

ECDC CORPORATE

Resumo das principais publicações 2010



Citação sugerida: Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. Resumo das principais publicações 2010. Estocolmo: ECDC; 2011.

Estocolmo, Abril de 2011

© Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, 2011.

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Índice

Introdução	v
Relatórios técnicos	1
1 Avaliação do risco da febre Q	1
2 Vigilância e prevenção da hepatite B e C na Europa	3
Orientação do ECDC	5
3 Gestão de casos esporádicos de doença meningocócica invasiva e respectivos contactos do ponto de vista da saúde pública	5
4 Testes de VIH: crescente aceitação e eficácia na União Europeia	7
Relatórios de vigilância	11
5 Vigilância da tuberculose - 2008	11
6 Vigilância da gripe na Europa 2008/09 – Semana 40/2008 a semana 39/2009	13
7 Vigilância das doenças bacterianas invasivas na Europa 2007	14
8 Relatório epidemiológico anual sobre doenças transmissíveis na Europa 2010	17
9 Vigilância da resistência aos antimicrobianos na Europa 2009	23
10 Vigilância sobre VIH/SIDA na Europa 2009	25
Relatórios especiais	27
11 Aplicação da Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central: Relatório de progresso 2010	27
12 A pandemia de A(H1N1) na Europa em 2009 – Uma análise da experiência	30
13 Rumo à erradicação da TB – Acompanhamento do Plano-quadro de acção de luta contra a tuberculose na União Europeia	32
Anexo: Publicações do ECDC em 2010	33
Relatórios técnicos	33
Orientação do ECDC	33
Relatórios de vigilância	33
Relatórios especiais	34
Relatórios de reuniões	34
Relatórios de missões	34
Documentos técnicos	34
Publicações institucionais	35
Publicações regulares	35

Introdução

Em 2010, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) publicou um total de 35 documentos científicos, dos quais se destacam os seguintes:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010* (Relatório epidemiológico anual sobre doenças transmissíveis na Europa 2010), quarta edição da publicação anual do ECDC com um resumo alargado dos dados de vigilância de 2008;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2008* (Vigilância da tuberculose na Europa – 2008) e *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009* (Vigilância sobre VIH/SIDA na Europa – 2009), ambos produzidos em conjunto com a Delegação Regional Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS EURO) e abrangendo a situação na União Europeia (UE) e nos países do Espaço Económico Europeu (EEE), assim como a situação noutros 23 países da região abrangida pela OMS EURO;;
- *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report* (Aplicação da Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central: Relatório de progresso 2010), uma análise do progresso alcançado até 2010, com base em dados de 49 países.
- *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009* (Vigilância da resistência aos antimicrobianos na Europa 2009). Relatório anual da Rede Europeia de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos (EARS-Net), o primeiro relatório anual da EARS-Net após a transição do Sistema Europeu de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos (EARSS) para o ECDC em 1 de Janeiro de 2010, que disponibiliza dados de referência sobre a resistência aos antimicrobianos para fins de saúde pública.
- *The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience* (A pandemia de A(H1N1) na Europa em 2009, uma análise da experiência), uma síntese da epidemiologia e virologia da pandemia de 2009 nos países da UE e do EEE.

Foram compilados resumos de documentos seleccionados do ECDC, como os referidos acima, para os disponibilizar aos decisores políticos em todas as línguas da UE, bem como em islandês e norueguês. Os resumos respeitam o espírito das publicações originais, mesmo que, eventualmente, se tenham perdido algumas nuances importantes no respectivo processo de elaboração. Os leitores que desejem obter uma perspectiva mais detalhada devem consultar o texto integral dos documentos, que se encontra disponível em: www.ecdc.europa.eu.

Uma lista de todas as publicações do ECDC em 2010 poderá ser encontrada no Anexo. Todas elas estão disponíveis por via electrónica, a partir da hiperligação acima indicada, juntamente com uma breve descrição do respectivo conteúdo. Alguns relatórios seleccionados estão igualmente disponíveis na versão impressa. Para receber uma cópia impressa, é favor enviar uma mensagem para publications@ecdc.europa.eu.

Relatórios técnicos

1 Avaliação do risco da febre Q

(Publicado em Maio de 2010)

Realizou-se **uma avaliação do risco** a pedido da Comissão Europeia, para avaliar questões relacionadas com a febre Q e a sua transmissão por via sanguínea, o impacto da febre Q crónica na saúde e os riscos que representa para as mulheres grávidas. Tendo em conta o surto existente nos Países Baixos, também foi solicitado ao ECDC que analisasse a questão da propagação transfronteiras e a necessidade de melhores sistemas de vigilância. A avaliação do risco foi realizada de acordo com os princípios das metodologias baseadas em dados científicos, nomeadamente através da definição de termos de pesquisa para cada questão, de critérios de inclusão e exclusão dos estudos identificados e da avaliação da qualidade da informação. Foi apresentado um levantamento da melhor informação disponível a um painel de peritos constituído por representantes dos Países Baixos, da França, da Alemanha, do Reino Unido e dos Estados Unidos. Essa informação foi também analisada em conjunto com o painel de peritos. O trabalho foi realizado em simultâneo e em coordenação com uma avaliação do risco da febre Q da Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos.

A febre Q aguda é, normalmente, uma doença banal, autolimitada, semelhante à gripe, mas, por vezes, apresenta-se com pneumonia, hepatite e outros sintomas. Normalmente, o tratamento consiste na realização de uma terapêutica de duas semanas com doxicilina.

Coxiella burnetii é uma bactéria intracelular obrigatória que pode ser transmitida através do **sangue e de tecidos**. O risco deste tipo de transmissão é baixo e existe apenas um caso documentado em toda a literatura científica. Durante um surto, deve ser definida a área endémica e devem ser ponderadas precauções de segurança, nomeadamente a vigilância activa dos receptores de sangue e tecidos, o rastreio de doadores e a despistagem de produtos derivados do sangue e de tecidos. Em relação aos viajantes que regressem da área afectada durante o período de incubação e com bacteriemia assintomática (cinco a sete semanas), pode ser considerado o diferimento da doação de sangue até ao final deste período. Pode ainda ser considerada a administração de antibióticos a receptores de sangue com um risco particularmente elevado, como os doentes com problemas nas válvulas coronárias. Os doadores que tenham tido uma infecção aguda de febre Q devem evitar doar sangue nos dois anos seguintes à data de confirmação da cura de uma infecção aguda. As vantagens da aplicação destas medidas devem ser cuidadosamente equacionadas tendo em conta os eventuais impactos negativos na disponibilidade de sangue na zona. Deve ser desenvolvida uma estratégia para a comunicação de riscos.

A febre Q crónica é uma complicação grave de uma infecção aguda de febre Q que se regista em cerca de 2% dos casos agudos assintomáticos, variando a taxa de mortalidade entre 5% e 50%. A febre Q crónica provoca endocardites em grupos de risco, como pessoas com historial de doenças nas válvulas coronárias, válvulas artificiais ou próteses vasculares. Os doentes com cancro ou imunodeprimidos registam igualmente um risco mais elevado. O tratamento da febre Q crónica tem a duração mínima de um ano e, em alguns casos, prolonga-se por toda a vida com mais de um antibiótico. Pode ser necessária uma intervenção cirúrgica para a substituição de válvulas coronárias danificadas.

A detecção eficaz e o tratamento da febre Q aguda é a melhor estratégia para evitar casos crónicos. Foram descritas três estratégias possíveis: (1) sensibilização do pessoal médico e do público visando os grupos de risco; (2) acompanhamento activo, com serologia, dos grupos de risco conhecidos, com vista à detecção e tratamento da infecção aguda de febre Q na sua fase inicial; ou (3) encaminhamento de todos os doentes de febre aguda para a consulta de ecocardiografia, para detecção e acompanhamento activo dos casos.

É necessário dar início a bons estudos de coorte prospectivos e ensaios controlados (se forem exequíveis do ponto de vista ético), com vista a obter dados científicos mais sólidos sobre a prevenção e inibição de surtos de febre Q no domínio da saúde pública e sobre o diagnóstico e tratamento da doença aguda e crónica a nível clínico.

Os dados científicos disponíveis sobre os efeitos da **febre Q na gravidez** são muito limitados e provêm sobretudo de observações e de investigação em animais domésticos e experimentais, de estudos de seroprevalência, de relatórios de casos e de uma série de casos que abrange 53 mulheres grávidas ao longo de um período de 15 anos. Não é possível quantificar o risco de complicações graves da febre Q para mulheres grávidas em comparação com o risco para a população (feminina) em geral com base nos dados científicos actualmente disponíveis. Existem relatos de diversos casos de infecção com *Coxiella burnetii* durante a gravidez que deram origem a complicações na gravidez. Nalguns casos, foi encontrada *Coxiella burnetii* na placenta e no tecido fetal. Também já foi detectada *Coxiella* no leite materno humano, mas não foi ainda confirmado qualquer caso de transmissão à criança amamentada.

Há algumas indicações de que a terapêutica de longo prazo com antibióticos, designadamente o cotrimoxazol, tem potencial para evitar complicações graves na gravidez, mas esses dados baseiam-se numa série de casos sem

aleatorização e sem controlo de eventuais enviesamentos. Enquanto não estiverem disponíveis dados científicos de estudos de elevada qualidade sobre tratamentos, as mulheres grávidas a quem seja diagnosticada uma infecção de febre Q devem ser tratadas com antibióticos até ao final da gestação. No entanto, esta recomendação assenta sobre uma base científica frágil, e o ECDC recomenda vivamente que sejam realizados ensaios aleatórios controlados para se obter dados científicos mais fiáveis.

As mulheres grávidas devem ser aconselhadas a não visitar quintas em zonas afectadas. O ECDC não faz qualquer recomendação contra o aleitamento materno, salvo nos casos de doença crónica que exijam o tratamento prolongado da mãe.

Existe uma **vacina da febre Q** de célula inteira inactivada por formalina que é produzida na Austrália e foi autorizada nesse país. A vacina é eficaz, mas é necessário fazer testes antes da vacinação devido à elevada reactogenicidade nas pessoas que já tiveram uma infecção de *Coxiella burnetii*, o que torna a vacina mais adequada para grupos de risco bem definidos do que para vacinação geral.

Os dados científicos disponíveis indicam que o raio de alcance da **propagação por via aérea** da *Coxiella burnetii* é inferior a 5 km. Por conseguinte, o risco de propagação por via aérea a partir dos Países Baixos está confinado aos países vizinhos (ou seja, Alemanha e Bélgica) e às zonas próximas das origens dos surtos. A vigilância ou detecção activa de casos de febre Q aguda em eventuais grupos de risco (ou seja, mulheres grávidas, doentes com problemas nas válvulas coronárias ou doenças vasculares) a nível local e durante um determinado período de tempo é considerado um método exequível e eficiente de detecção de infecções agudas. Em zonas adjacentes a surtos epidémicos (≤ 5 km da origem), devem ser iniciadas campanhas de sensibilização dirigidas aos prestadores de cuidados de saúde. Se a zona abranger outros Estados-Membros, as autoridades de saúde pública responsáveis necessitam de informar os seus homólogos nos outros países. A partilha de informação entre as autoridades de saúde pública e as autoridades veterinárias facilitaria a identificação precoce de eventuais surtos. Além disso, as autoridades de saúde e as autoridades veterinárias a nível nacional e local devem tomar as medidas necessárias para travar os surtos.

2 Vigilância e prevenção da hepatite B e C na Europa

(Publicado em Outubro de 2010)

Âmbito

Este inquérito foi realizado com o intuito de inventariar os sistemas nacionais de vigilância e os programas de prevenção da hepatite B e C existentes na UE/EEE.

Hepatite B

Vigilância na Europa

Todos os países indicaram ter um sistema de declaração obrigatória passivo para a hepatite B. Em 15 países existe apenas um sistema de vigilância específico, ao passo que quatro países têm vários sistemas de vigilância. Os objectivos nacionais da vigilância são bastante semelhantes nos diferentes países, mas as definições dos casos nem sempre coincidem com os objectivos. Oito países indicaram ter aplicado a definição do caso UE 2008 e três países usavam a definição do caso UE 2002. No total, 21 países usavam uma definição do caso muito semelhante à definição da UE. Com base nas várias definições dos casos, 28 países comunicaram casos confirmados e em 27 existem casos de hepatite B aguda. São mencionados casos crónicos nos relatórios de 17 países, sendo frequente a omissão dos casos assintomáticos. Vinte e seis países comunicaram que recolhem dados de casos a nível nacional, mas a frequência da análise varia de país para país. Em 26 países, é recolhido um conjunto básico de dados (idade, sexo, local de residência, data de aparecimento dos primeiros sintomas da doença, data de comunicação), mas muitas vezes faltam dados pormenorizados sobre o risco epidemiológico e o impacto da doença.

Epidemiologia na Europa

O número de novos casos comunicados por 100 000 habitantes em 2007 em 27 países varia entre 0 e 15,0, com um valor médio de 1,5 (Relatório epidemiológico anual sobre doenças transmissíveis na Europa 2009. Estocolmo: ECDC; 2009). O número de casos de HBV comunicados nos países da UE/EEE por 100 000 habitantes diminuiu de 6,7 para 1,5 entre 1995 e 2007. O acompanhamento de tendências e as comparações entre países podem ser um desafio, pois os sistemas de vigilância são bastante diferentes uns dos outros e alterações recentes podem ter impacto nos dados apresentados.

A prevalência de HBV na população em geral apresenta grandes variações entre países, com taxas de portadores de HBsAg baixas a intermédias na Eslováquia (1,6%), na Itália (1%), na Bélgica e em França (cerca de 0,6%), na Finlândia, na Hungria, no Reino Unido (todos abaixo de 0,5%), na Bulgária (3,8%). O rastreio de HBV em mulheres grávidas é realizado em 24 países, mas não na Bélgica, na Bulgária, na Lituânia, no Luxemburgo e na Roménia. A prevalência em mulheres grávidas varia entre 1,15% na Grécia e 0,14% na Finlândia. Existem também programas de rastreio para consumidores de drogas injectáveis (15 de 29 países), reclusos (11 países), utentes de clínicas de IST (9 países) e pessoas com vários parceiros sexuais (2 países). A prevalência de HBV nos consumidores de drogas injectáveis (CDI) comunicada por oito países é mais elevada do que na população em geral. A prevalência nos CDI apresenta uma grande variação, desde 0,5% na Noruega a 50% na Dinamarca. Ficou demonstrado que a prevalência entre profissionais de saúde na Dinamarca e na Alemanha é muito semelhante à da população em geral.

Rastreio e vacinação

Foram adoptados programas de vacinação universais para bebés, crianças ou adolescentes em 22 países. Sete países (Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia, Países Baixos e Reino Unido) adoptaram programas de vacinação selectivos, destinados aos grupos de risco. Foram criados programas de prevenção complementares para diferentes grupos de risco especialmente concebidos para os grupos com um risco agravado de contágio de HBV devido à exposição ocupacional. Além disso, existe um grande número de programas de vacinação para grupos de risco. Apenas metade dos países com um programa de vacinação de rotina indicaram taxas de cobertura heterogéneas, mas a taxa de cobertura de bebés de um a dois anos parece ser superior a 95% (excepto na Áustria, Malta e França).

