

ECDC VIGILÂNCIA

Relatório epidemiológico anual

2011

Resumo

Este relatório apresenta uma análise dos dados de vigilância comunicados em relação a 2009 pelos 27 Estados-Membros da UE e os três países do EEE/EFTA, bem como a análise das ameaças detetadas em 2010. O relatório é dirigido aos decisores políticos, aos epidemiologistas e ao público em geral, com o objetivo de oferecer uma visão geral dos principais aspetos relativos às doenças transmissíveis na União Europeia. O relatório descreve as áreas onde é necessária uma resposta mais concertada ao nível da saúde pública no sentido de reduzir os encargos presentes e futuros das doenças transmissíveis, para a sociedade e para os sistemas de saúde. Os dados apresentados em seguida contribuem para a realização da tarefa do ECDC de fornecer uma base factual para a ação ao nível da saúde pública.

Embora se tenham registado melhorias consideráveis na qualidade e comparabilidade dos dados comunicados desde a criação do ECDC, o leitor é, ainda assim, desaconselhado de fazer comparações diretas dos dados apresentados 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.

Infeções do trato respiratório

Em abril de 2009 surgiu na América do Norte um vírus pandémico de gripe A (H1N1) e rapidamente foram conhecidos casos no Reino Unido e outros Estados-Membros. Após um pico inicial na primavera/verão desse ano, a maioria das transmissões do vírus ocorreu no outono e no início do inverno, tendo havido uma redução para níveis baixos no início de 2010. O ECDC monitorizou a pandemia através da extensão dos sistemas normais de vigilância europeus, incluindo vigilância sentinela em consultas de clínica geral, vigilância de amostras positivas de gripe em práticas sentinela e vigilância das infeções agudas do trato respiratório em hospitais sentinela.

Quase todos os casos foram provocados pelo novo vírus da gripe A(H1N1) de 2009 e apenas uma pequena percentagem foi devida a um vírus da gripe B (linhagem Victoria). O vírus sazonal da gripe A(H1N1) desapareceu e com ele desapareceu também a resistência associada ao oseltamivir, muito utilizado para a profilaxia e o tratamento durante a pandemia. As taxas mais elevadas de consultas de cuidados de saúde primários foram observadas no grupo etário dos 0–14 anos, mas os casos graves da doença predominaram em adultos com idade inferior a 65 anos.

Onze Estados-Membros implementaram diferentes sistemas de monitorização hospitalar dos casos graves de doença respiratória aguda. A partir da semana 40/2009, foram notificados 9 469 casos e 569 mortes relacionadas com a doença. Verificou-se que o número de casos notificados diminuiu com a idade e que as consequências graves estavam relacionadas com a idade avançada, o sexo masculino e a presença de, pelo menos, uma doença subjacente. Estranhamente, 20% das mortes confirmadas por gripe ocorreram em adultos e crianças anteriormente saudáveis, e estiveram muitas vezes associadas a uma síndrome de perturbação respiratória aguda.

Em agosto de 2010, foi oficialmente declarado que a pandemia tinha entrado na fase pós-pandémica. No inverno de 2010, um elevado número de doentes infetados com a estirpe pandémica necessitou de cuidados intensivos, exercendo pressão sobre os sistemas de saúde de vários países, embora a época da gripe tivesse sido relativamente ligeira, de um modo geral. Metade das estirpes do vírus da gripe investigadas durante a época de vigilância da gripe de 2010/2011 corresponderam à estirpe pandémica.

Os Estados-Membros da UE mobilizaram uma vacina monovalente recomendada pela OMS, existindo uma variação na definição dos grupos alvo. As vacinas utilizadas apresentaram uma boa correspondência com o vírus pandémico, o que se traduziu numa elevada eficácia da vacina; no entanto, o seu impacto foi limitado por terem sido mobilizadas após a ocorrência da maioria dos casos de transmissão do vírus. Em agosto de 2010, a Finlândia, e mais tarde a Suécia, comunicaram um aumento dos casos de narcolepsia em adolescentes vacinados com uma marca específica da vacina contra a gripe pandémica. Iniciaram-se vários estudos para investigar a existência de uma relação causal entre esta vacina e a narcolepsia.

As lições retiradas desta experiência, no que respeita à vigilância e resposta à gripe pandémica, incluem a necessidade de os países da Europa fortalecerem os seus sistemas individuais e coletivos de vigilância da gripe sazonal "normal", uma vez que os sistemas para as situações de pandemia se desenvolvem a partir destas bases. A pandemia demonstrou também a necessidade de os países fortalecerem a sua capacidade de conduzir a investigação aplicada necessária sobre a epidemiologia da estirpe pandémica em tempo útil, quer durante a própria pandemia quer durante o período imediatamente a seguir.

