



## ECDC **CORPORATE**

# Resumo das principais publicações 2009

ECDC CORPORATE

# Resumo das principais publicações 2009



Estocolmo, Janeiro de 2010.

© Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, 2010.

Reprodução autorizada mediante menção da fonte.

# Índice

Introdução .....	1
Relatórios técnicos.....	2
1. Orientações para a avaliação de risco de doenças infecciosas transmissíveis em aeronaves .....	2
2. Vigilância e estudos durante uma pandemia na Europa .....	3
3. Guia de medidas de saúde pública para reduzir o impacto das pandemias de gripe na Europa: «O Menu do ECDC» .....	4
4. Série sobre Saúde dos Migrantes: Acesso das populações migrantes dos países da UE/EEE aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados inseridos na luta contra o VIH .....	11
5. Série sobre Saúde dos Migrantes: Epidemiologia do VIH e da SIDA nas comunidades migrantes e minorias étnicas dos países da UE/EEE .....	14
6. Mapeamento da vigilância de comportamentos no âmbito da luta contra o VIH e as IST na Europa .....	18
7. O desafio bacteriano: é tempo de reagir (relatório técnico conjunto ECDC/EMEA) .....	20
8. Eficácia das intervenções comportamentais e psicossociais de prevenção do VIH e das IST junto dos HHS na Europa .....	24
Relatórios de orientação.....	25
9. Controlo da clamídia na Europa.....	25
10. Utilização de antivirais contra a gripe durante pandemias de gripe para protecção da saúde pública.....	27
11. Utilização de vacinas específicas contra a gripe pandémica durante a pandemia do H1N1 de 2009.....	30
Relatórios de vigilância.....	32
12. Vigilância da tuberculose na Europa - 2007 .....	32
13. Relatório epidemiológico anual sobre doenças transmissíveis na Europa 2009 .....	34
14. Vigilância sobre VIH/SIDA na Europa –2008.....	41
Anexo: Publicações do ECDC em 2009 .....	43

## Introdução

Em 2009, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) publicou um total de 43 documentos científicos, dos quais se destacam os seguintes:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009* (Relatório epidemiológico anual sobre doenças transmissíveis na Europa 2009), terceira edição da publicação anual do ECDC com um resumo alargado dos dados de vigilância de 2007 e das ameaças monitorizadas em 2008;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2007* (Vigilância da tuberculose na Europa – 2007) e *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008* (Vigilância sobre VIH/SIDA na Europa – 2008), 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;
- o lançamento da *Migrant health series* (série sobre a saúde dos migrantes), um conjunto de publicações sobre doenças específicas em que se apresentam análises de dados, resumos de provas científicas, interpretações e orientações sobre intervenções no domínio das migrações e doenças infecciosas seleccionadas. Os primeiros dois documentos sobre doenças específicas publicados em 2009 debruçaram-se sobre o VIH/SIDA;
- *The bacterial challenge: time to react* (O desafio bacteriano: é tempo de reagir), um relatório técnico sobre a necessidade de diminuir o desfasamento entre as bactérias resistentes a medicamentos na UE e o desenvolvimento de novos agentes antibacterianos para enfrentar o problema, elaborado em conjunto com a Agência Europeia de Medicamentos;
- *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe* (Mapeamento da vigilância de comportamentos no âmbito da luta contra o VIH e as IST na Europa), uma análise aprofundada da actual situação dos programas de vigilância de comportamentos inseridos na luta contra o VIH e as infeções sexualmente transmissíveis (IST) nos países da UE e da Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA).

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 encontram disponíveis em: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

Uma lista de todas as publicações do ECDC em 2009 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 dos mesmos, é favor enviar uma mensagem para [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

## Relatórios técnicos

### 1. Orientações para a avaliação de risco de doenças infecciosas transmissíveis em aeronaves

(Publicado em Junho de 2009)

Nos últimos anos, registou-se um crescimento contínuo do número de passageiros no tráfego aéreo comercial nacional e internacional. Os aeroportos internacionais recebem diariamente milhões de passageiros, permitindo que os indivíduos viagem em redor do globo no espaço de horas. Ao mesmo tempo, a mudança dos hábitos de viagem pode dar origem a novas ameaças: no ambiente hermético dos aviões modernos, os passageiros podem ser expostos a várias doenças infecciosas contraídas pelos seus companheiros de viagem.

O aparecimento da síndrome respiratória aguda grave (SARS), em 2003, demonstrou o potencial de uma nova doença aparecer repentinamente e propagar-se pelo mundo através das viagens aéreas. A detecção precoce das doenças infecciosas a bordo de aeronaves, aliada a uma avaliação de risco em tempo útil, é crucial para iniciar uma resposta dos serviços responsáveis pela saúde pública. Quando se detecta um risco para a saúde pública, o rastreio de contactos dos passageiros expostos durante um voo torna-se fundamental para a sua contenção, e um grande desafio para os peritos em saúde pública a nível mundial.

