



ORDEM DOS MÉDICOS  
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**ESTRATÉGIA VACINAL PARA A TUBERCULOSE**

1. O presente parecer decorre de dois pressupostos essenciais ao enquadramento do assunto:

\* Portugal continua a ser, apesar da evolução favorável dos últimos anos, o país da União Europeia com a maior taxa de aparecimento de novos casos de tuberculose (22,8 casos por 100.000 habitante para o ano de 2013, segundo dados do ECDC/2015; e uma estimativa de 25 casos por 100.000 habitantes para 2014 segundo a OMS em dados citados pelo Public Health England).

\* A dificuldade crescente em adquirir vacina BCG que, em vários dos documentos fornecidos e oriundos da Direcção-Geral da Saúde (datados de Janeiro e Fevereiro de 2016), se encontra em ruptura de fornecimento desde Maio de 2015.

2. Deste modo, a passagem da estratégia de *vacinação universal* actual para vacinação de *grupos de risco*, baseada, por não existir evidência mais recente, em recomendações datadas de 1993 da International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, deverá ter em mente os dois pressupostos citados anteriormente, preferencialmente à assumpção linear de que o país se encontra totalmente preparado e apetrechado para esta mudança de estratégia, isto é, o que nos parece seguro assumir é que, em termos europeus, a situação portuguesa no que respeita à tuberculose continua a ser das menos favoráveis e não parece haver alternativa razoável a caminhar para uma estratégia da vacinação selectiva por dificuldades incontornáveis e duradouras de obtenção de vacina em quantidade suficiente.

3. Posto isto, e considerando ainda que Portugal é um país com ligações intensas a países em que a incidência de tuberculose é alta ou muito alta (todos os países Lusófonos; Europa do Leste e, previsivelmente, países do Leste do Mediterrâneo), a Direcção do Colégio de Saúde Pública é do seguinte parecer:

a) Tendo em consideração os constrangimentos internacionais na obtenção de vacina contra a tuberculose a estratégia vacinal, desde que acautelada por medidas complementares, poderá evoluir de *universal* para *grupos de risco* sem que se preveja risco apreciável para a Saúde Pública;

- b) Tendo em consideração a posição do país na sua relação com fenómenos imigratórios de países de alto risco de tuberculose e HIV, a mudança de estratégia deve ser especialmente cuidadosa;
- c) Tendo em consideração o exposto anteriormente deve ser reforçado todo o sistema de vigilância e monitorização do problema, passando a ser tornados públicos anualmente relatórios técnicos que dêem conta dos sucessos ou insucessos da nova estratégia adoptada, baseados nos indicadores internacionalmente definidos para avaliar o problema;
- d) Deve ser especialmente reforçado e tido em atenção em todas as fases deste processo o papel das Unidades de Saúde Pública de nível local, estruturas a que praticamente não é feita referência nos documentos nacionais que nos foram fornecidos, e que, não obstante, terão, pela sua missão e posicionamento junto das populações, papel fundamental em actividades como rastreio de contactos, rastreio de grupos de risco, terapêutica sob observação, para além de toda a intervenção no planeamento e implementação local das medidas.
4. Finalmente, e tendo designadamente em linha de conta o avisado e prudente parecer do Programa Nacional da Tuberculose (datado de 26 de Janeiro de 2016), somos de opinião que será precipitado implementar com segurança a nova estratégia antes de 2017, e, também, que a entrada em vigor de uma estratégia com *efeitos retrospectivos a 2015*, sugerida pela Comissão Técnica de Vacinação, por muito adequada e correcta que possa estar do ponto de vista técnico, será de difícil entendimento e aceitação no processo de Comunicação aos media ou à população em geral.

Porto, Coimbra, Lisboa, 2 de Março de 2016

**A Direcção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública**

**(Pedro Serrano – Presidente)**