Hepatite C

Vigilância na Europa

Todos os países da UE/EEE indicaram ter adoptado um sistema de notificação para a hepatite C (nacional ou direccionado para um grupo específico da população). Em 14 países existe apenas um sistema de vigilância específico, mas 15 países indicaram usar vários sistemas de vigilância para acompanhar a evolução da hepatite C. Os objectivos nacionais da vigilância são bastante semelhantes nos diferentes países, mas as definições dos casos parecem nem sempre coincidir com os objectivos. Onze países indicaram ter aplicado a definição dos casos UE 2008 e quatro países aplicaram a definição dos casos UE 2002. Não obstante, verifica-se uma grande variação na

aplicação das definições dos casos nos Estados-Membros, em especial no que se refere à sua classificação. Todos os países incluíram os casos agudos confirmados nos respectivos sistemas de vigilância¹ e 18 países também incluíram os casos crónicos. Alguns países indicaram que os dados recolhidos abrangem casos dos dois tipos, não havendo marcadores serológicos disponíveis para distinguir entre hepatite C aguda e crónica. Esta metodologia dificulta a interpretação dos dados disponíveis nos vários países. Vinte e seis países comunicaram que recolhem dados de casos a nível nacional, mas a frequência da análise varia de país para país. Além dos relatórios clínicos, 19 países recolhem dados de laboratórios no âmbito do seu sistema de vigilância; 10 países não prevêem a recolha de dados de laboratórios. Em 26 países, é recolhido um conjunto básico de dados (idade, sexo, local de residência, data de aparecimento dos primeiros sintomas da doença, data de notificação), mas muitas vezes falta informação pormenorizada sobre o risco epidemiológico e o impacto da doença. O carácter assintomático da doença torna comum a notificação de um número de casos inferior à realidade.

Epidemiologia na Europa

O número de novos casos comunicados por 100 000 habitantes em 2007 em 27 Estados-Membros varia entre 0 e 36, com um valor médio de 6,9 (REA, ECDC; 2009). O número de casos de HCV notificados nos países da UE/EEE por 100 000 habitantes aumentou de 4,5 para 6,9 entre 1995 e 2007. É difícil traçar tendências e comparar dados entre países, o que deve ser feito com precaução, pois os sistemas de vigilância são bastante diferentes uns dos outros e alterações recentes podem ter impacto nos dados apresentados. No caso específico de HCV, a interpretação é ainda dificultada pela natureza assintomática da infeção. Assim, é possível que os números comunicados traduzam as práticas de rastreio e não a verdadeira incidência da doença. Além disso, não é possível distinguir os casos crónicos e agudos.

Os dados relativos à prevalência de HCV relativos à população em geral são bastante escassos, variando entre 2,6% na Itália em 2007 e 0,12% na Bélgica em 2003. Foi comunicada uma prevalência relativamente elevada na Bulgária (1,2%) e na Eslováquia (1,56%). Onze Estados-Membros comunicaram dados de prevalência nos CDI que variam entre 25% e 75%. Em 2006–07, a Itália comunicou a taxa de prevalência mais baixa (10,8%–25,6%) e a Noruega a mais alta (70%). Os dados relativos à prevalência de HCV baseiam-se nos marcadores serológicos da hepatite C, mas não indicam que parte da população é portadora e, conseqüentemente, infecciosa.

Prevenção na Europa

Metade dos países indicou ter adoptado programas de rastreio para grupos de risco: 16 países têm programas para os CDI e 11 têm programas para reclusos. A informação sobre os países que adoptaram programas de acompanhamento da taxa de infeção entre os profissionais de saúde continua a ser pouco clara. Parece haver necessidade de aumento do número de programas de rastreio para os grupos de risco, os grupos de difícil acesso e a população em geral, mas a adopção de qualquer medida deve ser precedida de uma investigação rigorosa, com base numa análise da relação custo-eficácia e na disponibilidade de tratamento eficaz.

Conclusão

Este relatório recolheu e analisou dados de 29 países da UE/EEE relativos aos programas de vigilância e prevenção da hepatite B e C. Embora todos os países disponham de sistemas de recolha de dados a nível nacional, esses sistemas apresentam variações no que se refere à aplicação das definições dos casos e à utilização dos dados recolhidos.

Dado que a hepatite viral é uma doença frequente e, muitas vezes, o número de casos notificados está abaixo da incidência real da doença, este relatório procura sintetizar os dados mais recentes que estão disponíveis sobre a prevalência a nível da UE. A harmonização dos dados disponíveis sobre vigilância para melhorar a comparabilidade entre países é um grande desafio para os próximos anos.

¹ Os casos confirmados de hepatite C aguda em França só foram rastreados em 2006 e 2007, e apenas em relação a um grupo específico: homens infectados com o VIH que têm relações sexuais com outros homens.

Orientação do ECDC

3 Gestão de casos esporádicos de doença meningocócica invasiva e respectivos contactos do ponto de vista da saúde pública

(Publicado em Outubro de 2010)

Neisseria meningitidis é uma bactéria comensal comum da mucosa faríngea humana. Este organismo pode provocar formas graves de doença meningocócica invasiva (DMI), normalmente sob a forma de meningite, septicemia ou ambas. Infelizmente, a gestão dos casos esporádicos da DMI do ponto de vista da saúde pública é muito variável na Europa, o que se deve, em parte, à incerteza que rodeia a eficácia das medidas de prevenção.

Este documento tem por objectivo fornecer orientações baseadas em dados científicos para boas práticas na gestão dos casos esporádicos de doença meningocócica e dos respectivos contactos do ponto de vista da saúde pública. Tem ainda por objectivo ajudar os países de toda a Europa a tomar decisões em relação a medidas adequadas para controlar e prevenir a doença meningocócica a nível nacional e subnacional. O presente documento de orientação deverá ajudar os países europeus no processo de revisão das suas políticas de gestão da doença meningocócica do ponto de vista da saúde pública e do seu diagnóstico microbiológico. Embora os resultados aqui apresentados não incluam orientações para a gestão dos profissionais de saúde expostos nem dos surtos na comunidade, abrangem as seguintes áreas pertinentes:

- Exames laboratoriais para confirmar o diagnóstico da DMI.
- Utilização de antibióticos após a alta hospitalar.
- Quimioprofilaxia para contactos próximos tendo em conta diferentes contextos.
- Escolha do antibiótico para a quimioprofilaxia de diferentes grupos (adultos, crianças, mulheres grávidas).
- Utilização da vacina meningocócica em complemento da quimioprofilaxia.

Além da qualidade dos dados científicos, as conclusões têm em conta os benefícios e danos potenciais, os valores, os encargos e os custos.

Resultados

As conclusões baseiam-se na análise sistemática e na avaliação crítica dos melhores dados científicos actualmente disponíveis. Para obter uma síntese mais completa, consultar o corpo principal do documento.

1. Que exames laboratoriais são recomendados para um diagnóstico rigoroso (sensíveis, específicos) e rápido de DMI?

Pergunta de investigação: Quais são os exames laboratoriais mais sensíveis e específicos para confirmar o diagnóstico de DMI?

- Com base em dados científicos de qualidade moderada, a reacção em cadeia da polimerase (PCR) e a cultura devem ser os exames de diagnóstico preferenciais. Se for viável do ponto de vista logístico e económico, os laboratórios de microbiologia que realizam diagnósticos de doença meningocócica devem ter acesso a exames PCR. Nos casos em que já tenha começado o tratamento antimicrobiano, os exames PCR de biópsia/aspiração da pele realizados em complemento da recolha de amostras de sangue/liquido cefalorraquidiano (LCR) podem — com base em dados de baixa qualidade — aumentar a sensibilidade do diagnóstico nos doentes com lesões cutâneas.

2. Devem ser administrados antibióticos num caso de DMI, além dos que são usados no tratamento clínico, após a alta hospitalar?

Pergunta de investigação: É a administração de antibióticos após a alta hospitalar eficaz para a erradicação do transporte num caso de DMI, a fim de evitar casos secundários, em comparação com a opção de não administrar antibióticos após a alta?

- A qualidade dos dados científicos a favor ou contra a administração de antibióticos num caso de DMI após a alta hospitalar é muito baixa. No entanto, devido à qualidade moderada dos dados científicos relativos à eficácia da quimioprofilaxia aplicada a contactos próximos e tendo em conta o custo relativamente reduzido da intervenção, os antibióticos que erradicam o transporte da doença devem ser propostos, caso ainda não sejam utilizados no tratamento.

3. Deve a quimioprofilaxia ser administrada a pessoas que partilham a mesma casa ou tiveram um nível de contacto equivalente com um caso de DMI?

Pergunta de investigação: Qual é a eficácia da quimioprofilaxia administrada às pessoas que tiveram contacto doméstico com um caso de DMI para a prevenção de outros casos entre esses contactos?

- Com base em dados científicos de qualidade moderada obtidos em estudos de observação, deve ser proposta quimioprofilaxia, com um regime de antibióticos que erradique o transporte, aos contactos domésticos de um caso de DMI.

4. Deve a quimioprofilaxia ser administrada a crianças ou alunos que frequentem o mesmo infantário, escola ou universidade que um caso de DMI?

Pergunta de investigação: Qual é a eficácia da quimioprofilaxia administrada aos contactos de um caso de DMI em contexto pré-escolar, escolar e universitário para a prevenção de novos casos?

- Com base em dados científicos de baixa qualidade, deve ser proposta quimioprofilaxia às pessoas que frequentam o mesmo infantário que um caso de DMI em função da avaliação do risco. A frequência da mesma escola ou universidade que um caso de DMI não deve, por si só, ser uma indicação para quimioprofilaxia.

5. Deve a quimioprofilaxia ser administrada a pessoas que partilharam bebidas com um caso de DMI?

Pergunta de investigação: Qual é a eficácia da quimioprofilaxia administrada às pessoas que partilharam bebidas (ou tiveram um contacto semelhante, como, por exemplo, partilhar um cigarro ou talheres) com um caso de DMI para a prevenção de outros casos entre esses contactos?

- Com base em dados científicos de baixa qualidade, a partilha de bebidas, cigarros ou um contacto semelhante com um caso de DMI não deve, por si só, ser uma indicação para quimioprofilaxia.

6. Deve a quimioprofilaxia ser administrada a pessoas que partilham o mesmo veículo de transporte (por exemplo, um avião, barco, autocarro ou automóvel) com um caso de DMI?

Pergunta de investigação: Qual é a eficácia da quimioprofilaxia administrada aos contactos que partilharam o mesmo veículo de transporte com um caso de DMI para a prevenção de outros casos entre esses contactos?

- Os dados científicos actualmente disponíveis são de muito baixa qualidade. Com base nesses dados, não é possível quantificar o risco de transmissão em diferentes contextos de transporte. Não existem casos secundários confirmados nestas condições. Por conseguinte, a partilha do mesmo veículo de transporte que um caso de DMI não deve, por si só, ser uma indicação para quimioprofilaxia.

7. Que regimes de antibióticos devem ser recomendados para quimioprofilaxia a adultos, crianças e mulheres grávidas?

Pergunta de investigação: Que regimes de antibióticos são mais eficazes na erradicação do transporte em adultos, crianças e mulheres grávidas?

- Com base em dados científicos de qualidade moderada a alta, a rifampicina, a ciprofloxacina, a ceftriaxona, a azitromicina e a cefixima podem ser utilizadas para profilaxia em adultos e crianças. Nenhum regime parece ser superior, mas a ciprofloxacina, a azitromicina e a ceftriaxona podem ser administradas em dose única. Foi comunicado o desenvolvimento de resistências após a utilização de rifampicina.

8. Deve também ser proposta a vacina meningocócica aos contactos de um caso de DMI a quem foi administrada quimioprofilaxia?

Pergunta de investigação: Qual é a eficácia da vacinação, em complemento da quimioprofilaxia, nas pessoas que tiveram contacto doméstico com um caso de DMI para a prevenção de outros casos entre esses contactos?

- Os dados científicos actualmente disponíveis são de muito baixa qualidade e as conclusões que se seguem baseiam-se em dados indirectos. Se um caso de doença meningocócica for provocado por uma estirpe que possa ser prevenida por uma vacina autorizada disponível, a vacinação deve ser proposta aos contactos domésticos em complemento da quimioprofilaxia, salvo se se considerar que já são imunes.

4 Testes de VIH: crescente aceitação e eficácia na União Europeia

(Publicado em Outubro de 2010)

Âmbito e finalidade destas orientações

As presentes orientações baseadas em dados científicos destinam-se a fornecer informação para o desenvolvimento, acompanhamento e evolução das estratégias ou programas nacionais de teste do VIH nos países da União Europeia (UE) e do Espaço Económico Europeu (EEE).

Qual é a importância dos testes de VIH?

Em toda a Europa, o número de pessoas infectadas com o VIH continua a aumentar e, em muitos países, foi descrito o problema do diagnóstico tardio. Os dados científicos disponíveis indicam claramente que o início precoce do tratamento reduz a morbilidade e a mortalidade, mas muitos portadores de VIH só são diagnosticados numa etapa tardia da infecção. Considerando que a infecção por VIH pode permanecer quase assintomática durante muitos anos, os testes são a única forma de diagnóstico precoce, permitindo que o doente comece rapidamente a receber tratamento e cuidados adequados. O diagnóstico precoce também pode contribuir para uma redução da probabilidade de transmissão do vírus a outras pessoas, não só devido à menor infectividade em virtude do tratamento, mas também pela alteração do comportamento sexual e de injeção de drogas. Os testes de VIH e o tratamento das mulheres grávidas são meios eficazes de prevenção da transmissão mãe/filho. Assim, o diagnóstico precoce do VIH apresenta grandes benefícios para os indivíduos e para a comunidade, sendo uma prioridade máxima em matéria de saúde pública.

Princípios basilares das estratégias nacionais de teste do VIH

Os testes de VIH devem ser voluntários, confidenciais e realizados com prévia informação e consentimento

Deve ser proporcionado acesso fácil a testes voluntários para todos, sendo necessário realizar esforços especiais para assegurar esse acesso aos grupos de maior risco e mais vulneráveis ao VIH, nomeadamente pessoas escondidas ou marginalizadas da sociedade, para as quais o acesso aos testes deve ser incentivado sem coerção ou quebra de confidencialidade.

Assegurar o acesso a tratamento, a cuidados adequados e a serviços de prevenção

A maior vantagem do teste do VIH é o acesso ao tratamento. Proporcionar acesso universal ao tratamento e a cuidados adequados, bem como a serviços de prevenção e apoio, com um percurso de referência claro, deve ser uma pedra angular das estratégias nacionais de teste do VIH.

Demonstrar empenho político

Os governos terão de dar prioridade aos programas de teste do VIH para que estes possam ter impacto. Será necessário investimento financeiro para apoiar a medida, bem como o seu acompanhamento para garantir uma utilização eficaz dos fundos do ponto de vista económico.

Reduzir o estigma

O estigma que ainda está associado ao VIH é um obstáculo aos testes, em especial no seio de comunidades que já são estigmatizadas e entre profissionais de saúde. "Normalizar" os testes, por exemplo, tornando o processo mais parecido com outros exames de rastreio e diagnóstico, pode ajudar a contrariar o estigma, mas os testes devem permanecer voluntários.

Remover barreiras de natureza jurídica e financeira

As estratégias de teste devem encontrar formas de ultrapassar as barreiras de natureza jurídica e financeira aos testes. Entre esses obstáculos contam-se, por exemplo, as políticas de criminalização da transmissão do VIH e a obrigação de pagar o tratamento quando isto se revela incomportável. Com excepção dos testes obrigatórios em caso de doação de sangue ou de tecidos, deve ser considerada a adopção de legislação e de políticas antidiscriminação para impedir testes obrigatórios para qualquer grupo, em qualquer contexto.

Integrar o acesso aos testes do VIH nas estratégias nacionais

Os testes de VIH e uma adequada definição dos grupos-alvo devem ser um elemento central de qualquer estratégia nacional de prevenção e tratamento do VIH, de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), da hepatite viral, da tuberculose e de outras doenças indicadoras de infecção pelo VIH. Devem ainda ser identificadas oportunidades de reforçar o acesso e a aceitação dos testes de VIH confidenciais e voluntários no âmbito de outras estratégias nacionais pertinentes, como as que visam as mulheres grávidas, a utilização de drogas, o trabalho sexual ou a prestação de cuidados de saúde nas prisões.