O projecto RAGIDA («orientações para a avaliação de risco de doenças infecciosas transmissíveis em aeronaves») combina provas retiradas da literatura científica com conhecimentos especializados para propor opções viáveis aos decisores. As orientações RAGIDA podem prestar uma ajuda valiosa na determinação dos factores desencadeantes e na decisão sobre o rastreio ou não de contactos de passageiros e tripulantes de transportes aéreos que tenham estado expostos a doenças infecciosas durante um voo.

No âmbito do projecto RAGIDA, peritos do Instituto Robert Koch e do ECDC focalizaram-se em 12 doenças: tuberculose (TB), gripe, SARS, doença meningocócica, sarampo, rubéola, difteria, febre hemorrágica do vírus Ébola, febre hemorrágica de Marburgo, febre de Lassa, varíola e carbúnculo. A fim de avaliar as circunstâncias exactas que levaram à transmissão destas doenças infecciosas a bordo de aeronaves, procedeu-se a uma análise sistemática de mais de 3 700 artigos avaliados por pares e fontes de literatura não convencional. Além disso, realizou-se uma investigação sistemática para reunir informação sobre as orientações para a avaliação e gestão de riscos destas doenças infecciosas adoptadas por organismos de aviação internacionais e agências de saúde pública nacionais ou internacionais. Para obter contributos e aconselhamento suplementares, foram ainda contactados e consultados 73 peritos de 38 países.

Os resultados da pesquisa sistemática da literatura disponível revelam que a transmissão da tuberculose, da gripe, da SARS, da doença meningocócica e do sarampo é relativamente frequente a bordo de aeronaves. No entanto, o número de artigos sobre casos confirmados da transmissão a bordo de qualquer uma destas doenças revelou ser surpreendentemente baixo, em particular se considerarmos o vasto número de contactos possíveis. À luz destes resultados, é provável que o número total de eventos de transmissão a bordo seja também bastante reduzido. Embora seja difícil tirar conclusões sobre o número de infeções resultantes da transmissão a bordo, o potencial de propagação de doenças infecciosas a bordo de aeronaves não aparenta ser maior do que em terra.

Posto isto, e tal como sugere este relatório técnico, permanece a convicção de que a avaliação de risco e a decisão de rastrear os contactos devem adequar-se às especificidades de cada evento e ter em conta factores como o potencial de propagação epidemiológica, a infecciosidade e a patogenicidade dos doentes-índice, a funcionalidade dos sistemas de ventilação a bordo, a frequência dos contactos e dados sobre a disposição dos passageiros nos assentos.

## 2. Vigilância e estudos durante uma pandemia na Europa

(Publicado em Junho de 2009)

A vigilância e os estudos numa pandemia (VEP) constituem um tema complexo que abarca, como aqui se define, quatro componentes distintas:

- 1) detecção e investigação precoces;
- 2) avaliação precoce alargada;
- 3) monitorização;
- 4) investigação célere da eficácia e do impacto das contramedidas (incluindo a segurança das contramedidas farmacêuticas) em termos de mitigação.

É improvável que ocorra uma pandemia na Europa, pelo que a detecção e a investigação precoces irão, provavelmente, ser feitas noutras zonas do globo. Contudo, a Europa terá de pôr em marcha os outros três processos. A vigilância laboratorial (microbiológica) será essencial em todas as componentes mas, em princípio, será integrada na vigilância epidemiológica e clínica. A avaliação precoce (componente 2) é fundamental por causa do número imprevisível de parâmetros importantes da pandemia seguinte. Não será, contudo, necessário realizar uma avaliação precoce em todos os países. Idealmente, será melhor realizá-la nos primeiros países europeus afectados, com o apoio do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), apenas para identificar os «parâmetros estratégicos». Os valores destes parâmetros determinarão quais as medidas clínicas e de saúde pública mais susceptíveis de ser bem sucedidas. Seguidamente, os resultados de alguns países serão imediatamente transmitidos a todos os outros.