Foram detetados vários surtos de gripe aviária em pássaros durante o ano de 2009, incluindo dois devidos a estirpes altamente patogénicas – na Alemanha, o vírus da gripe A(H5N1), e em Espanha, o vírus da gripe A(H7N7). Não foram notificados casos em humanos associados aos surtos de gripe aviária.

A doença dos legionários (legionelose) continua a ser uma infeção pouco frequente nos países da UE e do EEE/EFTA. Também se verificou uma redução significativa no número de casos associados a viagens desde 2007 – em 2009, foram identificados 88 focos de infeção associados a viagens. Esta redução dos casos associados a viagens pode estar relacionada com uma melhor implementação das diretrizes para o controlo da *Legionella*, bem como com a quebra que se verificou nas viagens internacionais devido ao período de recessão económica. É necessária uma análise mais aprofundada desta situação.

A tuberculose (TB) continua a ser uma infeção frequente e a representar encargos importantes, sendo notificados cerca de 80 mil casos por ano na UE. O número de casos de TB notificados manteve uma tendência decrescente; verificou-se um decréscimo global pequeno mas constante, de 4% por ano, nas taxas de notificação dos países da UE/EEE desde 2005. A maioria dos Estados-Membros comunicou uma redução nas taxas de notificação durante este período. Alguns países com taxas de infeção relativamente baixas (como os países nórdicos, Chipre, Malta e Reino Unido) comunicaram um aumento das taxas de notificação associado, pelo menos em parte, ao número crescente de casos com origem no exterior do país que os notificou. A tuberculose é mais prevalente entre os grupos carenciados e marginalizados, incluindo os migrantes, os sem-abrigo, os pobres nos centros urbanos, os reclusos, as pessoas infetadas com VIH e os consumidores de drogas.

A percentagem de casos combinados de tuberculose multirresistente (MDR TB) decresceu ligeiramente desde 2008 (5,3%); contudo, entre estes casos, a percentagem classificada como tuberculose extensivamente resistente (7%) constitui um dado preocupante e esta situação está principalmente relacionada com regimes de tratamento incompletos ou incorretos. A taxa de sucesso global do tratamento para a coorte de 2008 foi de 78%; seis países referiram ter atingido 85% de sucesso no tratamento na coorte alvo de 2007.

VIH, infeções sexualmente transmissíveis, hepatite B e C

A infeção por VIH continua a ser um dos principais problemas de saúde pública na Europa. O número total de casos notificados anualmente na UE e pelos países do EEE/EFTA estabilizou em cerca de 28 mil casos por ano. A maioria dos casos pertence ao grupo dos homens que têm relações sexuais com outros homens (35%), seguido do grupo das pessoas que adquiriram o vírus através de contactos heterossexuais na Europa (24%) e dos consumidores de drogas injetáveis (5%). A transmissão vertical de mãe para filho, as infeções nosocomiais e as transfusões de sangue ou de produtos derivados do sangue contribuíram para apenas 1% dos casos.

Continuam a ser observadas tendências significativas nos padrões de transmissão da doença. Entre 2004 e 2009, os casos entre homens que têm relações sexuais com outros homens aumentaram em 24%, os casos adquiridos através de contacto heterossexual notificados nos Estados-Membros da UE mantiveram-se relativamente estáveis, com alguns sinais de aumento em 2009; os casos de transmissão heterossexual oriundos de países com uma epidemia de VIH generalizada sofreram uma redução de quase 50%. O número de casos entre os consumidores de drogas injetáveis também registou uma redução significativa.

O número de casos diagnosticados de SIDA na UE sofreu uma redução para menos de metade entre 2004 e 2009, refletindo as melhorias que se registaram no acesso aos tratamentos e na sua eficácia. Os Estados bálticos constituíram uma exceção, tendo apresentado um aumento do número de casos que variou entre 8% e 76%.

A infeção por clamídia é a infeção sexualmente transmissível (IST) mais frequente na UE, tendo sido notificados quase 350 mil casos em 2009. Os casos notificados aumentaram para mais do dobro nos últimos 10 anos. Este aumento reflete em grande parte as medidas tomadas pelos Estados-Membros no sentido de melhorar o diagnóstico e o sistema de notificação da infeção, incluindo o desenvolvimento de programas de rastreio e vigilância. Mais de três quartos dos casos são diagnosticados em jovens adultos com menos de 25 anos. No entanto, a natureza assintomática da infeção torna provável a notificação de um número de casos inferior à realidade. A infeção por clamídia representa um encargo crescente e significativo tanto em termos individuais (principalmente para os jovens adultos), como para os serviços de saúde, não só pelo número de infeções mas também pela ocorrência de problemas de redução da fertilidade em algumas mulheres em consequência da infeção.