Desenvolver e aplicar uma estratégia de teste do VIH com a participação dos intervenientes

Deve ser utilizada a informação disponível sobre o VIH e as questões conexas, a nível nacional e local, para definir as prioridades e os resultados a alcançar. Essa informação deve ser condensada num conjunto de metas e objectivos estratégicos, para que todas as pessoas envolvidas ou afectadas tenham um entendimento comum. O desenvolvimento da estratégia implica a participação de todos os principais intervenientes na criação de uma coligação em torno de objectivos partilhados, incluindo as pessoas que vivem com o VIH, representantes das comunidades mais afectadas, da sociedade civil, das agências de prevenção, de profissionais com competências especializadas nos testes de VIH e de outras pessoas que intervenham na aplicação da estratégia.

Desenvolver uma estratégia nacional de teste do VIH

Quem testar?

É preciso conhecer a epidemia e identificar os grupos que apresentam maior risco. Uma abordagem nacional eficaz aos testes de VIH deve assentar num conhecimento da epidemia a nível local e nacional. Os programas de teste devem procurar chegar às pessoas em risco de infecção e dar prioridade às que apresentam o risco mais elevado.

Devem ser analisados os dados de vigilância e outros dados pertinentes, incluindo informação sobre VIH não diagnosticado e diagnósticos tardios, com vista a aprofundar o conhecimento da epidemia e estabelecer uma cronologia das tendências a nível regional e nacional. Alguns grupos são especialmente vulneráveis ao risco de VIH, nomeadamente os homens que têm relações sexuais com outros homens, os consumidores de drogas injectáveis, os migrantes (em especial os que são provenientes de países com uma prevalência mais elevada), os parceiros sexuais de indivíduos de qualquer um destes grupos e os filhos de mães VIH-positivas. Estas subpopulações e/ou o seu risco estão muitas vezes escondidos e estigmatizados. Será necessário realizar rastreios especiais a fim de obter informação sobre os níveis de VIH nestes grupos e as suas taxas de teste do VIH, bem como sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos relevantes, para melhor estruturar as intervenções com vista a melhorar a aceitação dos testes de VIH.

Devem também ser analisados dados complementares sobre outras IST, comportamentos sexuais e de consumo de drogas injectáveis nas populações em geral e nos grupos em risco de VIH.

Onde testar?

Avaliar os aspectos logísticos

É necessário planear a aplicação do programa de teste do VIH e ultrapassar os desafios logísticos. Entre esses desafios contam-se a organização do sistema de saúde, a eventual gratuitidade do acesso aos cuidados de saúde, a preparação dos serviços comunitários, o aconselhamento e apoio, formas de assegurar vias de acesso ao tratamento do VIH e as garantias de confidencialidade.

Disponibilizar os testes em vários contextos

O conhecimento da epidemia e dos grupos de risco deve ser utilizado para tomar decisões com prévia informação sobre os locais onde os testes do VIH devem ser disponibilizados. Além disso, importa determinar quem tem actualmente acesso aos testes de VIH e em que contexto. Devido às diferentes necessidades e aos obstáculos aos testes, deve ser disponibilizada uma série de serviços para maximizar o acesso. É necessário identificar a acção necessária para criar novos serviços ou alterar as práticas vigentes nos serviços de saúde existentes ou nos serviços comunitários. Deve-se ainda avaliar se os regulamentos que eventualmente funcionem como obstáculo aos testes em enquadramentos comunitários, incluindo a utilização de testes realizados no local de prestação de cuidados de saúde ou a exigência de que os testes sejam realizados apenas por determinados profissionais, poderiam ser mais flexíveis sem pôr em causa a qualidade dos testes.

Objectivo de disponibilizar os testes de VIH

- Serviços dedicados de teste do VIH, para proporcionar acesso simples e seguro apenas a testes de VIH ou conjugados com outros testes.
- Locais onde os testes VIH devem estar sempre disponíveis: serviços para pessoas em risco (serviços de IST e CDI), serviços de cuidados pré-natais, serviços de diagnóstico clínico e gestão das condições dos indicadores de VIH e outros enquadramentos onde se saiba ou estime que exista uma prevalência de VIH não diagnosticado.
- Todos os outros serviços de saúde, onde as pessoas deveriam poder solicitar a realização do teste e onde os profissionais devem estar preparados para os propor e atentos às circunstâncias em que são necessários.
- Os locais de teste na comunidade, incluindo os serviços de proximidade, para chegar a pessoas com elevado risco de contrair o VIH que possam estar escondidas ou marginalizadas, sem qualquer contacto com os serviços de saúde convencionais. Esses serviços devem ser criados com a participação dos grupos-alvo.

Quando testar?

Dar orientações sobre a frequência de teste

Os testes frequentes são recomendados a pessoas com comportamentos de risco frequentes. Por exemplo, alguns países recomendam que os homens que têm relações sexuais com outros homens realizem o teste anualmente, ou

com maior frequência, consoante o seu comportamento sexual. Segundo as orientações actuais do Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (OEDT), recomenda-se que sejam propostos testes aos consumidores de drogas injectáveis com uma periodicidade mínima de 6 a 12 meses.

Como testar?

Sensibilização da opinião pública

Para procurar e aceitar os testes de VIH, o público em geral e, em especial, os grupos com um risco mais elevado de VIH, necessitam de compreender os benefícios dos testes. É necessária uma abordagem estratégica à comunicação, que utilize vários canais diferentes. O apoio visível e de alto nível dos líderes de opinião, nomeadamente políticos, líderes comunitários e celebridades, bem como uma cobertura favorável e rigorosa nos meios de comunicação social são alguns dos meios que podem ser utilizados para a sensibilização.

Garantir a confidencialidade

A confidencialidade é um princípio fundamental na prestação de cuidados de saúde, mas devido ao estigma associado ao VIH e aos comportamentos que podem provocar a sua transmissão, assume particular importância no caso dos testes de VIH. Devem ser seguidas as orientações profissionais pertinentes e os requisitos jurídicos nacionais. A falta de confiança pode funcionar como um obstáculo ao acesso aos serviços de teste do VIH. Políticas claras em matéria de confidencialidade e divulgação das políticas vigentes nos serviços que disponibilizam os testes podem ajudar a ultrapassar este obstáculo. O teste do VIH deve ser sempre proposto e discutido com privacidade. Deve estar disponível a opção de realizar o teste sob anonimato.

Sensibilizar e formar os profissionais

A formação pode contribuir para sensibilizar, aumentar a confiança e reforçar a competência dos profissionais para proporem testes de VIH. O teste do VIH pode ser proposto por qualquer profissional de saúde devidamente habilitado, e o alargamento dos testes de VIH exige um maior número de profissionais com a confiança e a competência para os propor. Com formação adequada e garantia de qualidade, até profissionais de outros sectores poderão propor testes de VIH. Os profissionais de saúde precisam de compreender os benefícios dos testes de VIH e de ultrapassar os obstáculos que os inibem de os propor, nomeadamente falta de confiança, dificuldades em falar sobre sexualidade ou comportamentos estigmatizados, ansiedade relacionada com a comunicação de um resultado positivo e atitudes discriminatórias das pessoas afectadas pelo VIH ou em risco de o serem.

Conversa antes do teste

Uma breve conversa antes do teste sobre os benefícios, a preparação e a comunicação dos resultados do teste tem-se revelado uma prática aceitável e eficaz, que ajuda a aumentar a aceitação do teste. O principal objectivo é assegurar a prévia informação e consentimento, que deve estar documentado mas não obriga à assinatura de um documento de autorização. Esta prática está em conformidade com outras investigações médicas e faz parte da "normalização" dos testes de VIH. Não é necessário obter um historial pormenorizado dos hábitos sexuais ou de consumo de drogas injectáveis antes de propor um teste do VIH. No entanto, em determinados casos, ou em serviços com competências em matéria de saúde sexual e/ou utilização de drogas, poderá ser indicada uma breve avaliação dos riscos ou um aconselhamento mais aprofundado antes do teste, por exemplo, no caso de exposição continuada ao risco. Esta opção deve estar sempre disponível e o pessoal deve saber como referenciar esses indivíduos para conselheiros habilitados.

Utilizar tecnologias de teste adequadas

Deve ser efectuado um levantamento dos testes de VIH disponíveis e avaliadas as suas vantagens para a realização de testes em diferentes contextos, incluindo testes rápidos (no local de prestação de cuidados de saúde). A tecnologia dos testes está em constante evolução, e deve procurar-se aconselhamento especializado, para manter os testes escolhidos sob escrutínio periódico. Todos os testes reactivos devem ser confirmados e devem ser seguidas as orientações da OMS em relação a esta matéria. São essenciais orientações nacionais para a aplicação de um nível mínimo de garantia da qualidade dos testes de diagnóstico, a fim de assegurar práticas de elevada qualidade, normalização metodológica e fiabilidade.

Comunicar sempre os resultados

Devem ser envidados todos os esforços para garantir que todas as pessoas que realizam o teste do VIH sejam informadas do resultado, quer seja positivo, quer negativo. Ao comunicar resultados positivos, é importante que o pessoal tenha condições para prestar aconselhamento após o teste e que existam ligações a serviços de tratamento e apoio dos portadores do VIH para os quais estes possam ser referenciados. O aconselhamento e a referência para serviços de prevenção adequados podem também ser úteis para as pessoas que apresentem um risco elevado de contrair o VIH e que recebam um resultado negativo.

Assegurar o acesso a tratamento, a cuidados adequados e a prevenção do VIH

Acesso a terapia anti-retroviral

É essencial que todos os programas de teste do VIH tenham mecanismos claros que garantam a integração das pessoas com um diagnóstico positivo num regime adequado de cuidados e tratamento do VIH. Deve haver acesso universal a terapia anti-retroviral em toda a Europa. A incapacidade de suportar o custo não deve impedir o acesso

ao tratamento, sendo necessário encontrar soluções para ultrapassar este obstáculo ao acesso universal. Devem estar definidos percursos de referência em todos os locais de teste do VIH, para que as pessoas tenham uma consulta especializada logo após receberem um resultado positivo ao teste do VIH. Esta consulta deve incluir a avaliação do melhor momento para iniciar a terapêutica anti-retroviral e das necessidades de apoio e de cuidados, quer no plano médico, quer no plano social.

Acesso a apoio psicológico e a serviços de prevenção

O apoio psicológico deve estar imediatamente acessível após a comunicação de um resultado positivo no teste. No caso de um resultado positivo, a referência para cuidados especializados deve contemplar o acesso a apoio para prevenir a transmissão do VIH. No caso de um resultado negativo, também deve estar disponível um mecanismo de referência para aconselhamento e apoio em matéria de prevenção do VIH, nomeadamente quando exista um risco persistente e significativo de exposição, ou a pedido do próprio.

Seguimento: acompanhamento e avaliação

O acompanhamento e avaliação é uma componente essencial de qualquer programa de teste do VIH e garante a adequação do programa ao fim a que se destina, bem como testes de VIH de elevada qualidade. Um sistema de acompanhamento e avaliação bem estruturado fornece informação para as políticas, aumenta a qualidade e a eficácia das intervenções e, conseqüentemente, influencia a afectação futura de recursos do programa. Os dados de vigilância nacionais incluem os novos diagnósticos e a proporção de diagnósticos tardios. As estimativas de casos não diagnosticados são importantes para acompanhar o impacto do programa. O alargamento dos testes a novos contextos exige um acompanhamento e avaliação rigorosos, a fim de assegurar testes de VIH de alta qualidade. O êxito das intervenções locais para promover os testes de VIH pode ser avaliado com base em cinco critérios: viabilidade, aceitação, eficácia e relação custo/benefício, penetração nos grupos-alvo e sustentabilidade. Indicadores claros, bem definidos e mensuráveis podem ajudar a controlar estes critérios e proporcionar um método normalizado para a comunicação de resultados a nível local, nacional e internacional.

Relatórios de vigilância

5 Vigilância da tuberculose - 2008

(Publicado em Março de 2010)

Desde 1 de Janeiro de 2008, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e a Delegação Regional Europeia da OMS coordenam conjuntamente as actividades de vigilância da tuberculose (TB) na Europa, com o objectivo de obter um elevado nível de qualidade dos dados normalizados sobre a TB que abrangem a totalidade dos 53 países da Região Europeia da OMS e o Listenstaine.

Região Europeia da OMS

For 2008, foram notificados 461 645 casos de TB (52,2 por 100 000 habitantes) por 50 dos 54 países da Região Europeia², que representam aproximadamente 6% dos casos de TB notificados a nível mundial à OMS. As taxas globais de notificação de TB na Região Europeia denotam uma tendência de aumento desde 2004. No entanto, as taxas globais de notificação de TB em 18 países de alta prioridade (PAP)³ diminuíram 3,9% em relação ao ano anterior, fixando-se em 87,6% de todos os casos de TB e, na região, a taxa global de notificação diminuiu em 2,6% entre 2007 e 2008. A diminuição em 4% em relação a 2007 na notificação de novos casos de TB detectados aponta para uma reduzida propagação da TB na região. A percentagem de casos previamente tratados também diminuiu desde 2007, de 31,7% para 29,8%.

O grupo etário com o maior número (42,0%) de novos casos de TB detectados na região é o grupo dos 25–44 anos.

O número de casos de TB co-infectados pelo VIH notificados praticamente duplicou, de 5 828 em 2006 para 11 395 em 2008, devido ao aumento do número de testes no âmbito do reforço dos serviços que prestam cuidados de saúde relacionados com o VIH a doentes de TB dos PAP. Não houve um aumento apreciável no número de co-infeções pelo VIH notificadas fora dos PAP durante o período.

Na região, o número total de casos notificados de TB multirresistente (TB MR) relativos a 2008 duplicou face ao ano anterior devido a melhorias a nível dos testes de susceptibilidade a medicamentos (TSM) e a prevalência de TB MR nos novos casos de TB fixou-se em 11,1%. Os casos de TB MR na região têm o seu maior peso nos PAP, com uma prevalência de 13,8% entre os novos casos diagnosticados, um valor cinco vezes superior à prevalência notificada na UE/EEE, e superior a 50% entre os casos previamente tratados, uma proporção que é quase o dobro da UE/EEE.

A taxa de sucesso do tratamento entre os novos casos de TB detectados e confirmados em laboratório em 2007 diminuiu para o nível de 70,7% (em comparação com 73,1% dos casos registados em 2006), com 9% de tratamentos ineficazes, 8,4% de mortes e 6,9% de abandonos. A taxa de sucesso dos tratamentos nos países que não pertencem à UE/EEE é mais reduzida no que na UE/EEE:

67,5% em comparação com 79,5%, respectivamente. Nos 18 PAP, o tratamento só teve sucesso em 69,2% dos novos casos de TB detectados e confirmados em laboratório, um valor muito distante da meta de 85% da estratégia "Stop TB".

A taxa de mortalidade por TB diminuiu 45% de 9,0 por 100 000 habitantes em 2005 para 5,0 por 100 000 habitantes em 2007. Registaram-se reduções da mesma ordem na UE/EEE e nos PAP. No entanto, a mortalidade nos PAP continua a ser quase 15 vezes superior à que se verifica na UE/EEE.

Países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu⁴

Em 2008, foram notificados 82 611 casos de TB por 26 países da União Europeia (UE) (todos, com excepção da Áustria) e mais dois países do Espaço Económico Europeu (EEE) (Islândia e Noruega), o que representa uma redução de 615 casos em comparação com 2007. Mais de 80% dos casos ocorreram nos oito países que notificaram 3 000 ou mais casos (Bulgária, França, Alemanha, Itália, Polónia, Roménia, Espanha e Reino Unido).