A avaliação precoce incluirá uma estimativa da gravidade da pandemia. Vai ser difícil efectuar-lá, mas será essencial, porquanto certos planos europeus a nível nacional prevêm desencadear intervenções mais perturbadoras em caso de pandemia grave. Esta avaliação deverá ser liderada pela OMS. Porém, a sua minúcia exigirá que se associe uma visão europeia à avaliação de risco, visto que a complexidade do conceito de gravidade faz com que seja difícil reduzir todo o processo a uma única medida. Todos os países europeus terão de levar a cabo a monitorização (componente 3) para gerirem devidamente os seus próprios sistemas de saúde e outros serviços. Apesar da grande quantidade de informações pretendida pelas autoridades centrais nacionais para efectuar a monitorização, as informações devem cingir-se ao essencial para fundamentar decisões e comunicações importantes. A exequibilidade da monitorização deve ser testada durante as épocas de gripe, mas importa também considerar de que forma é que os sistemas de vigilância de rotina poderão ser alterados ou deixar de funcionar em caso de pandemia. A monitorização internacional (notificações feitas junto de instâncias superiores, como a OMS e as autoridades europeias) deve ser um processo simples, pois muitos países terão dificuldade em apresentar informações de rotina aos organismos internacionais e, em simultâneo, fazer correr os seus processos internos. De igual modo, nem todos os países terão capacidade para fornecer dados com o grau de pormenor eventualmente pretendido pelas autoridades europeias.

A investigação do impacto das medidas de saúde pública (e da segurança das contramedidas farmacêuticas) (componente 4) é outro processo que só será necessário realizar em alguns países. É pouco provável que se consiga descortinar com clareza se as medidas de saúde pública foram eficazes durante a pandemia propriamente dita, e quais delas o foram.

A OMS e o ECDC têm trabalhado com os Estados-Membros europeus no desenvolvimento de procedimentos e «protocolos de simulação» para a componente 2, a do processo da avaliação precoce, tendo ficado estabelecido que a aceitabilidade dos mesmos será testada quer por meio de exercícios quer no terreno, durante a época de gripe de 2009-2010. Devido ao surgimento da nova gripe A (H1N1), esses procedimentos e protocolos irão ser testados face a uma estirpe pandémica real. Estão também a ser ensaiados métodos (no âmbito da componente 4) para calcular a eficácia da vacina contra a gripe na Europa. A nível nacional, é importante que as autoridades planeiem, desde já, como irão realizar as componentes 2 a 4, incluindo nesse planeamento o trabalho com instituições e técnicos universitários, e afectar-lhes os recursos necessários, de forma realista, durante a pandemia.

### 3. Guia de medidas de saúde pública para reduzir o impacto das pandemias de gripe na Europa: «O Menu do ECDC»

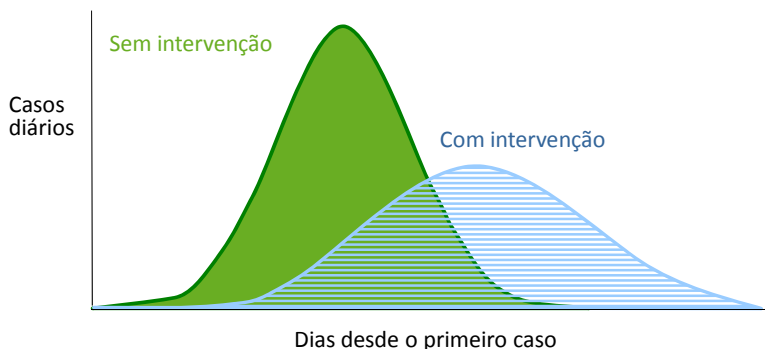
(Publicado em Junho de 2009, actualizado em Outubro de 2009)

A aplicação de medidas de saúde pública (ver quadros sinópticos na página 6) irá, em certa medida, reduzir o número de pessoas que são infectadas, que carecem de cuidados médicos e que morrem durante uma pandemia de gripe. Provavelmente, irá também reduzir o número de pessoas afectadas por epidemias graves de gripe sazonal. Ao baixar, e talvez retardar, o pico da curva de uma pandemia (Figura 3.1), essas medidas podem igualmente atenuar os efeitos secundários das pandemias resultantes do facto de adoecerem muitas pessoas ao mesmo tempo, ou seja, o impacto do absentismo em massa em funções essenciais como a prestação de cuidados de saúde, a manutenção do abastecimento alimentar, a distribuição de combustíveis, serviços públicos em geral, etc. As medidas de saúde pública podem até retardar o pico da curva epidémica até que seja disponibilizada uma vacina contra a pandemia, com a possível redução, em simultâneo, do número total de pessoas afectadas. Além disso, teoricamente, podem retardar o pico até que a transmissão da gripe diminua naturalmente nos meses de Verão.