As taxas de notificação da gonorreia e da sífilis são muito mais baixas e a tendência parece ser relativamente estável, registando-se uma pequena descida global (9%) no número de casos notificados de ambas as infeções no período de 2006–09. No entanto, as taxas de notificação variam bastante de país para país e alguns países não notificam estas infeções. As taxas de gonorreia registaram uma redução significativa em vários Estados-Membros no período de 2006–09; o Reino Unido, os Países Baixos e os Estados bálticos apresentaram taxas mais elevadas mas estáveis. O aumento da resistência aos principais antibióticos utilizados para o tratamento da gonorreia na UE é um problema emergente de saúde pública. Relativamente à sífilis, tanto os casos notificados como as tendências observadas registaram também grandes variações entre os Estados-Membros, durante o período de 2006-09. Vários países comunicaram um aumento importante dos casos, associado principalmente a infeções registadas em homens que têm relações sexuais com outros homens.

O número de casos de hepatite B notificados diminuiu gradualmente por toda a UE durante o período de 2006-09, tendo sido observadas reduções na maioria dos Estados-Membros. Dentro desta diminuição global, a epidemiologia da infeção reflete uma mistura complexa de transmissão pelas vias sexual, sanguínea e perinatal, variável entre os diferentes Estados-Membros. A tendência global relativamente aos casos notificados de hepatite C parece ser de um aumento ao longo do tempo e pensa-se que a hepatite C é a forma mais frequente de hepatite viral na UE. No entanto, esta observação é apenas indicativa, uma vez que muitos Estados-Membros não fazem uma distinção entre as infeções agudas e crónicas. Além disso, as diferenças entre as práticas de diagnóstico e os sistemas de vigilância dos Estados-Membros relativamente a ambas as infeções, contribuem para um aumento da variação entre as taxas de notificação dos diferentes países, dificultando a comparabilidade da informação sobre essas doenças a nível nacional.

A coordenação das redes de vigilância para o VIH/SIDA e as infeções sexualmente transmissíveis foi integrada no ECDC em 2008 e 2009, respetivamente, e em 2011 o ECDC estabeleceu uma nova rede para a vigilância da hepatite. O ECDC trabalha com estas redes com o objetivo de harmonizar cada vez mais os sistemas de vigilância destas doenças e no sentido de aumentar a comparabilidade da informação sobre a sua epidemiologia.

Doenças transmitidas pelos alimentos e pela água

As infeções por *Salmonella* e *Campylobacter* continuam a ser as doenças gastrointestinais notificadas com mais frequência na UE. A incidência notificada de infeção por *Salmonella* tem vindo a registar uma redução gradual desde 2004, associada, pelo menos em parte, ao sucesso dos programas de controlo da infeção na indústria avícola; as taxas de infeção por *S. Enteritidis* registaram uma diminuição de 24% comparativamente a 2008. O maior número de casos ocorreu na República Checa, na Eslováquia, na Hungria e na Lituânia, embora se tenha igualmente registado uma redução importante das taxas destes países nos últimos anos. A infeção por *Salmonella* continua a ser notificada com mais frequência em crianças com idade inferior a 5 anos. Esta bactéria continua igualmente a estar na origem de muitos surtos; durante o ano de 2009 os Estados-Membros registaram a ocorrência de 324 surtos, incluindo 4 500 casos identificados. Alguns dos surtos foram multinacionais, incluindo um surto de *S. Goldcoast* (em seis países da UE) e *S. Typhimurium* (FDT) tipo 191a (que afetou o Reino Unido e os EUA).

As infeções por *Campylobacter* são as doenças gastrointestinais mais frequentes na Europa, sendo notificadas por todos os Estados-Membros. As taxas de notificação são estáveis, os casos são, na sua maioria, esporádicos, e os surtos são pouco frequentes. No entanto, a frequência da infeção representa encargos importantes, sendo que uma pequena parte das pessoas com esta infeção sofre de incapacidade significativa, incluindo artrite. Uma vez mais, as taxas de notificação da infeção são mais elevadas em crianças muito jovens. Embora a origem seja desconhecida em muitos casos, a carne das aves de capoeira é considerada a fonte mais importante desta infeção e as medidas de controlo atuais e, eventualmente, futuras, continuarão a concentrar-se neste aspeto.

As doenças parasitárias, tais como a criptosporidiose e a giardíase, continuam a ser causas significativas de infeção gastrointestinal na Europa e são particularmente propícias a um subdiagnóstico e a uma subnotificação. Os encargos relacionados com estas doenças estão pouco descritos, existindo igualmente uma falta de informações pertinentes que possam servir de base a intervenções destinadas a reduzir a sua ocorrência.

