



GRUPO PARLAMENTAR

Projeto de Resolução n.º 2167/XIII/4ª

Garante o direito à proteção vacinal nas escolas públicas

Recomenda ao Governo a monitorização do estado vacinal nas instituições públicas de ensino do país, com vista a proteger todas as crianças contra as doenças preveníveis por vacinação

Exposição de motivos

A vacinação, como atividade organizada, é hoje um dos meios mais seguros, custo-efetivos e poderosos de prevenir mortes e melhorar vidas. Ao erradicar, eliminar ou controlar doenças infecciosas, a vacinação evita aproximadamente 2,5 milhões de mortes por ano a nível global, reduzindo e controlando indicadores de mortalidade e morbidade. A vacinação é um direito conseguido pelo progresso científico e fundamental, ao conferir direta ou indiretamente proteção às crianças contra doenças debilitantes na infância, bem como a oportunidade de prosperar para realizar todo o seu potencial. Estes progressos têm sido conseguidos com a agenda de vacinação seguida na maioria dos países do mundo, com os respetivos programas de vacinação a atingir hoje mais de 80% das crianças com menos de um ano de idade (OMS).

Em Portugal, as recomendações específicas de vacinação para a população espelhadas no Programa Nacional de Vacinação (PNV), vêm, desde 1965, a ser atualizadas de acordo com a situação epidemiológica. O PNV, atividade sustentada que materializa o direito universal à Saúde, obedece em Portugal aos princípios de gratuidade e universalidade, e iniciou-se com vacinas contra 5 doenças, tendo sido introduzidas novas vacinas ao longo do tempo, perfazendo hoje proteção contra 12



GRUPO PARLAMENTAR

doenças. Na década anterior à introdução do PNV, quatro doenças (tosse convulsa, poliomielite, tétano e difteria) provocaram um total de 40175 casos notificados e 5271 mortes. Em 2009 registaram-se para as mesmas doenças 376 notificações e 27 mortes, comprovando a eficácia da vacinação e do PNV (DGS). O PNV contribui ainda para a obtenção de objetivos internacionais particularmente relevantes, nomeadamente a erradicação da poliomielite a nível global e a eliminação do sarampo e rubéola a nível regional e nacional.

Estas contribuições permitiram obter alguns dos marcos históricos da Saúde Pública na Região Europeia, que incluem o contributo para a erradicação da varíola a nível global desde 1980, a certificação de como está livre da poliomielite desde 2002 e a redução dos casos de sarampo em mais de 90% desde 2007 (ECDC).

No entanto, parece termos agora atingido um planalto, cuja tendência parece indicar um retrocesso neste campo, tendência sugerida pelos dados disponíveis. Nos últimos anos temos assistido ao reaparecer de surtos, nomeadamente de Sarampo, de dimensão internacional e de grande magnitude. O último grande surto na Região Europeia (iniciado em 2016 e que teve como foco primário a Roménia), apesar da implementação atempada de medidas de resposta (reforço vacinal e campanhas de repescagem) deu origem a transmissão de casos secundários em países da União Europeia incluindo Portugal. De Janeiro de 2016 até final de junho de 2017 foram reportados mais de 14 000 casos de sarampo incluindo 34 mortes (fonte: Sistema Europeu de Vigilância - TESSy e Instituto Nacional de Saúde Pública na Roménia). As coberturas vacinais para a região da União Europeia / Espaço Económico Europeu respeitantes a 2016 (dados disponíveis, OMS), mostram que 20 países (dos 27 que reportaram) declararam coberturas inferiores a 95% para a segunda dose de vacina contra Sarampo ou equivalente (VAS/VASPR) e 18 países (dos 30 que reportaram esta dose) mantinham esse limiar inferior a 95% para a primeira dose de vacina. Assim, a cobertura vacinal na região é subótima para a cobertura necessária e recomendada de $\geq 95\%$ da população, que deve ser mantida



GRUPO PARLAMENTAR

não só a nível nacional, mas também nas diferentes sub-regiões e populações. Só a cobertura vacinal de $\geq 95\%$ com duas doses de VASPR garantem que a circulação do sarampo é interrompida através da imunidade de grupo, e que a importação de casos de doença não dá origem a casos secundários.