A taxa global de notificação em 2008 situou-se em 16,7 casos por 100 000 habitantes, com taxas inferiores a 20 casos por 100 000 habitantes notificadas em 21 países e superiores a 20 casos por 100 000 habitantes na Roménia (115,1), nos Estados Bálticos — Lituânia (66,8), Letónia (47,1), Estónia (33,1) — na Bulgária (41,2), em Portugal

² O presente relatório não contém dados relativos ao Mónaco, São Marinho, Áustria ou Listenstaine. O Listenstaine é incluído no presente relatório, mas apenas como país do EEE, pois não pertence à Região Europeia da OMS.

³ Arménia, Azerbaijão, Bielorrússia, Bulgária, Estónia, Geórgia, Cazaquistão, Quirguizistão, Letónia, Lituânia, Moldávia, Roménia, Rússia, Tajiquistão, Turquia, Turquemenistão, Ucrânia, Usbequistão.

⁴ Os 27 Estados-Membros da UE, a Islândia, o Listenstaine e a Noruega.

(28,2) e na Polónia (21,2). A taxa global de notificação diminuiu 1,2% em relação a 2007 (relativamente aos 28 países que apresentaram dados), denotando uma tendência de queda líquida em 17 países.

No entanto, registaram-se aumentos significativos em Malta (28,8%), na Islândia (19,8%) e Chipre (12,2%), bem como algum crescimento na Suécia (4,9%) e no Reino Unido (2,8%), sobretudo nos casos de origem estrangeira. Em 2008, 22,4% dos casos (intervalos dos países: 0%-88%) ocorreram em pessoas de origem estrangeira, das quais quase dois terços provenientes da Ásia ou de África.

A prevalência do VIH nos casos de TB subiu, entre 2006 e 2008, na Estónia (de 9,0% para 9,9%), na Letónia (3,4% para 6,7%) e em Malta (3,7% para 9,4%). Nos restantes países que apresentaram dados, a prevalência do VIH nos casos de TB foi igual ou inferior a 1% em seis países, de 2%-5% em três países, de 5%-8% em dois países e de 14,6% num país.

A multirresistência (MR) continuou a ser mais frequente nos Estados Bálticos (MR combinada: 15,6%-21,3%), seguindo-se a Roménia, que apresentou resultados pela primeira vez (14,7%). Outros países apresentaram valores mais reduzidos de MR (0%-5%), sendo esta, em geral, mais comum em casos de origem estrangeira. Dos 14 países que notificaram casos de tuberculose extensivamente resistente (TB XDR), a Roménia apresentou o número mais elevado (total de 54 casos), ao passo que a Letónia e a Estónia registaram a percentagem mais elevada de casos de TB XDR entre os casos de TB MR (14,7 e 12,2%, respectivamente), tendo a Letónia registado um forte aumento dos casos de TB XDR em relação a 2007, nomeadamente de 6 para 19 (6,1% para 14,7%).

Vinte e dois países forneceram dados da monitorização dos resultados do tratamento (MRT) relativos a casos definitivos de TB pulmonar em 2007. Dos casos de TB pulmonar previamente não tratados e confirmados por cultura, 79,5% tiveram um resultado satisfatório. A taxa de resultados satisfatórios foi significativamente inferior entre os casos de TB previamente tratados (51,8%) e entre os casos de TB MR pulmonar confirmados por cultura aos 24 meses (30,9%).

6 Vigilância da gripe na Europa 2008/09 – Semana 40/2008 a semana 39/2009

(Publicado em Maio de 2010)

A época de gripe 2008/09 na Europa teve início na semana 48/2008, durou cerca de 10 semanas em cada país afectado e terminou na semana 16/2009, após o pico de actividade ter atravessado o continente de ocidente para oriente. As proporções semanais específicas dos (sub)tipos das amostras de sentinelas com resultados positivos de gripe revelaram dois picos sobrepostos: a gripe A(H3N2) inicialmente dominante foi substituída pela gripe B como vírus de gripe com maior prevalência após a semana 8/2009. Os vírus de gripe A(H3N2) e A(H1N1) em circulação apresentavam grande proximidade antigénica com as correspondentes componentes que foram incluídas na vacina da gripe do hemisfério norte em 2008/09, ao passo que a maioria dos vírus B isolados pertencia à estirpe Victoria e não correspondia à componente da vacina da gripe B, um vírus da estirpe Yamagata. No entanto, tendo em conta a prevalência relativamente reduzida de vírus B observada nesta época, é pouco provável que esta disparidade tenha tido algum significado em termos de saúde pública.

Os casos da pandemia de gripe A(H1N1) em 2009 começaram a surgir na Europa na semana 16/2009. Na semana 39, o número total de casos confirmados notificados ascendia a 53 658 em todos os Estados-Membros da UE, na Islândia, no Listenstaine e na Noruega, havendo a registar 175 mortes em 14 países. Os dados extraídos dos casos revelaram que os doentes tinham idades compreendidas entre os 0 e os 90 anos (mediana: 19 anos), 78% tinham menos de 30 anos e as crianças em idade escolar (5 a 19 anos) representavam 47% de todos os casos. Na vasta maioria dos casos (96%), não se conheciam situações clínicas subjacentes. Entre os casos com situações clínicas subjacentes, a doença pulmonar crónica era a situação mais frequente, presente em 30% dos casos. A pneumonia foi indicada como complicação em 0,6% das infecções da pandemia de gripe, a taxa global de hospitalização ascendeu a 13% e verificou-se a morte do doente em 0,03% dos casos.

A rede europeia integrada de vigilância clínica e virológica da gripe (EISN) revelou-se eficaz na detecção atempada da época da gripe de 2008/09, no acompanhamento da sua evolução e na caracterização das suas principais propriedades virológicas. Os primeiros vírus da pandemia de gripe de 2009 detectados em doentes-sentinela e não sentinela foram confirmados no espaço de uma e três semanas, respectivamente, após os primeiros casos na Europa terem adoecido. No entanto, a vigilância dos sentinelas em relação a doenças semelhantes à gripe (DSG) e infecção respiratória aguda (IRA) só detectou um aumento significativo com um atraso de dez semanas. Mesmo na semana 39/2009, quando já todos os Estados-Membros da UE, a Islândia, o Listenstaine e a Noruega tinham notificado casos de gripe pandémica, a actividade de DSG/IRA só ultrapassava a linha de base em nove de 29 países que comunicam dados à EISN.

Embora uma maior sensibilidade exigisse um maior número de médicos-sentinela, há outras insuficiências sistemáticas que também é necessário resolver. São sugeridas as seguintes alterações ao sistema de vigilância da gripe na Europa:

- continuar a promover a notificação normalizada da intensidade, disseminação geográfica e tendências de DSG e ARI;
- expandir a vigilância de DSG e IRA com a vigilância de infecções respiratórias agudas graves (IRAG);
- introduzir limites epidémicos normalizados para a vigilância dos sentinelas de DSG/IRA;
- continuar a desenvolver a vigilância da mortalidade geral a nível europeu e publicar relatórios periódicos.

7 Vigilância das doenças bacterianas invasivas na Europa 2007

(Publicado em Outubro de 2010)

Este relatório descreve a epidemiologia das doenças bacterianas invasivas causadas pelo *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis* nos Estados-Membros da União Europeia (UE) em 2007. Foi solicitado aos pontos de contacto nacionais designados que apresentassem dados utilizando a versão revista do conjunto de dados para infecções bacterianas invasivas (IBI) desenvolvida em 2008, com base na antiga base de dados da EU-IBIS. Este conjunto de dados contém informações extraídas dos casos relativas às variáveis epidemiológicas e laboratoriais, encontrando-se dividido num conjunto central de variáveis aplicáveis a todos os casos susceptíveis de notificação na UE e num conjunto de dados avançado de variáveis que visam especificamente a doença invasiva causada pelo *Haemophilus influenzae* e a doença meningocócica invasiva. Para facilitar o envio dos dados, os Estados-Membros receberam formação em linha em Junho de 2008. Além disso, foram disponibilizados vídeos de formação complementar e outros materiais antes do pedido de dados.

Dos 30 Estados-Membros da UE/EEE, 27 apresentaram dados sobre a doença invasiva causada pelo *Haemophilus influenzae* e 29 apresentaram dados sobre a doença meningocócica invasiva.

Doença invasiva causada pelo *Haemophilus influenzae*

- Foram notificados 2 058 casos de doença invasiva causada pelo *Haemophilus influenzae* em 2007. As taxas de notificação variaram entre os Estados-Membros, sendo as taxas dos países nórdicos mais elevadas do que no resto da Europa e registando-se uma tendência continuada de crescimento. No entanto, a maioria dos países ficou abaixo de 1 caso por 100 000 habitantes. As taxas globais de notificação mais elevadas referem-se a crianças com menos de um ano de idade (3 por 100 000 habitantes, 118 casos). Embora as tendências entre as crianças tenham denotado uma queda significativa do serótipo b de 1999 a 2007 (de 3 casos por 100 000 habitantes para 1 caso por 100 000 habitantes), registou-se um aumento em termos de estirpes não encapsuladas, de 1,5 casos por 100 000 habitantes para 2,5 casos por 100 000 habitantes no mesmo período.
- Sessenta e sete por cento de todos os casos de doença invasiva provocada pelo *H. influenzae* notificados em 2007 tiveram origem em estirpes não encapsuladas. O aumento do número de estirpes não encapsuladas notificado ao longo dos anos pode dever-se, em parte, à melhoria do diagnóstico dos casos e a um reforço da sensibilidade dos sistemas de vigilância, que também foram documentados em vários Estados-Membros. No entanto, também se observou nos últimos anos um aumento real do número de serótipos notificados que não são cobertos pela vacina (estirpes diferentes de b e não encapsuladas) na UE. A introdução da vacina conjugada contra *H. influenzae* tipo b (Hib) levou a uma proporção maior de casos de infecção invasiva causada pelo *H. influenzae* atribuíveis a estirpes sem o serótipo b devido à redução da doença Hib. No entanto, ao contrário do programa de vacinação conjugada antipneumocócica, não existem dados científicos coerentes ou sólidos que indiquem que a vacinação maciça contra o Hib na infância levou a uma substituição do serótipo, quer no transporte, quer na doença. Num documento recente da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as vacinas conjugadas contra o Hib, concluía-se que "até à data, a substituição da estirpe bacteriana não tem sido uma característica de relevo da imunização contra o Hib em larga escala".
- Em termos de valores absolutos, parece haver uma mudança para grupos etários mais velhos. Do total de casos notificados em 2007, 46% ocorreram em adultos com mais de 65 anos, um resultado que é coerente com um estudo dos EUA que salienta a crescente incidência da doença invasiva causada pelo *H. influenzae* entre 1996 e 2004. As características epidemiológicas do *H. influenzae* também mudaram, deixando de ser uma doença que afecta predominantemente as crianças e dominada pelo serótipo b, para passar a ser uma doença que ocorre sobretudo em adultos e é dominada por estirpes sem tipo.
- Em 2007, até 60% dos casos ocorreram em indivíduos vacinados, como é normal em populações com uma elevada taxa de cobertura da vacinação. Entre os totalmente vacinados, a maioria dos casos verificou-se em crianças de 1 a 4 anos, e as crianças com menos de um ano representaram 27% dos casos. Com os dados disponíveis, não é possível avaliar se os casos observados podem ser classificados como verdadeiras falhas vacinais, e é necessário obter mais informação para analisar este resultado. Um estudo realizado pela EU-IBIS que analisou as falhas da vacina contra o Hib através dos dados de vigilância nacionais entre 1996 e 2001 na Europa, em Israel e na Austrália veio trazer alguma informação complementar sobre este tema, descrevendo as características laboratoriais e clínicas numa população ampla e diversa com diferentes programas de imunização.

O ressurgimento da doença causada pelo Hib devido a falhas vacinais também tem sido amplamente descrita no Reino Unido.

Doença meningocócica invasiva

- Em 2007, foram notificados 5 583 casos de doença bacteriana invasiva causada pelo *N. meningitidis* na UE/EEE, com uma taxa global de notificação de 1,12 casos por 100 000 habitantes. As taxas de notificação variaram entre os Estados-Membros, sendo na Irlanda e no Reino Unido mais elevadas do que no resto da Europa, embora em ambos os países se verifique uma tendência de queda sustentada. Além destes dois países, outros seis Estados-Membros têm taxas de notificação acima de 1 caso por 100 000 habitantes (Bélgica, Dinamarca, Países Baixos, Espanha, Lituânia e Malta). O maior número de casos de doença meningocócica invasiva continua a registar-se entre lactentes e crianças, com 50% dos casos notificados em crianças com menos de 10 anos. As taxas mais elevadas observadas em crianças com menos de um ano foram comunicadas na Irlanda e no Reino Unido, com taxas de 74,5/100 000 e 46,6/100 000, respectivamente.
- Tal como sucede com o *H. influenzae*, a heterogeneidade dos casos notificados pode ser atribuída a várias causas possíveis: um reforço da sensibilidade dos sistemas de vigilância, variação dos tipos de apresentações clínicas sob vigilância (ou seja, sépsis, meningite ou ambas) em cada Estado-Membro, diferenças a nível das definições dos casos aplicadas, diferenças a nível das capacidades laboratoriais ou diferenças a nível das práticas de cuidados de saúde que zelam pela recolha precoce de amostras para hemocultura. Nesta fase, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) não tem ainda uma perspectiva clara das principais razões que justificam estas diferenças e, por isso, recomenda cautela nas comparações das taxas de notificação entre países por serogrupo e idade.
- A proporção de casos com informação em falta relativamente ao serogrupo continua elevada, em especial nos países da Europa Oriental. No entanto, a identificação do serogrupo tem melhorado ao longo dos anos, registando-se uma redução substancial no número de "desconhecidos" nos últimos cinco anos, de 1 448 casos em 2003 para 559 em 2007. Em 2007, o serogrupo B foi notificado como a causa mais frequente de doença meningocócica invasiva na Europa, representando cerca de 90% de todos os serogrupos notificados entre as crianças com menos de quatro anos de idade. Em países com vacinação contra o meningococo C (VMC), há uma forte predominância de casos B em todos os grupos etários e, em particular, nos grupos etários das crianças com menos de um ano e das crianças de um a quatro anos de idade (73% e 81% dos casos, respectivamente), os grupos que normalmente são visados na vacinação contra o serogrupo C.
- Em países com VMC, a proporção de casos causados pelo serogrupo C tem baixado consideravelmente nos poucos anos que passaram desde a introdução da vacina no programa nacional, em especial nos grupos-alvo dos programas de vacinação. A proporção de casos do serogrupo C parece aumentar com a idade, o que provavelmente se deve à reduzida cobertura da vacina nos grupos etários mais velhos, assim como à redução da eficácia da vacina após o ano do programa de imunização primária.
- Há cada vez mais informação sobre a serotipagem e a subtipagem de estirpes devido à adopção de tecnologias moleculares num número crescente de países. No entanto, o número de amostras sujeitas a serotipagem e subtipagem continua a ser reduzido, e a interpretação dos resultados deve ser feita com cautela. A França, o Reino Unido e a Bélgica apresentaram o maior número de amostras sujeitas a serotipagem e subtipagem.

Conclusões principais

Globalmente, a incidência de ambas as doenças continua a diminuir, especialmente entre as crianças mais jovens que são abrangidas pelas campanhas de vacinação. No entanto, a nível europeu, o número de casos causados por serótipos e serogrupos que não estão cobertos pelas vacinas está a aumentar, afectando também as crianças. Esta tendência deve ser acompanhada com atenção.