Muitas doenças deste grupo continuam a ser notificadas de forma rara ou pouco frequente. Algumas delas têm consequências graves para parte das pessoas infetadas (por exemplo o carbúnculo, o botulismo, a listeriose e a toxoplasmose). De um modo geral, estas doenças são notificadas em toda a UE e o número de casos confirmados parece relativamente estável sem que se tenha observado uma tendência particular no período de 2006–09.

Verificaram-se algumas exceções importantes em 2009. Os casos de carbúnculo foram mais frequentes, principalmente devido a um surto que surgiu entre os consumidores de droga por via intravenosa no Reino Unido; o carbúnculo deve ser considerado uma doença emergente no que respeita a esta via de transmissão. As taxas de síndrome hemolítica urémica (SHU), uma manifestação clínica e potencialmente fatal da infeção por STEC/VTEC, foi notificada com mais frequência em 2009 do que nos anos anteriores. Este facto pode estar relacionado com as características particulares dos tipos de *E. coli* responsáveis por dois grandes surtos no Reino Unido e nos Países Baixos; contudo, é necessário analisar esta possível tendência para o aumento da gravidade da infeção. Continua a registar-se uma diminuição no número de mortes devidas à variante da doença de Creutzfeldt-Jakob (vCJD).

Algumas infeções gastrointestinais consideradas raras ou pouco frequentes são mais comuns em algumas sub-regiões e países em particular. A brucelose é notificada principalmente por Portugal, por Espanha e pela Grécia, estando sobretudo associada à criação de caprinos; os casos de triquinelose, na sua maioria, foram notificados pela Bulgária, pela Roménia e pela Lituânia, podendo estar associados ao consumo de carne de porco e de javali selvagem criados em explorações domésticas; os casos confirmados de equinococose foram, na sua maioria, notificados pela Bulgária. Verificou-se uma redução global dos casos notificados de yersiniose mas as taxas de notificação permanecem elevadas nos países nórdicos, na Alemanha, na República Checa e na Eslováquia; esta infeção está muitas vezes associada ao consumo de carne de porco. O número de casos confirmados de listeriose foi mais elevado na Dinamarca e registou um aumento nos últimos anos por razões ainda por clarificar. Em termos globais, a notificação de casos de hepatite A foi pouco frequente, mas as taxas de casos confirmados continuam relativamente elevadas na Letónia, na República Checa, na Eslováquia, na Roménia e na Bulgária.

As febres tifoide e paratifoide e a cólera são consideradas doenças raras na UE e nos países do EEE/EFTA; os casos registados ocorrem principalmente como importações esporádicas de fora da UE e a sua distribuição reflete os padrões de viagem dos cidadãos da UE para países onde essas doenças são endémicas.

Doenças emergentes e transmitidas por vetores

A taxa de notificação de casos de malária manteve-se estável, sendo que quase todos os casos são importados de países fora da UE. A distribuição de casos pelos Estados-Membros reflete sobretudo os padrões de viagem dos cidadãos para países onde a malária é endémica. A Grécia comunicou um pequeno número de casos nativos de *Plasmodium vivax* em 2009. Em 2010, Espanha comunicou o seu primeiro caso nativo de *Plasmodium vivax* desde 1961.

Continuaram a ser notificados casos esporádicos de febre do Nilo Ocidental (infeção por WNV) durante o ano de 2009, pela Itália, pela Hungria e pela Roménia. As características dos casos italianos sugerem que se trata da continuação do surto que ocorreu em 2008 no norte de Itália. Em 2010, foi observado um recrudescimento das doenças transmitidas por mosquitos, incluindo a infeção por WNV, em vários países da UE. Em 2010, o número de casos de infeção por WNV em humanos foi o mais alto da última década na Europa, tendo a Grécia registado a maioria dos 340 casos confirmados na UE. Fora a Grécia, foram notificados casos de infeção por WNV por Espanha, pela Hungria, pela Roménia e pela Itália, bem como um grande surto no sul da Rússia.

Foram notificados dois casos nativos de febre de Dengue no sul de França e 15 casos nativos na Croácia; sabe-se que o vetor, o mosquito *Aedes albopictus*, está bem estabelecido em ambos os locais. O número de casos de febre de Chikungunya aumentou significativamente em 2009 em viajantes que regressaram de países onde ocorre a transmissão. Em 2010, foi comunicada uma transmissão nativa pela segunda vez na Europa (após o surto italiano de 2007), tendo sido identificados dois casos no sul de França. É necessário manter uma vigilância (humana, veterinária e entomológica) contínua e apertada para continuar a acompanhar esta situação.