**Figura 3.1** Objectivos da aplicação de medidas de saúde pública durante uma pandemia

#### Objectivos da redução da transmissão de gripe na comunidade

- Retardar e atenuar o pico epidémico
- Reduzir o peso do pico sobre o sistema de cuidados de saúde e a ameaça
- Reduzir de algum modo o número de casos
- Ganhar algum tempo



Foi sugerida a aplicação de todo um conjunto de medidas (ver quadros sinópticos), incluindo actos individuais como lavar as mãos e usar uma máscara, intervenções farmacêuticas como a administração de antivirais, vacinas contra a gripe aviária (também designadas por vacinas pré-pandémicas) e, no final da pandemia, vacinas específicas, bem como medidas de limitação dos contactos sociais. Muitos consideram que as combinações de medidas, que podem dar pelo nome de «defesa em profundidade» (*defence in depth*) ou «intervenções por etapas» (*layered interventions*), serão ainda mais eficazes do que as medidas avulsas. Tanto o trabalho de modelização como o senso comum indicam que é mais eficaz intervir precocemente do que esperar até que a pandemia esteja bem avançada.

É difícil conceber que, ao reduzirem a possibilidade de uma infecção respiratória humana se transmitir e propagar entre pessoas através de gotículas ou do contacto indirecto, medidas como as que se inserem na categoria da limitação dos contactos sociais não tenham um impacto positivo. No entanto, as provas científicas que sustentam cada medida em particular são, não raro, frágeis. Também não é clara a forma como algumas delas vão interagir. Mais exactamente, terão as medidas de limitação dos contactos sociais um efeito cumulativo? Em certos casos, esta incerteza deve-se à ausência de investigação. Mais frequentemente, deve-se ao facto de as medidas serem difíceis de avaliar com uma qualquer abordagem experimental e quando são aplicadas de forma combinada em



situações reais. Deste modo, o efeito positivo absoluto e os pontos fortes relativos das diferentes medidas são extremamente difíceis de apurar. Além disso, a intensidade do efeito pode, muito razoavelmente, variar com as características da pandemia. Por exemplo, as intervenções direccionadas para as crianças terão sido bastante eficazes durante a pandemia de 1957, na qual a transmissão em faixas etárias mais jovens parece ter sido especialmente importante, mas ter-se-iam revelado menos eficazes durante as pandemias de 1918-19 e 1968. Assim sendo, não é possível ter planos fixos e únicos para todas as pandemias. Além disso, a eficácia, a exequibilidade e os custos das medidas de limitação dos contactos sociais irão, provavelmente, variar entre os países europeus ou mesmo no seio dos mesmos (por exemplo, áreas urbanas densamente povoadas por oposição a zonas rurais).

A experiência com pandemias anteriores e eventos afins, como a SARS, mostra que, em certa medida, as medidas de saúde pública são aplicadas de acordo com os hábitos e práticas locais. Nos Estados Unidos, durante a pandemia de 1918-19, essas medidas foram organizadas e, amiúde, proactivas, ao passo que, na Europa, durante as pandemias e durante a SARS, assumiram um carácter mais reactivo.

Assim, há bons argumentos a favor da existência de planos predefinidos (planos testados durante exercícios a aplicar na ausência de outras informações). Na verdade, há orientações da OMS nesse sentido e muitos países europeus têm vindo a elaborar planos. No entanto, em virtude das considerações supra, estes planos devem ser bastante flexíveis e ter estruturas de comando e controlo que permitam alterações rápidas à luz de novos dados e experiências.

Todas as medidas de saúde pública têm custos, e muitas têm também efeitos secundários. Na sua maioria, as medidas podem ter efeitos secundários consideráveis, pelo que muitas obrigarão a uma análise ponderada. As medidas sociais mais drásticas sugeridas (por exemplo, o encerramento proactivo de escolas e restrições de viagens) trazem consigo custos significativos e consequências variáveis em função do contexto, pelo que são igualmente difíceis de sustentar. Deste modo, em caso de gripe sazonal comum ou de pandemia ligeira, a aplicação dessas medidas, e em especial a sua aplicação precoce, pode revelar-se mais prejudicial do que, simplesmente, permitir que a infecção progrida e tratar as pessoas mais gravemente atingidas.

Algumas das medidas são relativamente simples de aplicar, sendo de antemão recomendadas mesmo para uma gripe sazonal ligeira (por exemplo, lavagem regular das mãos e auto-isolamento precoce em caso de desenvolvimento de estado febril). Estas medidas simples têm também a vantagem de capacitar as pessoas e de lhes dar conselhos úteis para enfrentarem uma situação difícil e preocupante. Outras serão de difícil aplicação ou demasiado onerosas (por exemplo, a utilização rápida e massificada de antivirais nos indivíduos que adoecerem) e outras ainda são potencialmente bastante perturbadoras das funções sociais e difíceis de sustentar (por exemplo, encerramento de fronteiras e restrições de transportes a nível interno). Por conseguinte, todas as medidas exigem planeamento, preparação e prática.