Uma vez que a taxa de cobertura da vacinação é elevada para ambas as vacinas, também ocorrem casos em indivíduos vacinados. Infelizmente, não foram recolhidos dados suficientes para efectuar uma análise aprofundada de possíveis falhas vacinais ou para tirar conclusões quanto à proporção de casos que ocorrem entre indivíduos vacinados nos países com e sem vacinação. Esta situação deve-se à elevada proporção global de valores em falta relativamente ao estado da vacinação, assim como à inexistência de informação sobre a data de nascimento, o número de doses recebidas e a data da última dose. Além disso, a informação necessária para afirmar que existiu uma falha vacinal ainda não está incluída no conjunto de variáveis (como a data de nascimento, o número de doses recebidas e as respectivas datas).

Com vista à melhoria da comparabilidade dos dados entre os países participantes, é necessária uma maior normalização dos métodos laboratoriais para identificar um caso e a adopção local de uma definição comum do caso para fins de vigilância. Os métodos de genotipagem tornar-se-ão cada vez mais viáveis nos países europeus, o que ajudará a compreender os dados de vigilância. No entanto, para isso, é necessária uma colaboração mais estreita entre os laboratórios e os centros epidemiológicos a nível nacional e europeu. Neste quadro, refira-se o concurso intitulado "Vigilância laboratorial e garantia da qualidade externa (GQE) das doenças bacterianas invasivas na UE" que foi adjudicado em 2008 a um consórcio de instituições europeias coordenado pela Universidade de Würzburgo, na Alemanha, encontrando-se o projecto no seu segundo ano de actividade. Além da

GQE e da formação, centra-se sobretudo no reforço e na harmonização da capacidade laboratorial nos Estados-Membros e no reforço da colaboração entre laboratórios e institutos de saúde pública na UE. Uma das principais actividades do grupo é a promoção da utilização de métodos de tipagem molecular na vigilância de rotina.

8 Relatório epidemiológico anual sobre doenças transmissíveis na Europa 2010

(Publicado em Novembro de 2010)

Este relatório apresenta uma análise dos dados comunicados em relação a 2008 pelos 27 Estados-Membros da UE e os três países do EEE/EFTA: Islândia, Listenstaine e Noruega. O principal objectivo do relatório é dar alguma indicação, com base nos dados disponíveis, das áreas mais problemáticas a nível das doenças transmissíveis na União Europeia. Nestas áreas, é necessária uma acção mais concertada para reduzir os encargos presentes e, eventualmente, futuros para a sociedade, para os sistemas de saúde pública e de prestação de cuidados de saúde, bem como para reduzir o sofrimento humano. Estes dados contribuem para a realização da tarefa do ECDC de fornecer a base factual para a acção, de ajudar a identificar e partilhar práticas e de sugerir métodos de acompanhamento das intervenções.

Embora se tenham registado grandes progressos na melhoria da qualidade e comparabilidade dos dados, o leitor é, ainda assim, desaconselhado de fazer comparações directas das taxas de notificação entre países. Existem grandes diferenças entre os sistemas de vigilância, e a relação entre a incidência notificada e a incidência real varia de país para país no que respeita a muitas doenças.

Pela primeira vez, a análise anual das ameaças acompanhadas na UE é publicada num relatório próprio⁵.

Resistência aos antimicrobianos e infecções associadas aos cuidados de saúde

Os microrganismos resistentes aos antimicrobianos continuam a constituir a ameaça mais importante na Europa em termos de doenças. Em 2008, 900 laboratórios ao serviço de mais de 1 500 hospitais apresentaram os seus dados sobre a resistência aos antimicrobianos (RAM) em relação a sete grandes microrganismos indicadores. Estes dados revelaram um aumento, em toda a Europa, da resistência a todas as classes de antibióticos sob vigilância para as bactérias gram-negativas mais comuns, que são responsáveis pela bacteriemia e por infecções do tracto urinário, *Escherichia coli*. Alguns países comunicaram uma redução da proporção de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (SARM), embora as proporções de SARM continuem acima de 25 % num terço dos países. A crescente ameaça da multirresistência (resistência a vários antibióticos de utilização comum), que se tem vindo a observar com uma frequência cada vez maior em algumas bactérias gram-negativas como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*, continua a ser motivo de preocupação.

Durante o mesmo ano, foram comunicados os dados de vigilância de 306 621 intervenções cirúrgicas em 1 422 hospitais e dados de 654 hospitais relativos a 9 129 episódios de pneumonia contraída nas unidades de cuidados intensivos (UCI) e 4 077 episódios de infecções sanguíneas contraídas nas UCI. Confirmaram-se, em 2008, as tendências anteriormente observadas para o decréscimo das infecções no local cirúrgico após cirurgias de prótese da anca. A distribuição de microrganismos associados a infecções contraídas nas unidades de cuidados intensivos revelou uma elevada proporção de Enterobacteriaceae resistente à cefalosporina da terceira geração e, em particular, de *Klebsiella* spp. e *Enterobacter* spp.

Doenças ambientais e transmitidas por vectores

O surto de febre Q notificado nos Países Baixos entre Março e Dezembro de 2007 ressurgiu em 2008. Os principais casos ocorreram durante os meses de Verão e atingiram o seu pico nas semanas 25–28 (meados de Junho e meados de Julho). Outros países europeus, como a Alemanha, também comunicaram uma alteração das tendências da febre Q e notificaram um pequeno aumento do número de casos em 2008.

Das doenças transmissíveis neste grupo com consequências mais graves, como as doenças com características potencialmente hemorrágicas, a febre hemorrágica da Crimeia e do Congo (FHCC) expandiu-se além das zonas endémicas habituais na região balcânica. A Grécia notificou o seu primeiro caso humano de FHCC em Junho de 2008 na parte norte do país, junto a uma zona endémica conhecida. Por outro lado, as actividades de vigilância reforçadas que foram introduzidas em Itália após o surto de febre Chikungunya no ano anterior, com 217 casos confirmados em laboratório, demonstraram que a febre Chikungunya autóctone não reapareceu, pois os poucos casos notificados na UE/EEE foram todos importados.

Doenças e zoonoses transmitidas pela alimentação e pela água

Muitas das doenças transmitidas pela alimentação continuam a sofrer de uma deficiente notificação devido à variação na gravidade do quadro clínico que produzem. A campilobacteriose continuou a ser a causa de doença

⁵ ECDC. Annual Threat Report 2009 (Relatório Anual das Ameaças 2009). Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo; 2010. Disponível (em inglês) em: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

gastrointestinal mais notificada na UE e no EEE/EFTA com uma taxa em 2007 (44,1 casos por 100 000 habitantes), mais ou menos semelhante à do ano anterior. É um exemplo típico de uma doença subestimada, pois é conhecida pelo seu quadro assintomático ou de sintomas ligeiros que resulta num elevado grau de subnotificação.

A taxa global de notificação da infecção por VTEC/STEC também se manteve relativamente estável nos últimos anos (0,66 casos por 100 000 habitantes). No entanto, o número de casos notificados que desenvolveram anemia hemolítica de Gasser aumentou 42% em 2008 em comparação com o ano anterior. No que respeita à salmonelose e à shigelose, a taxa de notificação mais elevada de infecção por VTEC/STEC verificou-se nas crianças com menos de cinco anos (4,72 casos por 100 000 habitantes), provavelmente devido à apresentação clínica mais grave neste grupo etário e à maior probabilidade de hospitalização com cada infecção.

Nos últimos três anos tem-se registado uma redução constante da salmonelose, embora a *Salmonella* tenha continuado a ser a causa de uma série de surtos transmitidos pela alimentação a nível internacional, nacional e subnacional em 2008. Devido a uma alteração a nível da comunicação de dados, este relatório apresenta uma taxa de febre tifóide mais alta do que nos anos anteriores, mas isso deve-se a melhorias a nível da integralidade da notificação e não a um aumento efectivo. A larga maioria dos casos de febre tifóide continua a ser importada pelos viajantes que regressam de zonas endémicas.

Em 2008, a taxa global de notificação da hepatite A (3,34 por 100 000 habitantes) foi ligeiramente superior a 2007 (2,75 por 100 000 habitantes). A taxa de notificação na Letónia aumentou de 0,66 em 2007 para 123 por 100 000 habitantes, sobretudo devido a um surto que afectou toda a comunidade, após irromper no seio de consumidores de drogas injectáveis e pessoas de baixos rendimentos a viver em deficientes condições de higiene. Uma situação semelhante de surto de hepatite A ocorreu na República Checa, afectando a princípio consumidores de drogas injectáveis e espalhando-se posteriormente à população em geral.

VIH, infecções sexualmente transmissíveis, hepatite B e C

A infecção por VIH continua a ser uma das principais questões de saúde pública em termos de doenças transmissíveis na Europa. O VIH continuou a crescer à razão de 33% no número de casos notificados de infecção por VIH, de 4,2 casos por 100 000 habitantes em 2000 (13 265 casos) para 5,6 casos por 100 000 habitantes (18 019 casos) em 2008. Esta tendência é ainda mais preocupante quando se tem em conta que, na UE/EEE, uma grande parte dos infectados (estima-se que 30%) nem sequer sabe que tem VIH. Os dados revelam que a maior proporção de casos de VIH foi diagnosticada em homens que têm relações sexuais com outros homens (40%), mas a proporção da transmissão heterossexual do VIH (29 %) está a aumentar em vários países da Europa. Uma parte considerável dos novos diagnósticos de infecção por VIH na UE ocorreu em imigrantes oriundos de países com uma epidemia de VIH generalizada (sobretudo na África subsariana). Em contrapartida, apesar de algumas limitações dos dados, o número de diagnósticos de SIDA parece ter diminuído, excepto nos Estados Bálticos.

A clamídia continua a ser a infecção sexualmente transmissível mais frequente na UE/EEE com 335 329 casos confirmados notificados (150 casos por 100 000 habitantes). É provável que a verdadeira incidência da clamídia seja mais elevada, pois esta infecção é particularmente propícia à subnotificação. A clamídia tem vindo a aumentar nos últimos 10 anos e continua a ser uma doença de jovens adultos, com a taxa de notificação entre o grupo etário dos 15 aos 24 a atingir 976 casos por 100 000 habitantes. A doença afecta mais os jovens adultos do sexo feminino do que do sexo masculino.

Embora a tendência de notificações de hepatite C seja relativamente estável e as taxas de hepatite B tenham diminuído em comparação com anos anteriores, estes dados apresentam limitações persistentes. A interpretação destas tendências é dificultada por diferenças importantes entre os sistemas de vigilância, alterações recentes a nível da notificação, um número significativo de casos não diagnosticados, possíveis diferenças nas definições dos casos utilizadas (ou seja, utilização e/ou interpretação diferente dos marcadores da hepatite B) e notificação incompleta em alguns países. Além disso, alguns países não fazem a distinção entre notificações de casos agudos e crónicos de hepatite B e C, o que, em conjunto com a elevada taxa de casos assintomáticos, produz dados que não podem ser directamente comparados entre países. O ECDC está a trabalhar no sentido de melhorar a vigilância reforçada destas infecções virais, incluindo a melhoria da harmonização da vigilância da hepatite B e C a nível europeu.

Infecções do tracto respiratório

Todos os Invernos, centenas de milhares de pessoas na UE adoecem gravemente e morrem em resultado da gripe sazonal. A época de gripe 2008/09 na Europa teve início na semana 48/2008, durou cerca de 10 semanas em cada país afectado e terminou na semana 16/2009 após o pico de actividade ter atravessado o continente de Ocidente para Oriente, dirigindo-se depois para Sudeste. A época de gripe de 2008/09 começou por ser dominada pela gripe A(H3N2) e, depois, pela gripe B, embora em menor medida; a gripe A(H3N2) representou o maior número de detecções de vírus. A maioria dos vírus de gripe B em circulação não correspondia à componente B incluída na vacina da gripe do hemisfério norte em 2008/09. No entanto, é pouco provável que esta disparidade tenha tido algum significado em termos de saúde pública, tendo em conta a prevalência relativamente reduzida de vírus B

observada nesta época. Na semana 19/2009, no final da "época normal", foi detectado o primeiro vírus da pandemia de gripe A(H1N1) num espécime sentinela. Seguiu-se a vaga da Primavera/Verão da pandemia.

Em 2008, voltaram a registar-se surtos de gripe aviária de alta e baixa patogenicidade em aves na Europa, mas em menor número do que em 2007. Não foram notificados casos associados em seres humanos.

A taxa de notificação da doença do legionário (legionelose) nos países da UE e do EEE/EFTA manteve-se estável com 1,2 casos por 100 000 habitantes. O pico de casos notificados em Julho observado em anos anteriores foi mais prolongado em 2008, estendendo-se de Junho a Setembro. O número de casos notificados de doença do legionário associados a viagens diminuiu em relação a 2007, assim como o número de agregados associados a viagens.

Nos últimos cinco anos, tem-se verificado uma diminuição média anual sustentada do número de casos de TB, embora 28 países da UE e do EEE/EFTA tenham notificado 82 611 casos de TB (taxa de notificação de 16,7 casos por 100 000 habitantes) em 2008. Na UE, a TB é mais comum entre os migrantes, os sem-abrigo, os pobres nos centros urbanos, os reclusos, os portadores de VIH e os consumidores de drogas, mas os dados relativos a 2008 confirmam um quadro heterogéneo com três grandes categorias epidemiológicas:

- países de baixa incidência, com os casos cada vez mais concentrados na população de origem estrangeira e denotando ocasionalmente um aumento de notificações;
- países com taxas de notificação moderadas ou elevadas, que estão em queda, e níveis baixos de TB MR; e
- países com taxas de notificação relativamente elevadas e com uma elevada proporção de casos de TB MR, mas também com as taxas globais de TB em queda.

Além disso, a proporção de casos combinados de tuberculose multirresistente (TB MR) aumentou de 4% para 6% entre 2007 e 2008, sobretudo devido a regimes de tratamento incompletos ou mal concebidos. A taxa de sucesso do tratamento destes casos de TB MR continua a um nível extremamente baixo, situando-se em 30,9 % na coorte de 2006. Embora haja espaço para melhorar a qualidade, a representatividade e a integralidade dos dados relativos à resistência de segunda linha, os números confirmam que a TB XDR está agora estabelecida dentro das fronteiras da UE.

Doenças prevenidas por vacinas

Várias doenças prevenidas por vacinas com consequências mais graves (como a poliomielite, a difteria ou o tétano) estão hoje praticamente erradicadas da UE/EEE. Outro caso de sucesso em quase todos os países da UE é o impacto da vacina contra o Hib incluída nos respectivos programas nacionais de imunização. No que se refere ao resto das doenças prevenidas por vacinas, subsistem problemas a nível da melhoria da cobertura dos grupos da população de difícil acesso. Além disso, dúvidas infundadas sobre a segurança das vacinas comprometeram as metas estabelecidas para várias destas infecções, causando surtos localizados totalmente evitáveis.

Uma dessas doenças é o sarampo. O número total de casos de sarampo nos países da UE e da EFTA foi consideravelmente maior em 2008 do que em 2007. Este aumento deve-se a surtos em vários países, registando-se o maior número de casos na Suíça, na Itália, na Áustria, na Alemanha, na França e no Reino Unido. É necessário um forte compromisso político para inverter esta tendência preocupante.

Em contrapartida, o número de casos de rubéola notificados e confirmados em laboratório diminuiu de 2007 para 2008. Apesar de uma impressionante redução global do número de casos de rubéola congénita após a introdução da vacinação, continuam a ocorrer alguns casos isolados na Europa. Uma cobertura deficiente da população com a vacina de sarampo, papeira e rubéola (SPR) pode criar bolsas de indivíduos susceptíveis, seguindo-se um aumento dessas doenças, incluindo a rubéola congénita.