As taxas de notificação da febre Q continuam elevadas, principalmente devido a um surto que surgiu nos Países Baixos e se estendeu por vários anos. É atualmente o maior surto de febre Q a nível comunitário alguma vez notificado. Outros países, incluindo a Bélgica, a Alemanha, a Irlanda e a Bulgária, também comunicaram a ocorrência de casos e de alguns pequenos surtos. A febre Q é uma doença subdiagnosticada devido às suas características clínicas não específicas e alguns países também não a notificam.

As infeções por hantavírus continuam a ser a causa de febre hemorrágica de origem viral mais frequente, tendo a maioria dos casos sido notificados pela Finlândia em 2009. Os Estados-Membros notificaram igualmente números

substanciais de casos de febre de Dengue; tal como acontece com a malária, a epidemiologia dos casos reflete o padrão de viagens dos cidadãos para países onde esta doença é endémica. Em 2009, a notificação de outras formas de febre hemorrágica de origem viral foi rara (na forma de casos esporádicos importados) ou nula.

Em 2009, os Estados-Membros não notificaram casos de peste, de varíola nem de síndrome respiratória aguda (SRA), mas houve um caso de febre amarela (de uma pessoa que viajou para o Gana).

As doenças transmitidas por vetores continuam a representar encargos significativos para os Estados-Membros, por um lado através dos viajantes que regressam de países onde essas doenças são endémicas, e por outro devido ao risco de que a transmissão da doença se estabeleça nos países da UE. Atualmente, a febre do Nilo Ocidental é endémica na Europa; devido à presença de vetores competentes e com a ocorrência de surtos noutras regiões do mundo, existe o risco de que a transmissão nativa de outras doenças, tais como a febre de Dengue e de Chikungunya se possa estabelecer nos países da Europa nos próximos anos.

Doenças preveníveis pela vacinação

Em 2009, a incidência notificada de casos confirmados da maioria das doenças prevenidas por vacinas continuou a apresentar uma tendência de declínio ou de estabilização, embora tenha ocorrido novamente um aumento significativo do sarampo em 2010. Entre as doenças contempladas pelo programa de vacinação primário, os casos de difteria foram raros e continuaram a descer, restringindo-se a poucos casos em cinco países. Foram notificados casos isolados de tétano em alguns países; Itália constituiu uma exceção com 58 casos notificados. Não foram notificados casos de poliomielite em 2009, mas a ocorrência de um grande surto de poliomielite em 2010, que afetou principalmente o Tajiquistão e os países vizinhos, com perto de 500 casos confirmados devidos ao serotipo 1 do vírus selvagem da poliomielite (WPV1), constituiu um desafio importante à condição "livre de poliomielite" da Região Europeia.

A doença invasiva provocada pelo *Haemophilus influenzae* manteve uma tendência pouco frequente e estável, refletindo os ganhos obtidos pela introdução da vacinação prévia; os casos observados foram principalmente provocados por serotipos não capsulados e não b. A doença meningocócica invasiva também continua a ser relativamente pouco frequente após a introdução da vacina do grupo C, embora continue a existir um número importante de casos fatais e de incapacidade relacionada com a infeção. A doença pneumocócica invasiva é notificada com mais frequência, mas os sistemas de vigilância desta doença são heterogéneos e não estão harmonizados entre os países da Europa, além de que os efeitos da introdução da vacinação são difíceis de avaliar.

Relativamente a outras doenças, o quadro epidemiológico é mais variável e preocupante. Embora esteja incluída no programa de vacinação primário em todos os países, a tosse convulsa continua a ser uma infeção relativamente frequente e subdiagnosticada, verificando-se um aumento ou estabilização das taxas de notificação. O aumento do número de casos notificados verifica-se entre as crianças mais velhas, adolescentes e adultos. Estes grupos representam um grande reservatório e são uma fonte importante de infeção para as crianças mais novas vulneráveis.

Milhares de casos de sarampo, papeira e rubéola continuam a ser notificados por toda a Europa. O compromisso para a eliminação dos casos nativos de sarampo e de rubéola foi renovado em 2010, mas este objetivo não será atingido em 2015, exceto se forem implementadas intervenções eficazes em todos os Estados-Membros, com o objetivo de aumentar a cobertura vacinal. As comunidades com acesso limitado aos serviços de saúde de rotina constituem um especial desafio. Apenas três países (Eslovénia, Eslováquia e Islândia) mantiveram um número de casos notificados igual a zero desde 2006.