A questão das medidas onerosas e perturbadoras é de uma importância crucial. Numa pandemia com menor número de doenças graves e indivíduos doentes, como as observadas em 1957 e 1968, algumas medidas possíveis a nível comunitário (encerramento proactivo de escolas, trabalhar em casa, etc.), embora provavelmente redutoras da transmissão, podem revelar-se mais dispendiosas e perturbadoras do que os efeitos da própria pandemia. Assim, tais medidas poderão só ter um benefício líquido se forem aplicadas numa pandemia grave, por exemplo, numa pandemia que origine elevadas taxas de internamento hospitalar ou registre uma taxa de letalidade comparável à da «gripe espanhola» de 1918-19.

Por estas razões, a avaliação precoce da gravidade clínica de uma pandemia a nível mundial e em contextos europeus será fundamental. Embora a aplicação precoce das medidas seja um passo lógico, uma aplicação demasiado precoce das intervenções mais perturbadoras será onerosa e pode torná-las difíceis de sustentar.

Neste momento, vários países europeus equacionam as suas opções políticas para aplicar essas medidas. Devido à diversidade da Europa, não há uma combinação única de medidas que se adapte a todos os contextos europeus: um tamanho único não serve a toda a gente. Contudo, uma reflexão comum sobre as medidas será útil e pode resultar num processo de decisão mais eficiente. Ademais, vários países empreenderam já trabalhos científicos consideráveis e pertinentes, alguns dos quais serviram de base a este documento. No entanto, todos os países europeus podem tirar partido deles, bem como da reflexão levada a cabo noutros países.

## Objectivos

À luz do que atrás foi dito, e uma vez que o mandato do ECDC consiste em dar conselhos cientificamente válidos e não em prescrever acções, este documento tem por finalidade apresentar um «menu» de medidas possíveis, fornecendo informações de saúde pública e científicas sobre aquilo que se sabe ou se pode adiantar quanto à probabilidade da sua eficácia, aos custos (directos e indirectos), à aceitabilidade, às expectativas do público em geral e a outras considerações mais práticas. Tudo isto para ajudar os Estados Membros e as instituições da UE a decidirem, individual ou colectivamente, sobre as medidas a aplicar. Dito isto, existem algumas medidas que são

de tal forma lógicas ou ineficazes que uma simples apresentação de provas científicas deverá facilitar as decisões políticas.

## Destinatários

Os destinatários principais são os responsáveis pelo desenvolvimento das políticas e os decisores, sendo os destinatários secundários todos os intervenientes que lidem com a gripe, o público em geral e os meios de comunicação social. A compreensão por estes últimos das medidas e das suas limitações será fundamental para o êxito da sua aplicação numa pandemia.

## Âmbito

Este documento aplica-se quando a pandemia atingir as fases 5 e 6 da OMS na Europa, bem como a epidemias de gripe sazonal. Não aborda as diferentes circunstâncias da fase 4, nem as necessidades específicas do primeiro aparecimento de uma putativa estirpe pandémica (Estratégia de Contenção Rápida da OMS), nem o planeamento complexo e as questões políticas referentes à manutenção dos serviços essenciais durante uma pandemia (o chamado planeamento da continuidade das actividades numa pandemia). Em todo o caso, este último ponto extravasa o mandato do ECDC.

Este documento deve ser lido juntamente com as orientações anteriores publicadas pelo ECDC sobre as medidas individuais de protecção, resumidas no texto e nos quadros. Foram publicadas, e estão referenciadas no texto, orientações científicas pertinentes sobre as vacinas contra a variante humana da gripe aviária (pré-pandemia) H5N1, as quais devem ser lidas a par das orientações da OMS de 2005 e das novas orientações da OMS sobre as contramedidas (publicadas em 2009).

Convém ressaltar que se trata de orientações provisórias, visto que serão apresentadas mais conclusões decorrentes da investigação e é possível que surjam novas contramedidas. Assim sendo, o «menu» de medidas continuará a ser regularmente actualizado.