A taxa global de notificação de doença pneumocócica invasiva (DPI) situou-se em 5,2 casos por 100 000 habitantes em 2008, uma das taxas mais altas de todas as doenças prevenidas por vacinas. Existe uma grande heterogeneidade nos sistemas de vigilância de DPI na UE, em particular no que se refere ao tipo de sistemas de vigilância implementados, a sua cobertura e as definições dos casos. Em alguns países, nem sequer existem sistemas de vigilância. O ECDC está a introduzir na UE uma vigilância melhorada, que contempla vigilância laboratorial, para um melhor acompanhamento das tendências dos serótipos, em particular daqueles que não são cobertos pela vacina.

Conclusões

Este resumo dos dados e das tendências de 2008 indica que as prioridades de prevenção e controlo de doenças transmissíveis não mudaram muito nos últimos anos. No que diz respeito a determinadas doenças, tem havido alguma redução da incidência e do número de casos através de medidas concertadas de acção e controlo pelos Estados-Membros (embora os níveis permaneçam elevados em segmentos específicos da população e grupos de risco). No entanto, subsistem vários problemas a nível das doenças transmissíveis, destacando-se os seguintes:

- resistência aos antimicrobianos;
- infecções associadas aos cuidados de saúde;

- infecções sexualmente transmissíveis, em especial causadas pelo VIH e pela clamídia;
- infecções do tracto respiratório causadas pela gripe (potencial pandémico e pandemias sazonais anuais), tuberculose e infecções pneumocócicas.

Para algumas destas doenças, mais acções conjuntas (por exemplo, vacinação e medidas de controlo semelhantes) poderiam levar a UE e, eventualmente, a Europa a ser declarada "livre" de doenças, como acontece com várias doenças prevenidas por vacinas. No entanto, os Estados-Membros da UE estão longe de alcançar os objectivos estabelecidos pelos programas de erradicação das doenças, em especial no que se refere ao sarampo, cuja tendência de queda se inverteu. De igual modo, aumentar a sensibilidade e a especificidade da vigilância da rubéola é fundamental tendo em conta o objectivo de erradicação da OMS para 2010. No que respeita às infecções pneumocócicas, subsistem as preocupações de que, após a introdução da vacina, os serótipos cobertos pela vacina conjugada antipneumocócica possam ser substituídos por serótipos não cobertos, como já foi observado nos Estados Unidos.

Os dados de 2008 continuam a mostrar que a resistência aos antimicrobianos constitui um perigo cada vez mais importante para a saúde pública na Europa. O problema exige a cooperação internacional – assim como esforços concertados a nível nacional – para conter e evitar a ocorrência da resistência aos antimicrobianos. De igual modo, as infecções associadas aos cuidados de saúde são um problema cada vez maior, que requer políticas coerentes de prevenção e controlo. Os decisores políticos terão ao seu dispor os dados mais fiáveis que deverão resultar dos esforços para melhorar os sistemas de vigilância, amplamente baseados em hospitais ou unidades de prestação de cuidados de saúde prolongados.

Embora a tendência global da TB seja de queda, a TB MR e o VIH com TB continuam a aumentar. Também se regista uma tendência global de crescimento do VIH. Em ambos os casos, estas duas infecções exigem muita atenção para a manutenção de actividades rigorosas de prevenção e controlo a nível nacional e internacional, incluindo o reforço do investimento na vigilância. A notificação da co-morbidade TB/VIH continuou a ser incompleta, embora haja novos planos para melhorar esta situação.

A gripe continuou a mostrar a imprevisibilidade das epidemias sazonais, com uma época relativamente intensa dominada pelo vírus A(H3N2), causador de uma pandemia de A(H1N1) que teve origem no continente americano.

Quadro A: Síntese da tendência geral, da taxa de notificação da UE e dos grupos etários mais afectados por doenças transmissíveis notificadas na UE e no EEE/EFTA em 2008

Doença	Tendência geral	Taxa de notificação na UE por 100 000 habitantes (2008)	Principais grupos etários afectados (2008)
Infecções do tracto respiratório			
Gripe	↔	Sem dados	0–14
Gripe aviária	Dados insuficientes	0	Dados insuficientes
Doença do legionário (legionelose)	↑	1,2	≥ 65
Tuberculose	↓	16,7	25–44
VIH, infecções sexualmente transmissíveis e infecções virais transmitidas pelo sangue			
Clamídia	↑	149,9	15–24
Gonorreia	↓	8,6	15–24, 25–44
Hepatite B	↓	1,3	25–44
Hepatite C	↑	9,0	25–44
VIH	↑	5,7	25–44
SIDA	↓	1,1	40–49
Sífilis	↔	4,2	25–44
Doenças e zoonoses transmitidas pela alimentação e pela água			
Carbúnculo	↓	< 0,01	Dados insuficientes
Botulismo	↔	< 0,1	25–44
Brucelose	↓	0,2	45–64, 25–44
Campilobacteriose	↑	44,1	0–4
Cólera	↓	<0,01	Dados insuficientes

Doença	Tendência geral	Taxa de notificação na UE por 100 000 habitantes (2008)	Principais grupos etários afectados (2008)
Criptosporidiose	↔	2,4	0–4
Equinococose	↔	0,2	45–44, ≥ 65
<i>Escherichia coli</i> produtora de verotoxina/shigatoxina (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Giardíase	↓	59,6	0–4
Hepatite A	↓	3,3	5–14
Leptospirose	↔	0,2	45–64
Listeriose	↔	0,3	≥ 65
Salmonelose	↓	29,8	0–4
Shigelose	↔	1,8	0–4
Toxoplasmose	↓	0,8	15–24
Triquinose	↔	0,1	25–44
Tularémia	↔	0,2	45–64
Febre tifóide/paratifóide	↔	0,3	0–4, 5–44
Variante da doença de Creutzfeld-Jakob	Dados insuficientes	< 0,01	Dados insuficientes
Iersiniose	↑	2,7	0–14
Doenças emergentes e transmitidas por vectores			
Malária	↔	1,2	25–44
Praga	Dados insuficientes	0	Dados insuficientes
Febre P	↔	0,4	45–64
Síndrome respiratória aguda grave (SARS)	Dados insuficientes	0	Dados insuficientes
Variola	Não aplicável	0	Dados insuficientes
Febre Chikungunya	Dados insuficientes	< 0,01	45–64
Febre de Dengue	Dados insuficientes	0,1	25–44
Febre hemorrágica com síndrome renal	Dados insuficientes	1,4	25–44, 45–64
Febre do Nilo Ocidental	Dados insuficientes	< 0,01	Dados insuficientes
Febre amarela	Dados insuficientes	0	Sem casos
Doenças prevenidas por vacinas			
Difteria	↓	<0,01	5–14, 45–64
Infecção invasiva causada pelo <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Doença meningocócica invasiva	↓	0,9	0–4
Infecção pneumocócica invasiva	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Sarampo	↔	0,9	0–4
Papeira	↓	2,8	5–14
Tosse convulsa	↔	5,3	5–14
Poliomielite	Dados insuficientes	0	Dados insuficientes

Doença	Tendência geral	Taxa de notificação na UE por 100 000 habitantes (2008)	Principais grupos etários afectados (2008)
Raiva	↓	< 0,01	Dados insuficientes
Rubéola	↓	0,6	0-4
Tétano	↓	< 0,1	≥ 65
Resistência aos antimicrobianos e infecções associadas aos cuidados de saúde			
Resistência aos antimicrobianos	↑	Não aplicável	Dados insuficientes
Infecções associadas aos cuidados de saúde	↑	Não aplicável	Dados insuficientes

9 Vigilância da resistência aos antimicrobianos na Europa 2009

(Publicado em Novembro de 2010)

Trata-se do primeiro relatório anual da Rede Europeia de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos (EARS-Net) após a transição do Sistema Europeu de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos (EARSS) para o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) em 1 de Janeiro de 2010. Este relatório representa a continuação da série dos consagrados relatórios anuais do EARSS publicados pela rede desde 2001.

Ao longo da última década, a resistência aos antimicrobianos foi ganhando um lugar cada vez mais importante na agenda da saúde pública na Europa. A vigilância da resistência aos antimicrobianos realizada anteriormente pelo EARSS, e agora pela EARS-Net, tem desempenhado um importante papel na documentação da ocorrência e propagação da resistência aos antimicrobianos, assim como na sensibilização para o problema a nível político, entre os responsáveis pela saúde pública e entre a comunidade científica.

Com base nos dados relativos à resistência aos antimicrobianos comunicados à EARS-Net por 28 países em 2009 e nos resultados das análises de tendências com dados do EARSS de anos anteriores, a situação da resistência na Europa apresenta uma grande variação consoante o tipo de patogénio, a substância antimicrobiana e a região geográfica.

Em 2009, os resultados mais preocupantes são a rápida redução da susceptibilidade da *Escherichia coli* invasiva a, basicamente, todos os agentes antimicrobianos abrangidos pela vigilância da EARS, com excepção dos carbapenemes, assim como a elevada prevalência de resistência na *Klebsiella pneumoniae* aos aminoglicosídeos, às fluoroquinolonas e às cefalosporinas de terceira geração. Em metade dos países que enviaram dados, a proporção de isolados de *K. pneumoniae* multirresistentes (resistência combinada aos aminoglicosídeos, às fluoroquinolonas e às cefalosporinas de terceira geração) é superior a 10%, e alguns países passaram também a indicar elevadas proporções de resistência aos carbapenemes. Estes antibióticos têm sido muito utilizados em diversos países devido à crescente taxa de Enterobacteriaceae que produzem beta-lactamase de largo espectro (ESBL), com um consequente impacto no surgimento da produção de carbapenemases (VIM, KPC e NDM-1), em especial na *K. pneumoniae*.

As proporções mais elevadas de resistência em *E. coli* referem-se a aminopenicilinas, podendo chegar a 66%. Independentemente do alto nível de resistência, as proporções continuam a aumentar, mesmo em países com níveis de resistência já bem acima dos 50%. A resistência às cefalosporinas de terceira geração na *E. coli* também aumentou significativamente nos últimos quatro anos em mais de metade dos países que enviaram dados. Esta resistência está directamente associada às elevadas proporções (85%–100%) de positivos a ESBL entre os isolados resistentes nos países que enviaram dados sobre ESBL em 2009.

Outras tendências a nível de resistências comunicadas à EARS-Net dão a esperança de que os esforços nacionais de controlo de infecções e os esforços dirigidos à contenção das resistências possam, em alguns casos, travar ou mesmo inverter tendências indesejáveis de resistência, conforme exemplifica a evolução do *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (SARM). Embora a proporção de SARM entre *Staphylococcus aureus* continue acima de 25% em 10 de 28 países, a ocorrência de SARM está a estabilizar ou mesmo a diminuir em alguns países, tendo sido observada uma redução sustentada na Áustria, França, Irlanda, Letónia e Reino Unido.

Além disso, no Reino Unido tem-se assistido a uma redução sustentada das proporções de resistência da *K. pneumoniae* a todas as classes de antibióticos sob vigilância e, em alguns países (Grécia, Alemanha, Itália e França), os esforços para controlar a resistência a glicopeptídeos no *Enterococcus faecium* parecem estar a dar frutos e a sustentar uma redução contínua dos isolados resistentes. Entretanto, a resistência a aminoglicosídeos de alto nível no *Enterococcus faecalis* parece ter estabilizado a um nível relativamente elevado. A maioria dos países comunicou proporções de isolados resistentes entre 30% e 50%.

A não susceptibilidade à penicilina do *Streptococcus pneumoniae* permanece, em geral, estável na Europa; a não susceptibilidade a macrolídeos diminuiu em seis países e não se registaram tendências de crescimento em nenhum país. Muitos países indicaram elevadas proporções de resistência da *Pseudomonas aeruginosa* a fluoroquinolonas e carbapenemes, tendo ainda sido indicada resistência combinada por vários países, em especial do sul e do leste da Europa.

Em relação a várias combinações antimicrobianas e patogénicas, por exemplo, resistência à fluoroquinolona na *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* e SARM, é notório um gradiente norte-sul na Europa. Em geral, são comunicadas proporções de resistência mais baixas no norte e mais elevadas no sul da Europa, o que provavelmente reflecte diferenças a nível das práticas de controlo de infecções, presença ou ausência de legislação relativa à prescrição de antimicrobianos e outros factores conhecidos que influenciam a ocorrência de resistência.

No entanto, no caso da *K. pneumoniae*, também se observam tendências de resistência a classes específicas de antibióticos e tendências de multirresistência em países do norte da Europa, como a Dinamarca e a Noruega, que normalmente têm uma abordagem prudente à utilização de antibióticos.

Além da habitual análise de tendências e de uma síntese da situação, este relatório da EARS-Net 2009 contém um novo capítulo com uma análise aprofundada da situação da *E. coli* e do SARM. Estas análises baseiam-se exclusivamente nos dados de laboratórios que enviam dados de forma regular há vários anos. A análise aprofundada confirma um aumento continuado da multirresistência e revela uma redução constante e significativa da susceptibilidade da *E. coli* aos antimicrobianos ao longo de vários anos. No caso do SARM, a redução observada é provavelmente um reflexo da eficácia das medidas de controlo da infecção a nível hospitalar e pode mesmo ser um sinal de esperança para as estratégias de contenção noutras áreas.

Em conclusão, os dados enviados à EARS-Net relativos a 2009 pelos países participantes proporcionam uma base de conhecimento sobre a ocorrência de resistência aos antimicrobianos na Europa e documentam a infeliz e constante redução das opções de tratamento antimicrobiano para os principais patógenos bacterianos.

10 Vigilância sobre VIH/SIDA na Europa 2009

(Publicado em Novembro de 2010)

Pontos-chave

A infecção por VIH continua a ser uma questão de saúde pública de grande importância na Europa, existindo dados que comprovam a continuação da transmissão do VIH na Europa. Globalmente, e apesar das notificações incompletas, não existe nenhuma indicação clara de uma redução do número de casos diagnosticados todos os anos. Desde 2004, a taxa de novos casos diagnosticados de infecção por VIH notificados por 100 000 habitantes aumentou quase 30%, de 6,6 por 100 000 habitantes em 2004 para 8,5 por 100 000 habitantes em 2009. O número de casos diagnosticados de SIDA continuou a diminuir na Região Europeia da OMS, excepto na zona oriental, que registou uma subida do número de casos de SIDA. Entre os 48 países que enviam regularmente dados sobre a SIDA relativamente ao período de 2004–09, a taxa de diagnósticos de SIDA notificados diminuiu de 2,0 casos 100 000 habitantes para 1,0 caso por 100 000 habitantes.

- Em 2009, foram diagnosticados e notificados 53 427 casos de VIH por 49 dos 53 países da Região Europeia da OMS (dados relativos à Áustria, Mónaco, Rússia e Turquia não disponíveis). As taxas mais elevadas foram notificadas pela Estónia, Moldávia, Ucrânia e Usbequistão.
- Foram notificados 6 568 casos de SIDA por 48 países (dados relativos à Áustria, Suécia, Mónaco, Rússia ou Turquia não disponíveis).
- Em 2009, foram notificados 25 917 novos casos diagnosticados de infecção por VIH pelos países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu (UE/EEE) (dados relativos à Áustria não disponíveis). Na UE/EEE, as taxas mais elevadas foram notificadas pela Estónia, Letónia, Portugal e Reino Unido.
- Na UE/EEE, o modo predominante de transmissão da infecção por VIH são as relações sexuais entre homens, seguidas do contacto heterossexual. Cerca de 38% dos casos notificados de transmissão heterossexual foram diagnosticados em indivíduos com origem em países nos quais existe uma epidemia generalizada de VIH.
- Nas três zonas geográficas/epidemiológicas, o modo predominante de transmissão varia de zona para zona, o que demonstra a grande diversidade da epidemiologia do VIH na Europa. Embora os dados do relatório indiquem que a transmissão heterossexual se tornou o modo de transmissão dominante na zona oriental, a inclusão dos casos da Rússia, não disponível neste relatório, aumentaria bastante a proporção relativa do consumo de drogas injectáveis. O consumo de drogas injectáveis seria, nesse caso, representativo de um maior número de infecções na globalidade da região e na zona oriental em particular. Na zona central, o modo predominante de transmissão do VIH são as relações sexuais entre homens, seguidas do contacto heterossexual. Também na zona ocidental, excluindo os casos com origem em países com epidemias generalizadas, o modo predominante de transmissão são as relações sexuais entre homens, seguidas do contacto heterossexual.
- Os dados apresentados enfermam de algumas limitações, devido a notificações incompletas e à ausência de dados de vários países, bem como ao facto de os dados estarem sujeitos a atrasos na notificação. Este facto limita as conclusões que possam ser tiradas a respeito da dimensão e do âmbito das epidemias de VIH e SIDA na Europa. Caso estas limitações dos dados fossem sanadas, é muito provável que mais do que duplicasse o número total de infecções por VIH em 2009.