Dados provisórios mais recentes da Organização Mundial de Saúde estimam que o aumento global de casos de sarampo do primeiro trimestre de 2019 face ao ano passado foi de 300%. A adicionar a esse número, 650.000 dos 10,7 milhões de crianças nascidas a cada ano na Região Europeia não recebem a primovacinação (três séries completas de vacinas contra a difteria, contra o tétano e contra a tosse convulsa até completar o primeiro ano de idade), criando bolsas populacionais de não vacinados e população vulnerável (ECDC).

Este esforço vacinal parece estar a abrandar, e necessita de um reinvestimento cujo benefício e custo-efetividade são inegáveis. A agravar esta situação e de forma irónica (porque além de comprovar o seu próprio sucesso está também a comprometer o seu futuro), está o facto de a vacinação ter tornado muitas doenças infecciosas raras ou quase inéditas. Isto tem levado ao aparecimento do fenómeno de hesitância vacinal – definida como atitudes de complacência perante oportunidades de vacinação, ou opinião construída e crença entre cuidadores, pais e profissionais de saúde de que as vacinas não são realmente necessárias. Para isso contribuem ainda os chamados grupos de anti vacinação e outros sítios e meios que espalham notícias e informação falsa.

No que se refere diretamente ao Sarampo em Portugal a cobertura reportada tem sido historicamente robusta, igual ou superior a 95% desde há pelo menos 10 anos, tendo o país inclusivamente recebido, em 2016, certificação da OMS para a eliminação de rubéola e de sarampo – estatuto que mantém atualmente. A confiança dos cidadãos portugueses perante as vacinas também é a mais alta da Europa (98%), de acordo com um Eurobarómetro de 2018.



GRUPO PARLAMENTAR

No entanto, resultados dos inquéritos serológicos que tinham apontado para uma seroprevalência de anticorpos contra o vírus do sarampo elevada - 95,2% em indivíduos de todas as idades no segundo inquérito nacional (2001-2002), apontaram mais recentemente para uma proporção mais baixa (94,2%) de indivíduos de todas as idades imunes à doença, de acordo com os resultados do terceiro e mais recente inquérito serológico nacional (2015-2016).

Mais, o relatório recente do Conselho Nacional de Saúde “Gerações Mais Saudáveis” (2018), baseado na avaliação de 2017 do PNV, identifica algumas lacunas preocupantes, nomeadamente disparidades regionais na cobertura vacinal.

Assim, na coorte de crianças nascidas em 2016, que completaram 1 ano de idade em 2017, a cobertura vacinal da 3.^a dose da vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do tipo b e poliomielite (administrada aos 6 meses de idade) é baixa em alguns Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) nomeadamente no ACES Lisboa Norte (Lisboa e Vale do Tejo) que regista a cobertura vacinal mais baixa para esta vacina (92,4%), enquanto os ACES de toda a coroa urbana de Lisboa (Loures/Odivelas, Sintra, Amadora, Cascais e Lisboa Ocidental/Oeiras) e também o ACES Barlavento (Algarve) registam taxas elevadas, mas inferiores à maioria dos ACES no resto do país (CNS).

Ainda mais preocupante, é a análise da cobertura vacinal da 2.^a (e última, que garante proteção efetiva) dose da vacina contra sarampo, parotidite epidémica e rubéola na coorte de crianças nascidas em 2011, que completaram 6 anos de idade em 2017, que agrava estas disparidades entre os ACES. Nesta avaliação, nenhum dos ACES da região do Algarve regista uma cobertura vacinal superior a 95,0%, registando o ACES Algarve Central uma cobertura vacinal inferior de 89,4%. O mesmo acontece nos ACES da área urbana de Lisboa - com os ACES Lisboa Norte (85,5%), Cascais (86,7%) e Amadora (88,0%), a registarem coberturas vacinais particularmente baixas. Com coberturas vacinais mais elevadas, mas ainda assim



GRUPO PARLAMENTAR

inferiores a 95,0% aparecem os ACES Lisboa Ocidental/Oeiras (90,2%), Lisboa Central (90,9%), Loures/Odivelas (91,0%), Sintra (93,8%) e Almada/Seixal (94,1%). Na região Centro, o ACES Pinhal Interior Norte registou uma cobertura vacinal de 91,7% e o ACES Baixo Mondego alcança uma cobertura de 94,2%. Por outro lado, na região Norte, o ACES Braga é o único que regista uma cobertura vacinal ligeiramente inferior a 95,0% (CNS).