### Quadros sinópticos Características de intervenções potenciais para reduzir a transmissão durante a fase 6 de uma pandemia/epidemia grave de gripe sazonal

#### Viagens internacionais (encerramento de fronteiras, restrições à entrada, conselhos aos viajantes)

Intervenção	Qualidade das provas científicas <sup>1</sup>	Eficácia (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos <sup>2</sup>	Aceitabilidade na Europa	Problemas práticos e outros
<b>1. Conselhos aos viajantes</b>	B	Mínima	Baixos	Enormes	Boa	Provavelmente, ocorrerá sempre uma forte diminuição das viagens internacionais
<b>2. Rastreio à entrada</b>	B, Bm	Mínima	Altos	Altos	Expectável por parte da população residente	Provavelmente, ocorrerá sempre uma diminuição das viagens internacionais
<b>3. Encerramento de fronteiras ou fortes restrições de viagens</b>	B, Bm	Mínima, excepto se for quase total	Enormes	Enormes	Variável, mas espera-se alguma nas populações residentes	Provavelmente, ocorrerá sempre uma diminuição das viagens internacionais

<sup>1</sup> Provas científicas da eficácia: A, B e C correspondem a recomendações baseadas em provas científicas sólidas, razoáveis e insuficientes, respectivamente.

Nível A: Análises sistemáticas baseadas em diversos estudos primários (nem sempre modelos), estudos epidemiológicos bem concebidos ou estudos experimentais especiais (ensaios controlados aleatórios).

Nível B: Corresponde a provas baseadas em estudos epidemiológicos bem concebidos, estudos observacionais substanciais ou estudos experimentais com 5 a 50 sujeitos, ou estudos experimentais com outras limitações (por exemplo, não tendo a gripe como ponto final). O código Bm equivale a trabalho de modelização, principalmente estudos com dados primários de boa qualidade disponíveis. Assim, a qualidade pode atingir os níveis Bm e C.

Nível C: Corresponde a provas científicas baseadas em relatórios de casos individuais, estudos observacionais de âmbito limitado e mal controlados, estudos de âmbito mais alargado mal fundamentados, aplicação de conhecimentos sobre o modo de transmissão, período de infecciosidade, etc. O código Cm respeita à modelização com dados primários de pouca ou má qualidade.

<sup>2</sup> Por vezes designados por efeitos de segunda ou de terceira ordem. Por exemplo, encerramento de fronteiras causador de perturbações na actividade comercial e na circulação de bens essenciais e trabalhadores essenciais.

## Medidas individuais de protecção

Intervenção	Qualidade das provas científicas	Eficácia (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos	Aceitabilidade na Europa	Problemas práticos e outros
<b>4. Lavar regularmente as mãos</b>	B	Provavelmente, reduz a transmissão	Baixos	Nulos	Boa, mas desconhece-se o grau de cumprimento	Moderados <sup>3</sup>
<b>5. Boa higiene respiratória (utilização de lenços descartáveis)</b>	B	Desconhecida, mas presumível	Baixos	Baixos	Boa, mas desconhece-se o grau de cumprimento	Baixos
<b>6. Uso de máscara generalizado fora de casa</b>	C, Cm	Desconhecida	Enormes	Baixos	Desconhecida, mas há pouca cultura de uso da máscara na maioria dos países	Enormes – dificuldades de formação, fornecimento e escolha de tipos de máscaras, inutilização e gestão de resíduos. Possíveis efeitos perversos da utilização incorrecta e recorrente
<b>7. Uso de máscara em instalações de serviços de saúde<sup>4</sup></b>	C	Desconhecida	Moderados	Baixos	Já praticada de forma generalizada e alargada	Moderados – dificuldades de formação, definição de situações de alto risco, fornecimento e escolha de tipos de máscara, em particular respiradores
<b>8. Uso de máscara noutras situações de alto risco<sup>5</sup></b>	C	Desconhecida	Moderados	Baixos	Desconhecida, mas faz sentido	Moderados – dificuldades de formação, definição de situações de alto risco, fornecimento e escolha de tipos de máscara
<b>9. Uso de máscara por pessoas com infecções respiratórias</b>	C	Desconhecida, mas presumível	Moderados	Pode permitir que pessoas doentes e infectadas continuem a circular e a infectar outras	Desconhecida, mas faz sentido. Estende os actuais conselhos do meio hospitalar a locais públicos e residências particulares.	Dificuldade na definição das pessoas que devem observar a medida e no fornecimento das máscaras. De igual modo, cumprimento da medida por pessoas com dificuldades respiratórias devido a uma infecção respiratória
<b>10. Auto-isolamento precoce de pessoas doentes<sup>6</sup></b>	C	Desconhecida, mas presumível	Moderados	Moderados <sup>7</sup> . Risco acrescido para pessoas que prestem assistência e cuidados de saúde. Absentismo profissional	Conselho já normalizado em muitos países	Necessidade de treinar e equipar os prestadores de assistência e cuidados de saúde ao domicílio, que ficarão em risco. Questão da indemnização por perdas salariais e anuência das entidades empregadoras
<b>11. Quarentena<sup>8</sup></b>	C	Desconhecida	Enormes	Enormes, devido às perdas de produtividade	Incerta	Grande dificuldade em trabalhar de forma equitativa e questão da indemnização por perdas salariais

<sup>3</sup> Necessidade de permitir lavagens das mãos bastante mais frequentes em instalações de grande afluência diária, por exemplo, locais públicos, restaurantes de comida rápida, etc.