O número de casos de sarampo na UE sofreu uma redução a nível global em 2009, comparativamente com os picos observados em anos anteriores (2006 e 2008) e foi comunicada a ocorrência de surtos ou de aumento do número de casos em 2009 em França, na Alemanha, na Itália, na Áustria, na Bulgária, no Reino Unido e na Irlanda. Mas a incidência sofreu um novo aumento importante em 2010, tendo a maioria dos mais de 30 mil casos notificados na Europa, incluindo 21 casos de morte, ocorrido na Bulgária.

Os casos de papeira aumentaram significativamente em 2009, principalmente devido a um surto nacional no Reino Unido relacionado com coortes não vacinadas que atingiram a idade universitária. Verificou-se uma redução dos casos confirmados de rubéola em 2009, o que reflete em parte a resolução do surto que ocorreu em Itália em 2008, mas também as diferenças entre os sistemas de vigilância e de notificação, incluindo taxas muito baixas de confirmação laboratorial e diferenças na definição dos casos utilizada para a notificação por alguns países.

Resistência aos antimicrobianos e infecções associadas aos cuidados de saúde

Com base nos dados de resistência aos antimicrobianos comunicados à Rede Europeia de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos (EARS-Net) por 28 países em 2009 e nos resultados das análises de tendências, incluindo os dados do Sistema Europeu de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos (EARSS) de anos anteriores, a situação na Europa apresenta grandes variações dependendo do micro-organismo, do agente antimicrobiano considerado e da região geográfica.

Em 2009, as tendências que geraram maior preocupação foram a redução rápida da suscetibilidade da *Escherichia coli* isolada de infecções invasivas aos agentes antimicrobianos essenciais incluídos na rede de vigilância EARS-Net, à exceção dos carbapenemes, e as elevadas percentagens de resistência às cefalosporinas de terceira geração, às fluoroquinolonas e aos aminoglicosídeos por parte da *Klebsiella pneumoniae* isolada de infecções invasivas. Em metade dos países que notificaram casos, a percentagem de isolados de *K. pneumoniae* multirresistentes (resistência combinada às cefalosporinas de terceira geração, às fluoroquinolonas e aos aminoglicosídeos) foi superior a 10%, e alguns países comunicaram elevadas percentagens de resistência aos carbapenemes.

Estes antibióticos têm sido amplamente utilizados em vários países devido ao aumento de Enterobacteriaceae que produzem beta-lactamases de largo espectro (ESBL), com um conseqüente impacto no surgimento da produção de carbapenemases (VIM, KPC e NDM-1), em especial na *K. pneumoniae*. A resistência às cefalosporinas de terceira geração por parte da *E. coli* também sofreu um aumento significativo durante os últimos quatro anos em mais de metade dos países que notificaram casos.

Embora a percentagem de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (SARM) em isolados de *Staphylococcus aureus* pareça ter estabilizado ou mesmo descido em alguns países europeus, esta continua a ser uma prioridade ao nível da saúde pública, uma vez que a percentagem de SARM continua acima dos 25% em mais de um terço dos países que notificaram casos.

Os dados de consumo de agentes antimicrobianos comunicados ao Sistema Europeu de Vigilância do Consumo de Agentes Antimicrobianos (rede ESAC) continuaram a apresentar uma variação de um para quatro entre os países, no que respeita à utilização de antibióticos em doentes ambulatoriais, expressa em doses definidas diárias por população. Verificaram-se igualmente variações entre os países na utilização relativa das várias classes de agentes antimicrobianos. As penicilinas continuam a ser o grupo de agentes antimicrobianos mais utilizado, em 29 % a 66 % dos doentes ambulatoriais que utilizam antibióticos. As outras classes de agentes antimicrobianos (tais como as cefalosporinas, os macrólidos e as quinolonas) registaram percentagens variáveis de utilização em doentes ambulatoriais dependendo do país.

Pela primeira vez desde a transferência da coordenação da vigilância das infecções associadas aos cuidados de saúde para o ECDC em 2008, a recolha de dados foi efetuada através do Sistema Europeu de Vigilância (TESSy) do ECDC. Dezassete países submeteram dados relativos a pelo menos um dos componentes do sistema de vigilância das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS). O número de intervenções cirúrgicas incluídas no sistema de vigilância em 2009 aumentou em 9,6 %, e o número de unidades de cuidados intensivos (UCI) participantes aumentou em 22,7 %, comparativamente a 2008.

A tendência para o decréscimo da prevalência de infecções no local cirúrgico após as cirurgias de prótese da anca manteve-se em 2009. A distribuição dos micro-organismos associados às infecções adquiridas em unidades de cuidados intensivos revelou uma elevada percentagem de isolados de Enterobacteriaceae resistentes às cefalosporinas de terceira geração (em especial de *Klebsiella* spp. e *Enterobacter* spp.). A resistência à colistina por *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e *Stenotrophomonas maltophilia* foi notificada com mais frequência em 2009.