Estes dados recentes já não nos permitem excluir a possibilidade da ocorrência de surtos no país, fundamentada pela acumulação de indivíduos suscetíveis em determinados grupos etários (seja por falha vacinal ou ausência de vacinação), bolsas geográficas populacionais, e pela importação de casos ou modificação da epidemiologia da doença. Assim, a monitorização das coberturas vacinais requer redobrada atenção a nível local no sentido de promover a identificação de bolsas populacionais e geográficas onde esteja a ocorrer a acumulação de indivíduos suscetíveis de modo a desencadear a respetiva ação corretiva nomeadamente a promoção de momentos de vacinação.

A operacionalização do PNV tem sofrido algumas revisões organizacionais, sendo a última realizada pela Portaria n.º 248/2017 de 4 de agosto que transcreve o modelo de governação do PNV. Este modelo assenta em pilares de intervenção nacional, regional e local, sendo este último executado por serviços dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Unidade de Saúde Pública (USP), coordenação local do PNV e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF), responsáveis pela grande maioria das inoculações. Mas se por um lado o objetivo principal do esquema de vacinação recomendado é obter a melhor proteção na idade mais adequada e o mais precocemente possível, e maioria das inoculações acontecem até aos 12 anos de idade, esta proteção não pode ficar refém de acesso atempado a cuidados de saúde por parte do cidadão. Notamos com preocupação que o mesmo relatório do Conselho Nacional de Saúde aponta disparidades e



GRUPO PARLAMENTAR

falhas na atribuição de Médico de Família a cerca de 150 mil crianças, sendo que as principais carências existem na região de Lisboa e Vale do Tejo, a mesma região que menor cobertura vacinal apresenta. Por outro lado, o lugar quotidiano que a escola ocupa nas crianças e adolescentes ganhou relevância nas últimas décadas com o aumento da carga letiva e alargamento da escolaridade obrigatória para os 18 anos, sendo este um ambiente privilegiado para a aferição e promoção da proteção vacinal de cada criança e adolescente.

Reconhecendo que todas as crianças merecem um começo de vida saudável, e que o ambiente escolar se tornou no espaço onde crianças e adolescentes passam a maior parte do seu tempo, este deve ainda ser um ambiente particularmente protegido, tendo a Escola um papel fundamental na promoção de atitudes e momentos de prevenção da doença nesta população.

A Saúde Escolar em Portugal tem um longo percurso que recua a 1901, tendo sofrido alterações significativas até hoje, sob a tutela de vários ministérios, com predominância para os Ministérios da Educação e da Saúde. Desde 2002, a tutela da Saúde Escolar pertence em exclusivo ao Ministério da Saúde, vivendo fortes cativações orçamentais e carência de recursos humanos para implementar as disposições normativas emanadas pela Direção Geral da Saúde.

Face ao exposto, é premente que se dê cumprimento operacional ao Programa Nacional de Vacinação, minimizando o risco de ocorrência de surtos e a possível transmissão sustentada do vírus do sarampo em Portugal. Neste sentido, esta recomendação afigura-se de enorme pertinência, justificada pela necessidade local, regional, nacional e internacional.

Assim, ao abrigo das disposições regimentais e constitucionais em vigor, a Assembleia da República resolve recomendar ao Governo:



GRUPO PARLAMENTAR

1. Que realize obrigatoriamente a monitorização ao estado vacinal dos alunos durante todo o percurso nas escolas públicas, especialmente nos momentos de entrada de cada ano letivo, de modo a garantir a prevenção de doenças preveníveis por vacinação.
2. Que disponibilize um sítio público onde as taxas de cobertura vacinal por instituição escolar possam ser consultadas, de preferência até ao início de cada ano escolar.
3. Que garanta os meios efetivos para a implementação do Programa Nacional de Vacinação em todas as escolas públicas, nomeadamente através sua articulação com o Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional para a Saúde Infantil e Juvenil e o Programa Nacional de Saúde Ocupacional - na tentativa de reduzir os riscos associados às atividades escolares do pessoal docente e não docente.
4. Que realize um significativo investimento nas equipas de Saúde Escolar, nomeadamente profissionais e meios, de modo a não só garantir a prevenção da doença através da vacinação, mas também cumprir os restantes desígnios de promoção da saúde e aumento de literacia.

Palácio de S. Bento, 14 de maio de 2019

Os Deputados