<sup>4</sup> Indivíduos que contactem pessoalmente com muitos anónimos.

<sup>5</sup> Indivíduos que contactem pessoalmente com muitos anónimos em instalações de meios de transporte de grande afluência.

<sup>6</sup> Normalmente, em casa de uma pessoa que comece a sentir mal-estar e febre.

<sup>7</sup> Pessoa necessitada de cuidados ao domicílio, sendo que as pessoas que os asseguram não estão a trabalhar.

<sup>8</sup> Isolamento em casa, durante alguns dias, de pessoas aparentemente saudáveis tidas como tendo estado expostas à infecção.

## Medidas de limitação dos contactos sociais

Intervenção	Qualidade das provas científicas	Eficácia (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos	Aceitabilidade na Europa	Problemas práticos
<b>12. Restrições de viagens internas</b>	Cm, C	Possível efeito retardador pouco significativo	Importantes	Enormes, incluindo perturbações sociais <sup>9</sup>	Desconhecida	Funções essenciais sob ameaça. Questão da responsabilidade civil e da base jurídica <sup>10</sup>
<b>13. Encerramento reactivo das escolas</b>	Bm, C	Pode ter um maior efeito do que a limitação dos contactos sociais	Moderados	Enormes, por ser necessário cuidar das crianças retidas em casa <sup>11</sup>	Desconhecida, é pouco frequente na Europa	As crianças que não vão à escola têm de ficar afastadas das outras crianças. Questão da responsabilidade civil e da base jurídica <sup>10, 12</sup> . Dificuldades na escolha do momento adequado, na sustentabilidade e na reabertura
<b>14. Encerramento proactivo das escolas</b>	Bm, C	Pode ter um maior efeito do que outras medidas de limitação dos contactos sociais e ser mais eficaz do que o encerramento reactivo	Moderados	Ver acima <sup>11</sup>	Ver acima	Ver acima, mas as dificuldades quanto à escolha do momento adequado (o encerramento pode ser prematuro), à sustentabilidade e à reabertura são ainda mais <sup>10,12</sup>
<b>15. Encerramento reactivo dos locais de trabalho</b>	Cm	Desconhecida <sup>9</sup>	Importantes	Importantes	Desconhecida. A questão da indemnização é crucial <sup>10</sup>	Questão da responsabilidade civil, da indemnização e da base jurídica, bem como da sustentabilidade e da reabertura. Impossível de aplicar às funções essenciais <sup>13</sup>
<b>16. Trabalho em casa e redução das reuniões</b>	Cm, C	Desconhecida	Moderados	Moderados	Provavelmente aceitável	Menos possibilidades de aplicação às funções essenciais <sup>13</sup>
<b>17. Cancelamento de reuniões públicas, eventos internacionais, etc.</b>	C	Desconhecida	Enormes <sup>10</sup>	Enormes <sup>10</sup>	Provavelmente, depende da questão da indemnização e da aplicabilidade dos seguros <sup>9</sup> . Expectável por parte do público em geral	Questão da responsabilidade civil e da base jurídica. Dificuldade em definir o que é uma reunião pública ou um evento internacional e quando levantar as proibições

## Utilização de antivirais: tratamento precoce

Intervenção	Qualidade das provas científicas	Eficácia (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos	Aceitabilidade na Europa	Problemas práticos
-------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------	----------------------------	--------------------------	--------------------

<sup>9</sup> Uma das vantagens desta e de algumas outras intervenções é que permitem antecipar de forma planeada o que irá provavelmente acontecer com o passar do tempo.

<sup>10</sup> Trata-se de saber quem assegura a indemnização em caso de perdas económicas decorrentes de acções dos poderes públicos (governo).

<sup>11</sup> A criança necessita de cuidados e assistência em casa e as pessoas que os prestam não estão a trabalhar.

<sup>12</sup> Em muitos casos, as intervenções direccionadas às crianças partem do princípio de que estas desempenham um papel especialmente importante na transmissão, o que pode não acontecer em todas as pandemias.

<sup>13</sup> Existe um processo complexo para distinguir quais são e não são as *funções essenciais*, processo esse que é importante, mas extrapola o âmbito deste documento.