Conclusões

A pandemia de 2009 e 2010, as suas consequências e avaliação da resposta que lhe foi dada, levantaram várias questões relativamente à preparação e capacidade de resposta para as novas estirpes de vírus da gripe com características essencialmente desconhecidas. A experiência europeia permite retirar uma lição consistente: a necessidade de fortalecer o sistema de vigilância de rotina da gripe sazonal nos hospitais e, principalmente, nas unidades de cuidados intensivos em vários Estados-Membros, bem como a sua coordenação a nível europeu. Os sistemas de vigilância que funcionam bem podem ser adaptados para situações de pandemia; não podem ser rapidamente desenvolvidos de raiz durante situações de emergência ao nível da saúde pública. Embora a natureza da associação entre uma das vacinas da gripe pandémica e a narcolepsia em crianças e adultos jovens ainda não tenha sido estabelecida, é necessário que a monitorização eficaz da cobertura e segurança das vacinas e a investigação imediata de eventuais sinais, bem como a avaliação da eficácia da vacina, integrem os sistemas de vigilância e de farmacovigilância da gripe. No entanto, atualmente, a determinação das características da nova gripe sazonal na Europa, incluindo a monitorização dos níveis de transmissão dos vírus resistentes é prioritária.

Parece provável que várias metas a nível europeu não sejam cumpridas se os Estados-Membros não implementarem intervenções mais eficazes. Os surtos e as epidemias de sarampo são mais frequentes e estão mais disseminados do que anteriormente – a epidemia de 2009, que ocorreu na Bulgária, serviu para relembrar como estas epidemias podem ser intensas e disseminadas com bastantes casos de infeção e morte que poderiam ter sido evitados. Os dados epidemiológicos relativamente ao sarampo e à rubéola têm vindo deteriorar-se em vez de melhorar, e vários Estados-Membros deparam-se com dificuldades para conseguir atingir ou manter níveis de imunização adequados. Embora a taxa de notificação global da tuberculose registe um decréscimo lento, a evolução no sentido do cumprimento das metas de confirmação bacteriológica e de sucesso no tratamento de todos os casos de tuberculose continua limitada. O recrudescimento da poliomielite em forma de surto no Tajiquistão serve para relembrar que a permanência da Região Europeia num estado livre de poliomielite deve continuar a ser objeto de vigilância contínua.

A capacidade de reconhecer, investigar e identificar a origem provável de um surto continua a ser um fator crítico no caso das doenças transmitidas pelos alimentos e pela água. Neste relatório, são apresentados os surtos nacionais e internacionais de criptosporidiose e norovírus, bem como de listeriose e VTEC que afetam países da UE. Os surtos multinacionais de *Salmonella* sublinham a necessidade de melhorar a coordenação da investigação e das medidas de controlo, a nível europeu, e entre as organizações e redes a nível humano, veterinário e alimentar. Esta necessidade foi reforçada pelo exemplo do surto de *E. coli* enterohemorrágica de 2011, concentrado na região da Saxónia, Alemanha.

O desenvolvimento de resistência aos antibióticos por parte dos micro-organismos continua a constituir um importante problema de saúde pública, ilustrado pelos casos de Enterobacteriaceae produtoras de metalo-beta-lactamase (NDM-1) carbapenemase na Europa, com origem no subcontinente indiano. Os países precisam de intensificar os seus programas de prescrição com base em dados científicos e de implementar outras medidas no sentido de reduzir a pressão relacionada com o aparecimento de estirpes bacterianas resistentes. O progresso conseguido na redução da prevalência das infeções por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (SARM) em vários países é encorajador relativamente aos resultados que podem ser alcançados por este tipo de estratégias coordenadas.

As doenças emergentes continuam a representar um risco de saúde pública no contexto europeu. O vírus do Nilo Ocidental pode atualmente ser considerado endémico nos países do sudeste europeu e têm sido notificados casos nativos de doenças que anteriormente (nos tempos modernos) eram consideradas apenas como casos importados – a malária, a febre de Dengue e de Chikungunya. É necessária uma coordenação otimizada entre os sistemas de vigilância humana, veterinária e ambiental em todos os Estados-Membros em que exista o risco de ocorrência destas doenças, bem como o desenvolvimento de medidas eficazes contra estas situações.

Outras doenças são consideradas “emergentes” devido a alterações dos grupos afetados e do modo de transmissão. O carbúnculo surgiu como uma doença potencialmente epidémica entre os consumidores de drogas injetáveis. A epidemiologia do VIH em diferentes grupos continua a evoluir de forma diferente nos diferentes países.