Recomendações para a vigilância de VIH/SIDA

Os dados da vigilância do VIH/SIDA são fundamentais para monitorizar a situação actual e as tendências da epidemia de VIH e orientar a resposta ao nível da saúde pública. Por conseguinte, todos os países da Europa devem:

- aplicar sistemas nacionais de notificação baseados nos casos de VIH e SIDA, e assegurar que os dados são completos e têm prazos adequados;
- melhorar a qualidade dos dados notificados, em especial no que respeita às vias prováveis de transmissão e contagem de células CD4.

Recomendações de saúde pública

As intervenções para controlar a epidemia devem basear-se em dados científicos e adaptar-se ao país e à respectiva situação epidemiológica. A partir dos dados de vigilância disponíveis, é razoável recomendar o seguinte:

- Países da zona oriental: as intervenções para controlar o VIH entre os consumidores de drogas injectáveis, incluindo os programas de redução de danos, devem constituir o pilar das estratégias de prevenção do VIH. De igual modo, importa reforçar as medidas que visem prevenir a transmissão heterossexual, dirigidas, nomeadamente, a pessoas com parceiros de alto risco.

- Países da zona central: a prevenção deve adequar-se às circunstâncias de cada país, a fim de conter a epidemia no seu baixo nível actual. No entanto, com o avanço da epidemia entre os homens homossexuais, importa, prioritariamente, reforçar as intervenções destinadas a controlar o VIH neste grupo.
- Países da zona ocidental: as intervenções para controlar o VIH entre os homens homossexuais devem constituir a pedra basilar das estratégias de prevenção do HIV, entre as quais programas inovadores dirigidos a este grupo. Importa também adaptar as intervenções nos domínios da prevenção, do tratamento e dos cuidados, para que elas cheguem às populações migrantes.
- Em termos gerais, importa promover o aconselhamento e os testes de VIH para garantir o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento e ao aconselhamento, para ajudar a prevenir ou reduzir a transmissão e o número de diagnósticos tardios, e melhorar os resultados a longo prazo do tratamento dos indivíduos afectados. Importa, no âmbito da luta contra o VIH, assegurar o acesso equitativo ao tratamento e aos cuidados de todos os grupos populacionais que deles necessitem, de modo a que os vários países atinjam o objectivo geral do acesso universal aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados, e sejam alcançados os objectivos definidos na comunicação e plano de acção da Comissão Europeia "Luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, 2009 -2013".

Relatórios especiais

11 Aplicação da Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central: Relatório de progresso 2010

(Publicado em Setembro de 2010)

Em Fevereiro de 2004, representantes de países europeus e da Ásia central reuniram-se em Dublin e adoptaram uma declaração com vista a tornar mais célere a aplicação da declaração de compromisso feita pelos países presentes na Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas (SEAGNU) sobre o VIH/SIDA em 2001.

Quais foram, então, os progressos? É esse o tema central do relatório. Visa documentar os resultados alcançados, usando relatórios provenientes dos países em questão, tendo em conta um conjunto seleccionado de indicadores de relevância para os países da região. Sempre que possível utiliza dados existentes e baseia-se em trabalho anterior, em geral, e no relatório emitido pela Delegação Regional Europeia da OMS e pelo programa ONUSIDA em 2008, em particular. Foram enviados questionários individualizados a 55 países, tendo sido recebidas 49 respostas.

Liderança política e segurança

Quase todos os países indicaram ter um quadro estratégico de resposta ao VIH (92%) e um organismo de gestão/coordenação (84%). Oito países comunicaram ter desenvolvido os seus quadros estratégicos nos últimos cinco anos, ou seja, desde a Declaração de Dublin. No entanto, não é claro se essas medidas genéricas são indicadores adequados de liderança política na região no que se refere ao VIH. Outras medidas mais adequadas poderiam ser:

- a adequação dos recursos financeiros para a prevenção do VIH aos grupos de maior risco, como os consumidores de drogas injectáveis (CDI), os homens que têm relações sexuais com outros homens (HSH) e os trabalhadores sexuais;
- a aplicação de intervenções essenciais, como programas de redução de danos para CDI e programas de prevenção para HSH;
- a resolução, pelos países, de questões políticas difíceis mas essenciais, relacionadas com grupos marginalizados e que apresentam maior risco, como a disponibilização de programas de redução de danos para CDI nas prisões e o acesso aos serviços para migrantes provenientes de países com epidemias generalizadas de VIH.

Em geral, existem sinais claros de que a sociedade civil é amplamente reconhecida como um agente fundamental na resposta ao VIH na região e que participa muito activamente na resposta. Por exemplo, quase todos os países (98%) indicaram algum grau de participação da sociedade civil no desenvolvimento dos respectivos quadros estratégicos. Em conformidade com as conclusões do primeiro relatório de progresso sobre a Declaração de Dublin, tanto os governos como a sociedade civil apontaram vantagens específicas da inclusão da sociedade civil nas respostas ao VIH, e a sociedade civil observou uma melhoria das condições para a sua participação nas respostas entre 2005 e 2007. Parece ser muito mais limitada a participação formal do sector privado nas respostas ao VIH.

A epidemia do VIH na Europa e na Ásia central está bastante concentrada em grupos específicos da população. Há sinais de que alguns países da região canalizam efectivamente o financiamento para os esforços de prevenção que visam os grupos mais afectados. Se esta prática fosse mais generalizada, não só haveria uma aplicação mais racional dos recursos como também a resposta seria globalmente mais eficaz. Embora o financiamento para as respostas nacionais ao VIH na região provenha cada vez mais de fontes internas, sente-se uma grande necessidade de apoio financeiro continuado às respostas ao VIH nos países de médios e baixos rendimentos da região. A criação de mecanismos sustentáveis para disponibilizar este tipo de apoio financeiro deve ser uma prioridade para todos os países da região.

Registou-se um forte aumento dos fundos disponíveis para a resposta mundial ao VIH desde a Declaração de Dublin. Antes da declaração, em 2002, os recursos disponíveis para a resposta mundial ao VIH ascendiam a 1,2 mil milhões de dólares dos EUA. Em 2008, tinham mais do que sextuplicado para 7,7 mil milhões de dólares dos EUA. Este aumento foi liderado pelos EUA e por alguns países europeus, através de iniciativas bilaterais e multilaterais. Em 2008, 40% de todos os desembolsos para a assistência internacional no domínio da SIDA provenientes de países doadores tiveram origem nos Estados-Membros da União Europeia (UE), nos países da Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA) e na Comissão Europeia. Tendo em conta a crise financeira mundial e as prioridades que competem pelo financiamento, é importante que os países da região cumpram o desafio de manter e reforçar os actuais níveis de financiamento, bem como garantir a máxima eficácia na sua utilização.

Prevenção

Há sinais claros de que determinados grupos da população são especialmente afectados pelo VIH na Europa e na Ásia central. O actual desafio consiste em garantir que esses grupos tenham acesso aos serviços necessários de prevenção do VIH, os quais devem estar adequadamente dimensionados. O primeiro relatório de progresso sobre a Declaração de Dublin realçava a importância de intensificar e ampliar os esforços no domínio da luta contra o VIH, visando especificamente reduzir as desigualdades. Esta questão continua a ser pertinente na região.

É um facto que os consumidores de drogas injectáveis (CDI) são particularmente vulneráveis à infecção por VIH, uma situação que será comum a toda a região. É também evidente que a transmissão do VIH entre os CDI pode ser controlada, desde que sejam prestados serviços eficazes com uma escala suficiente para fazer a diferença. Entre as principais medidas de escala incluem-se o número de agulhas/seringas distribuídas por CDI por ano, bem como a percentagem de CDI que recebe terapia de substituição de opiáceos. É necessário que todos os países tenham a ambição de atingir os níveis elevados de cobertura dos programas que já foram atingidos em alguns países.

É também sobejamente conhecido que os HSH têm sido particularmente afectados pelo VIH em determinados países e regiões, incluindo partes da Europa. Os HSH são particularmente afectados pelo VIH na parte ocidental da região, mas existem provas científicas de que noutras partes da região são mais afectados do que tem vindo a ser reconhecido. Estas provas científicas corroboram as conclusões do primeiro relatório de progresso, nomeadamente a existência de uma epidemia de VIH oculta entre os HSH. Nalguns países, as taxas de infecção deste grupo continuam a aumentar. No entanto, as razões do aumento não são claras e podem variar de país para país. São necessários dados científicos suplementares para determinar essas razões, devendo o estudo europeu sobre HSH na Internet (EMIS) dar um importante contributo nesse sentido. Embora não seja claro como se pode medir com precisão a cobertura dos programas para HSH, é óbvio que a cobertura continua a ser muito reduzida em muitos países e as taxas de relações sexuais anais sem protecção continuam inaceitavelmente elevadas. Há também provas científicas de que os programas de prevenção do VIH têm mais dificuldade em chegar a determinados grupos de HSH: os jovens, os que habitam fora das grandes cidades, os menos escolarizados e os que se identificam como bissexuais.

Embora os trabalhadores sexuais sejam encarados como um grupo particularmente vulnerável ao risco de infecção por VIH a nível mundial, não é tão claro que esse seja o caso na região. Por exemplo, as taxas de prevalência do VIH entre trabalhadores sexuais são relativamente baixas em muitos países da região. No entanto, esta não é uma realidade comum a todos os trabalhadores sexuais. Algumas categorias de trabalhadores sexuais têm taxas mais elevadas de infecção por VIH, nomeadamente aqueles que também consomem drogas injectáveis, trabalhadores sexuais masculinos e transgénero, trabalhadores sexuais oriundos de países com epidemias generalizadas e trabalhadores sexuais que trabalham nas ruas. Globalmente, as taxas de utilização de preservativos pelos trabalhadores sexuais durante as relações sexuais pagas são relativamente elevadas e é provável que sejam mais relevantes do que medidas genéricas de conhecimento dos trabalhadores sexuais.

Os migrantes provenientes de países com epidemias generalizadas de VIH são especialmente afectados pelo vírus. Embora alguns países estejam preocupados com outros grupos de migrantes, há exíguas provas científicas de que esses grupos sejam anormalmente afectados pelo VIH, se não forem tidos em conta outros comportamentos de risco como o consumo de drogas injectáveis. As questões relacionadas com os migrantes não se esgotam na prevenção do VIH, sendo necessário considerar a prestação de cuidados e tratamentos. Trata-se de questões específicas, em muitos países, relacionadas com o acesso dos migrantes sem documentos a serviços essenciais, como a terapia anti-retroviral (TAR).

Os reclusos, em especial os consumidores de drogas injectáveis, são também altamente vulneráveis à infecção por VIH na região. Embora seja reconhecida a necessidade de as prisões e a comunidade terem disponíveis os mesmos serviços no âmbito do VIH, esta situação não se verifica em muitos países da região. Os países da UE/EFTA têm demonstrado uma forte liderança na disponibilização de terapias de substituição de opiáceos nas prisões, mas esta abordagem não é seguida em muitos outros países da região. No entanto, não tem sido demonstrado o mesmo tipo de liderança no que se refere à disponibilização de material de injeção esterilizado nas prisões.

A vulnerabilidade dos jovens à infecção por VIH nos países da região revelou-se um tema polémico nesta avaliação. Não há dúvida de que os jovens não podem ser considerados um grupo homogéneo em termos de risco de infecção por VIH. No entanto, há alguns que correm um risco significativo, nomeadamente os jovens CDI e os jovens HSH, havendo ainda algumas provas científicas que apontam para uma menor eficácia das respostas programáticas junto destes grupos em relação a grupos etários mais velhos. Embora mais de três quartos dos países indique que o VIH consta dos programas curriculares do ensino secundário, é preocupante que nem todos os jovens da região tenham acesso a educação sexual completa, em especial os mais jovens, por exemplo, nas escolas primárias.

Viver com o VIH

Todos os países que dispõem de dados relativos a tendências comunicaram um aumento do número de pessoas a receber TAR desde a adopção da Declaração de Dublin. No entanto, existe a preocupação de que muitos desses

países tenham começado de um nível muito baixo de prestação de tratamentos e não é claro se todas as pessoas que necessitam de tratamento o recebem com a celeridade adequada. A principal questão relacionada com a celeridade na prestação do tratamento a quem dele necessita nada tem a ver com a prestação de tratamento às pessoas cujas condições de saúde o tornam necessário, por exemplo, uma contagem CD4 inferior a 350 células/mm³. Antes tem a ver com a questão das pessoas que vivem com VIH na região e necessitam de tratamento, mas desconhecem a sua condição, ou sejam, ainda não foram diagnosticados. Os dados do ECDC relativos a 2008 revelam que, em 21 países que enviaram dados relativos à contagem de CD4 à data diagnóstico, mais de metade das pessoas que efectuaram uma contagem de CD4 apresentava valores inferiores a 350 células/mm³ na data do diagnóstico. Estes valores são muito preocupantes, porque indicam que um número significativo de pessoas na região começa a TAR mais tarde do que é recomendado.

Quase todos os países (84%) indicam que o estigma e a discriminação são contemplados nas estratégias nacionais ou quadros de acção para o VIH e a SIDA, mas isso não se reflecte de uma forma coerente nas políticas e nos programas. Há ainda sólidas provas científicas de estigmatização residual e atitudes discriminatórias em países da região, sendo pouco clara a utilização dos mecanismos de combate ao estigma e à discriminação. Neste aspecto, não se registaram melhorias significativas desde o primeiro relatório de progresso sobre a Declaração de Dublin.

Acompanhamento da Declaração de Dublin

Um dos compromissos da Declaração de Dublin foi o acompanhamento da sua aplicação. A Comissão Europeia delegou esta responsabilidade no ECDC. O presente relatório é um produto do processo iniciado pelo ECDC para cumprir essa responsabilidade. Baseia-se nas contribuições de um vasto conjunto de indivíduos e organizações. Em particular, os dados do relatório foram enviados pelos 49 países que participaram nesta avaliação.

Dois dos princípios seguidos na avaliação foram, por um lado, a utilização, sempre que possível, de dados e indicadores existentes e, por outro lado, a garantia de que os indicadores sob vigilância eram pertinentes para o contexto dos países europeus e asiáticos. Houve algumas tensões ocasionais entre estes dois princípios, nomeadamente em relação à utilização dos indicadores e dados da SEAGNU para este processo. Os indicadores da SEAGNU foram utilizados sempre que possível. Nos casos em que os países já tinham apresentado dados à SEAGNU, foram utilizados esses dados. Foram recebidos dados de 12 países que não enviaram relatórios à SEAGNU em 2008. A avaliação permitia especificamente que os países enviassem dados disponíveis relativos a determinados tópicos, mesmo que não correspondessem exactamente a indicadores da SEAGNU. Além disso, foi recolhida informação relativa a determinados grupos para os quais não existiam indicadores específicos da SEAGNU, como reclusos e migrantes provenientes de países com epidemias generalizadas. Esta avaliação conclui que os países da região evidenciariam uma taxa de resposta mais elevada no que se refere ao envio de relatórios à SEAGNU, se:

- os indicadores fossem mais pertinentes para a região;
- as vantagens dos relatórios internacionais fossem mais claras;
- os encargos de produção e envio de relatórios que recaem sobre os países fossem reduzidos através da criação de um processo internacional coordenado de produção e envio de relatórios.

