de cinco meses, se a dose utilizada for de 0,25mL/kg (10,11,12).

Gestantes: De acordo com o calendário nacional e estadual de imunizações, as gestantes vacinadas adequadamente anteriormente à gestação devem ser consideradas imunes.

Convém ressaltar que o emprego da imunoglobulina comum, em geral, pode impedir as manifestações clínicas da rubéola, mas não evita a viremia e tampouco a embriopatia (3,5).

Recomenda-se a atualização da situação vacinal em relação à SCR, de acordo com o calendário de imunização de rotina nacional e estadual, para mulheres no puerpério e no período pós-abortamento.

Referências

- (1) Brasil/MS/SVS; Guia de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em www.saude.gov.br/bvs
- (2) Brasil, MS. Nota Informativa nº 384, de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2017; 26 de Dezembro de 2016.
- (3) American Academy of Pediatrics. Measles. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2018:537-550.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p.
- (5) Plotkin SA; Reef SE. Vaccine, 5th ed. Rubella vaccine, 2008.
- (6) Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Recommended Adult Immunization Schedule United States – 2015.
- (7) Young MK, Nimmo GR, Cripps AW, Jones MA. Post-exposure passive immunisation for preventing measles. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD010056. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010056.pub2/full#CD010056-bbs2-0051>
- (8) Médecins Sans Frontières. Management of a measles epidemic. 2013 Edition.
- (9) World Health Organization. Guidelines for measles and rubella outbreak investigation and response in the WHO European Region. 2013.
- (10) Gastanaduy et al. REVIEWS. Public health responses during measles outbreaks in elimination settings: Strategies and challenges HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS 2018, VOL. 14, NO. 9, 2222–2238.

(11) Australian Government; Department of Health; Communicable Diseases Network Australia (CDNA); Series of National Guidelines (SoNGs); The Australian Immunisation Handbook 10th edition (updated June 2015); pag 9. Disponível em:

[http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/461D5C7EDCBBF098CA257D4D0024BF20/\\$File/5-Passive-immunisation.pdf](http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/461D5C7EDCBBF098CA257D4D0024BF20/$File/5-Passive-immunisation.pdf)

(12) Canada communicable disease report. Guidelines for the prevention and control of measles outbreaks in Canada. October 2013 • Volume 39, pág.15. Disponível em

<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-12-measles-vaccine.html>

(13) Megan K Young and Allan W Cripps. Passive immunization for the public health control of communicable diseases Current status in four high-income countries and where to next. Human vaccines & immunotherapeutics 9:9, 1885–1893; September 2013. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906352/>

Documento elaborado e atualizado pela Equipe Técnica da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES-SP e da Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP, maio de 2019, São Paulo, Brasil.