Várias doenças continuam particularmente propícias a um subdiagnóstico e a uma subnotificação, dificultando os esforços efetuados para compreender os respetivos encargos associados e para desenvolver intervenções adequadas ao nível da saúde pública. Neste grupo incluem-se as doenças diarreicas provocadas por parasitas, tais como a giardíase e a criptosporidiose, relativamente às quais não estão disponíveis serviços de diagnóstico laboratorial de rotina em vários Estados-Membros. Outras doenças não são vigiadas, ou não são notificadas, por alguns Estados-Membros. Neste grupo incluem-se várias doenças que representam um peso considerável em termos de infeção, desde a campilobacteriose à tosse convulsa, passando pela gonorreia e pela malária. Relativamente a outras doenças e a alguns Estados-Membros, a notificação dos casos de acordo com as definições da UE continua a constituir um importante desafio.

Quadro A. Síntese da tendência geral, da taxa de notificação da UE e dos grupos etários mais afetados por doenças transmissíveis notificadas ao ECDC em 2009

Doença	Tendência geral 2006–2009	Taxa de notificação de casos confirmados na UE em 2009 (por 100 000 habitantes)	Principais grupos etários afetados (2009)
Infeções do trato respiratório			
Gripe	..	N/A	0–14
Gripe animal	Dados insuficientes	0,0	Dados insuficientes
Doença dos legionários (legionelose)	< >	1,0	45+
Tuberculose	.	9,1	25+
VIH, doenças sexualmente transmissíveis e infeções virais transmitidas pelo sangue			
Infeção por clamídia	.	185,1	15–24
Gonorreia	..	9,7	15–34
Hepatite B	.	1,2	15–64
Hepatite C	Dados insuficientes	8,2	25–64
VIH	..	5,7	25+
SIDA	.	1,0	40–49
Sífilis	..	4,5	20–44
Doenças e zoonoses transmitidas pelos alimentos e pela água			
Carbúnculo	N/A	<0,01	Dados insuficientes
Botulismo	..	0,03	0–4, 25–64
Brucelose	.	0,08	15+
Campilobacteriose	..	53,1	0–4
Cólera	N/A	<0,01	Dados insuficientes
Criptosporidiose	< >	2,7	0–4
Equinococose	.	0,2	25+
<i>Escherichia coli</i> produtora de verotoxina/shigatoxina (VTEC/STEC)	< >	0,9	0–4
Giardíase	..	5,6	0–4
Hepatite A	..	3,4	0–24
Leptospirose	.	0,1	15+
Listeriose	..	0,35	65+

Salmonelose	•	23,6	0–4
Shigelose	< >	1,6	0–44
Toxoplasmose congénita	N/A	0,01	<1
Triquinelose	••	0,15	5–64
Tularémia	< >	0,18	45+
Febre tifoide/paratifoide	••	0,3	0–44
Variante da doença de Creutzfeldt–Jakob (vCJD)	N/A	<0,01	Dados insuficientes
Yersiniose	•	2,0	0–14
Doenças emergentes e transmitidas por vetores			
Malária	••	0,9	25–44
Peste	N/A	0,0	N/A
Febre Q	•	0,6	45–64
Síndrome respiratória aguda (SRA)	N/A	0,0	N/A
Variola	N/A	0,0	N/A
Infeção por hantavírus	Dados insuficientes	0,7	25+
Febre de Dengue	Dados insuficientes	0,1	15–64
Febre de Chikungunya	Aumento	0,02	25–64
Infeção por vírus do Nilo Ocidental	Aumento	<0,01	45+
Febre amarela	N/A	<0,01	N/A
Doenças preveníveis pela vacinação			
Difteria	Diminuição	<0,01	45+
Doença invasiva causada por <i>Haemophilus influenzae</i>	••	0,4	0–4, ≥65
Doença meningocócica invasiva	••	0,9	0–4, 15-24
Doença pneumocócica invasiva	•	4,4	0–4, ≥65
Sarampo	••	0,8	0–24
Papeira	Diminuição	3,2	15–24
Tosse convulsa	••	4,9	0–24
Poliomielite	N/A	0,0	N/A
Raiva	N/A	<0,01	Dados insuficientes
Rubéola	••	0,1	0–4, 15–24

Tétano	•	0,02	65+
Resistência aos antimicrobianos e infecções associadas aos cuidados de saúde			
Resistência aos antimicrobianos	•	N/A	N/A
Infeções associadas aos cuidados de saúde	••	N/A	N/A

N/A: não aplicável – relativo a doenças muito raras, cujos casos observados são muito poucos ou nulos.

Dados insuficientes – relativo a doenças pouco frequentes, em que não se conseguem identificar as tendências de forma rigorosa.