A resolução rápida destas questões foi apontada como uma preocupação urgente dos países da região que participaram na avaliação. O ECDC está empenhado em desempenhar um papel de liderança num processo regional para esse fim.

12 A pandemia de A(H1N1) na Europa em 2009 – Uma análise da experiência

(Publicado em Novembro de 2010)

Este relatório alargado visa proporcionar uma ampla perspectiva da epidemiologia e virologia da pandemia de 2009 na União Europeia e no Espaço Económico Europeu (UE/EEE) (27 Estados-Membros da UE, Noruega e Islândia). São fornecidas informações básicas pertinentes sobre as epidemias e pandemias de gripe, nomeadamente a sua variabilidade e imprevisibilidade. As principais tendências e informações são obtidas a partir da análise e da interpretação dos dados epidemiológicos e virológicos, bem como de outras análises facultadas ao sistema de vigilância europeu (TESSy) do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) através da rede europeia de vigilância da gripe (EISN).

Estes dados e análises mostram que, após surgir na América do Norte, o vírus da pandemia começou a ser transmitido na Europa por volta da semana 16/2009. Este vírus cumpria os critérios pré-determinados para uma pandemia na Europa, tal como noutros locais. Rapidamente foi desenvolvido e acordado um sistema de vigilância adequado para a pandemia entre o ECDC e os Estados-Membros da UE/EEE, com a colaboração da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de países terceiros já afectados. Baseado em sistemas existentes, incluía novos elementos para acompanhar a situação dos mais afectados pelo vírus da pandemia. Além disso, foram utilizados métodos de obtenção de informações sobre epidemias e métodos específicos de observação científica para determinar, tão cedo quanto possível, parâmetros importantes necessários para as avaliações de riscos, ajustar projecções e preparar contramedidas.

A rede europeia de vigilância da gripe notificou uma vaga de transmissão inicial na Primavera/Verão que se espalhou a quase todos os países, mas só teve um impacto significativo em alguns países, em especial o Reino Unido. A taxa de transmissão deu sinais de recuo por um breve período, mas voltou a acelerar no início do Outono, logo após a reabertura das escolas. Desta vez, afectou todos os países, com a vaga de Inverno a progredir de Oeste para Este, atravessando o continente. A Organização Mundial de Saúde declarou a pandemia oficialmente terminada na semana 32 de 2010.

Na maioria dos países, a vaga de infecção do Outono/Inverno teve uma forma brusca, durou aproximadamente 14 semanas e foi acompanhada por uma vaga semelhante de hospitalizações e óbitos. No entanto, a gravidade dos casos variou de um lugar para o outro, mesmo dentro dos países. No total, foram oficialmente notificadas 2 900 mortes pelos países da UE/EEE nos primeiros 12 meses durante os quais os Estados-Membros desenvolveram esforços adicionais para recolher estes dados. No entanto, admite-se que sejam apenas uma parte do verdadeiro total de mortes provocadas pela pandemia. Foi detectado um número excessivo de mortes por todo o tipo de causas em crianças com idade escolar. Embora fosse um vírus da gripe totalmente novo, a exposição a um vírus de gripe anterior, com características antigénicas semelhantes, que circulou antes de meados da década de 1950 fez com que muitas pessoas mais velhas na Europa tivessem alguma imunidade. Este facto, que não é exclusivo da pandemia de 2009, explica duas das suas mais importantes diferenças da gripe interpandémica (ou sazonal): a mortalidade global mais reduzida e a proporção mais alta do que o esperado das taxas de doença e mortalidade entre os jovens. Embora muitas pessoas mais velhas parecessem estar protegidas, os indivíduos que não estavam evidenciaram as taxas de mortalidade mais elevadas de qualquer grupo etário.

O vírus pandémico substituiu os vírus da gripe A interpandémicos que anteriormente eram dominantes na Europa; contudo, ainda se registou um baixo nível de actividade de vírus da gripe B no final da época. Só um reduzido número de vírus pandémicos se revelou resistente ao oseltamivir e, destes, muito poucos pareciam capazes de ser transmitidos entre seres humanos. Embora os vírus pandémicos não sejam idênticos, existem poucas provas científicas de desvios significativos ou da emergência de novas variantes dominantes até à data. Uma variante — A(H1N1)-D222G — poderá estar associada a uma forma mais grave da doença, embora não tenha sido estabelecido umnexo de causalidade.

Embora dados científicos pouco fiáveis apontem para a existência de mais casos ligeiros e assintomáticos em comparação com a gripe interpandémica, houve casos suficientes de síndrome de insuficiência respiratória aguda — uma condição que só muito raramente ocorre associada à gripe interpandémica — para sobrecarregar os serviços de cuidados intensivos em muitos locais. As taxas mais altas da doença verificaram-se entre crianças de tenra idade, e os relatórios enviados pelos países revelam que as taxas mais elevadas de infecção ocorreram nas crianças em idade escolar. Estas taxas de doença elevadas provocaram a sobrecarga dos serviços de saúde primários, dos serviços hospitalares pediátricos e, em especial, das unidades de cuidados intensivos de algumas localidades.

Começam agora a ficar disponíveis alguns dados limitados de rastreios serológicos, os quais corroboram os dados da vigilância que indicam taxas de transmissão mais elevadas do que se suspeitava com base nos sinais clínicos. No entanto, estes dados não são ainda suficientes para fazer previsões fiáveis do que irá acontecer no próximo Inverno (2010/2011) e, para este efeito, a experiência dos países temperados do hemisfério sul no período de Verão europeu de 2010 foi muito esclarecedora.

Numa primeira fase, a pandemia foi muito menos grave do que se temia. Este facto foi salientado nas primeiras avaliações dos riscos do ECDC⁶, nos relatórios da OMS e nos *briefings* do ECDC às autoridades nacionais e europeias. Com baixas taxas de absentismo, a pandemia teve pouco impacto nos serviços fora do sector da saúde. Esta e outras características fazem desta pandemia a mais benigna que a Europa podia esperar.

Uma vez que a pandemia de 2009 não foi uma ameaça com a dimensão para a qual alguns países se tinham preparado, ela constituiu uma oportunidade para pôr à prova a flexibilidade dos planos existentes. Ocorreu numa altura em que os testes de diagnóstico foram disponibilizados rapidamente, assim como as contramedidas farmacêuticas como medicamentos antivirais — que têm pouca resistência aos inibidores da neuraminidase mas quase total resistência a adamantanas mais antigas — e foram desenvolvidas vacinas adequadas em tempo recorde. Ainda assim, cada um destes desenvolvimentos ficou marcado pelos seus próprios problemas e houve novos desafios e surpresas. Tal como já foi referido, houve uma taxa mais elevada do que o esperado de síndrome de insuficiência respiratória aguda numa altura em que muitas unidades de cuidados intensivos já se encontravam sob pressão, sem que o resto dos hospitais estivesse necessariamente numa situação de sobrecarga. Uma surpresa mais agradável foi a excelente resposta imunológica das vacinas contra a pandemia preparadas rapidamente. De tal modo, que para muitas das formulações apenas era necessária uma dose nos adultos. As vacinas também revelaram ser eficazes e aceitavelmente seguras, embora ainda seja necessária vigilância pós-comercialização para determinar o seu grau de segurança. Quando as vacinas ficaram disponíveis, foram recebidas pelos profissionais de saúde com uma disposição variável para recomendar a vacinação. Não estão ainda disponíveis dados fiáveis sobre a cobertura a nível da UE, mas existe a impressão de que a cobertura será muito variável na Europa e que apenas alguns países atingirão um elevado nível de cobertura da população em geral ou dos grupos de risco especialmente visados.

A falta de aceitação generalizada desta vacina deve-se, em parte, à dificuldade em transmitir a complexa mensagem de comunicação dos riscos, que basicamente dizia às pessoas que, se não estivessem num grupo de risco (crianças pequenas, doentes crónicos e mulheres grávidas), as hipóteses de doença grave após a infecção eram muito reduzidas. No entanto, uma vez que 25%–30% das mortes oficiais tinham ocorrido em indivíduos saudáveis com menos de 65 anos, a segunda mensagem enfatizava o pequeno mas real risco de doença grave e morte da pandemia para todos os adultos e crianças saudáveis. Foram, por isso, consideráveis os desafios da comunicação dos riscos.

Fazendo o balanço, pode-se afirmar que a UE/EEE geriu razoavelmente bem a resposta à pandemia. Nenhum país teve uma resposta excessiva e os sistemas desenvolvidos pela Comissão, pela OMS e pelo ECDC para discutir e partilhar informação e análises revelaram-se robustos e úteis. A vigilância virológica da EISN, baseada nos cuidados primários, funcionou bem e serviu para aumentar os dados provenientes das fontes de informação sobre epidemias e da observação científica específica do ECDC. Menos positiva foi a partilha de análises dos primeiros países afectados, e foi uma feliz coincidência os dados e as análises da América do Norte e do hemisfério sul ficarem disponíveis rapidamente. Apesar das variadíssimas análises e actividades de sistematização dos conhecimentos já em curso, existem alguns ensinamentos gerais que se tornaram óbvios:

- são necessárias definições comuns da gravidade de uma pandemia para melhorar a flexibilidade dos planos de preparação;
- a criação de sistemas de vigilância de rotina antes da pandemia permite reduzir muito as mudanças necessárias durante uma crise ou mesmo uma pandemia;
- deve ser melhorada a vigilância de rotina da "parte grave" no que se refere às pessoas internadas e às mortes;
- no futuro, a partilha das análises preliminares dos primeiros países afectados necessita de funcionar melhor;
- é necessário muito trabalho, incluindo investigação e desenvolvimento, para disponibilizar a seroepidemiologia em tempo real; e
- a utilização de modelos durante uma pandemia deve ter uma relação mais próxima com a política e as operações em toda a Europa, e não apenas em um ou dois países.

O planeamento relacionado com as pandemias terá agora de ser reanalisado, pois a ocorrência desta pandemia não exclui a possibilidade de ocorrer outra num futuro próximo – uma pandemia de H5 ou H7, por exemplo. A próxima geração de planos deve ser mais flexível na reacção a diferentes níveis de gravidade e a diferentes combinações de "desconhecimento conhecido" das pandemias do ECDC. Haveria maiores condições de exequibilidade para tal, se fosse alcançado um consenso sobre uma perspectiva europeia de avaliação da gravidade, fazendo corresponder os níveis de resposta a diferentes escalas e características. Estes próximos planos também necessitam de contemplar a consolidação e a sustentabilidade dos sistemas de vigilância da gripe introduzidos para dar resposta às exigências colocadas pela pandemia; em particular das infecções respiratórias agudas graves, da mortalidade atribuível e, eventualmente, a vigilância seroepidemiológica. É necessário dar prioridade a este trabalho de vigilância, dotá-lo do nível adequado de recursos e, depois, permitir que seja desenvolvido e testado durante o período interpandémico, para que seja mais resistente e eficaz quando se der a próxima grande crise.

⁶ Disponível (em inglês) no seguinte endereço:

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

13 Rumo à erradicação da TB – Acompanhamento do Plano-quadro de acção de luta contra a tuberculose na União Europeia

(Publicado em Novembro de 2010)

Introdução

O Plano-quadro de acção de luta contra a tuberculose na União Europeia foi lançado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) em 2008. Em resposta ao pedido do Comissário responsável pela saúde para que fosse desenvolvido um quadro de acompanhamento de apoio ao plano, o ECDC elaborou agora o Acompanhamento do plano-quadro de acção. O Acompanhamento do plano-quadro de acção tem os seguintes objectivos: proporcionar uma visão geral do ambiente estratégico actual para o controlo da TB na UE e descrever como se enquadra na situação mundial, assim como traçar um quadro de acompanhamento epidemiológico e estratégico que permita avaliar o progresso rumo à erradicação da TB na UE.

Ambiente estratégico a nível europeu e mundial

O nível actual da epidemia de TB na UE exige um quadro de acompanhamento específico que seja pertinente para o contexto epidemiológico europeu e facilmente aplicável pelos Estados-Membros. Por conseguinte, o desenvolvimento de um quadro de acompanhamento exige um profundo conhecimento do ambiente epidemiológico e estratégico que será alvo de acompanhamento. Assim, o presente relatório de seguimento proporciona uma visão de conjunto do ambiente geral na UE e no mundo, reconhecendo a necessidade de uma estratégia ampla de controlo da TB em face da natureza globalizada da epidemia de TB.

Acompanhamento do plano-quadro de acção

O relatório propõe uma série de metas e indicadores epidemiológicos e operacionais no âmbito do quadro de acompanhamento. Esses indicadores e metas são compatíveis com aqueles que já são acompanhados no quadro de colaborações mundiais e regionais existentes e, em geral, podem ser determinados a partir de informação que já é recolhida e comunicada pelos países. Os principais indicadores do acompanhamento estão todos relacionados com os oito domínios estratégicos do plano-quadro de acção, a fim de permitirem a avaliação do progresso em cada um desses domínios.

Indicadores epidemiológicos

- 1 Tendências da taxa de notificação de casos
- 2 Tendências da taxa de notificação de casos MR
- 3 Tendências do rácio de taxas de notificação em crianças/adultos
- 4 Tendências da idade média dos casos de TB

Indicadores operacionais

- 1 Existência de um plano nacional de controlo da TB
- 2 Existência de orientações para a aplicação do plano nacional de controlo da TB
- 3 Percentagem dos laboratórios nacionais de referência da TB (aderentes à ERLN-TB) que atingem um desempenho adequado no sistema externo de garantia da qualidade
- 4 Existência de uma estratégia para introduzir e aplicar novos instrumentos de controlo da TB
- 5 Percentagem de novos casos de TB pulmonar confirmados por culturas e percentagem de casos sujeitos a testes de susceptibilidade a medicamentos de primeira linha
- 6 Percentagem de Estados-Membros que notificam a taxa de sucesso dos tratamentos
- 7 Taxa de sucesso dos tratamentos
- 8 Percentagem de doentes de TB que realizaram o teste do VIH

Anexo: Publicações do ECDC em 2010

Relatórios técnicos

Maio

Risk assessment on Q fever

Junho

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Setembro

Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies

Outubro

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Novembro

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Dezembro

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Orientação do ECDC

Outubro

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

Dezembro

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: Operational guidelines. Second edition

Relatórios de vigilância

Março

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Maio

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Outubro

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Novembro

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Relatórios especiais

Julho

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

Setembro

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report

Novembro

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

Relatórios de reuniões

Janeiro

First annual meeting of the invasive bacterial infections surveillance network in Europe

Fevereiro

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Março

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Abril

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

Mai

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Junho

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Julho

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Dezembro

Developing health communication research: a focus on communicable diseases—challenges and opportunities

Relatórios de missões

Fevereiro

Consulta pública e o avanço do sistema de saúde na antiga República jugoslava da Macedónia

Outubro

West Nile virus infection outbreak in humans in Central Macedonia, Greece – July–August 2010

Documentos técnicos

Março

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

Setembro

⁷ Published by WHO.

Conducting health communication activities on MMR vaccination

Publicações institucionais

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Publicações regulares

Weekly/bi-weekly influenza surveillance overview (42 issues in 2010)

Influenza virus characterisation, summary Europe (9 issues in 2010)