<b>18. Todas as pessoas com sintomas</b>	A (só transmissão e duração da doença), Bm	Prevê-se que seja moderada, mas as provas científicas são frágeis <sup>14</sup>	Enormes	Moderados	Expectável por parte do público em geral na maioria dos países	Custos logísticos consideráveis e dificuldade em decidir quem tem gripe, chegar a todas as pessoas que possam beneficiar do tratamento de forma atempada (menos de 24 ou 48 horas) e gerir as existências de forma equitativa <sup>15</sup>
<b>19. Trabalhadores de serviços de saúde e assistência social ou trabalhadores expostos das funções essenciais</b>	A	Baixa <sup>15</sup>	Importantes	Baixos	Tida como parte da protecção do pessoal e importante para o pessoal que continuar a trabalhar	Dificuldades em definir quem são os trabalhadores dos serviços de saúde ou os trabalhadores expostos das funções essenciais <sup>15</sup>

#### Utilização de antivirais: profilaxia após um caso

Intervenção	Qualidade das provas científicas	Eficácia (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos	Aceitabilidade na Europa	Problemas práticos
<b>20. Família</b>	B, Bm	Moderados	Enormes	Moderados	Provavelmente aceitável	Dificuldades no despiste, na definição das famílias, na velocidade de entrega, na segurança e na gestão das existências <sup>16</sup>
<b>21. Família e contactos sociais</b>	B, Bm	Moderados	Enormes +	Moderados	Desconhecida, mas há o problema das pessoas a quem é aparentemente negado tratamento	Ver acima, mais os problemas da definição dos limites dos grupos
<b>22. Família e contactos geográficos</b>	B, Bm	Moderados	Enormes +	Moderados	Desconhecida, mas há o problema das pessoas a quem é aparentemente negado tratamento	Ver acima, com ainda mais problemas na definição dos limites dos grupos

#### Utilização de antivirais: profilaxia contínua

Intervenção	Qualidade das provas científicas	Eficácia (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos	Aceitabilidade na Europa	Problemas práticos
<b>23. Trabalhadores de serviços de saúde e assistência social ou trabalhadores das funções essenciais</b>	C	Moderados	Enormes	Moderados	Incerta – os trabalhadores dos serviços de saúde podem não tomá-los de todo ou não tomá-los continuamente	Dificuldades em definir quem são os trabalhadores dos serviços de saúde ou os trabalhadores das funções essenciais. Questão de determinar por quanto tempo é possível oferecer antivirais

<sup>14</sup> As provas científicas extraídas dos ensaios sugerem que, no caso da gripe sazonal, o tratamento precoce reduz a duração da doença em um ou dois dias, assim como a transmissão. As estimativas do efeito positivo em termos de internamento hospitalar e mortalidade são observacionais, limitadas e bastante mais frágeis.

<sup>15</sup> Existem diversos problemas práticos importantes, ligados à decisão sobre quem tem gripe, como entregar os antivirais, etc.

<sup>16</sup> Importa considerar como investigar de forma rápida e eficaz as primeiras notificações de efeitos secundários plausíveis.

**Vacinas: vacina contra a variante humana da gripe aviária<sup>16</sup>**

Intervenção	Qualidade das provas científicas	Eficácia (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos	Aceitabilidade na Europa	Problemas práticos
<b>24. Toda a população</b>	B, Bm	Incerta. Depende do tipo antigénico da pandemia <sup>17</sup>	Enormes	Importantes <sup>16,18</sup>	Desconhecida <sup>19</sup>	Questões ligadas à definição dos grupos prioritários
<b>25. Trabalhadores de serviços de saúde e assistência social ou trabalhadores das funções essenciais</b>	B, Bm	Ver acima	Enormes	Ver acima	Ver acima, mais incerteza quanto à aceitabilidade destes grupos	Dificuldades em definir quem são os trabalhadores dos serviços de saúde ou os trabalhadores das funções essenciais
<b>26. Crianças vacinadas em primeiro lugar</b>	B, Bm	Ver acima	Enormes	Ver acima	Incerteza quanto à aceitabilidade dos pais, em especial se a doença for mais moderada nas crianças e os benefícios forem das outras pessoas. Perfil de segurança mal estabelecido <sup>20</sup> .	Necessidade de planeamento prévio

**Vacinas: vacina específica para a pandemia**

Intervenção	Qualidade das provas científicas	Eficácia (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos	Aceitabilidade na Europa	Problemas práticos
<b>27. Vacina pandémica</b>	B, Bm	Mínima na primeira vaga	Enormes e exigência de investimento prévio	Baixos	Provavelmente, altamente aceitável <sup>20</sup>	Dificuldades na decisão sobre os grupos prioritários iniciais <sup>16</sup>

<sup>17</sup> Parte do princípio de que a próxima pandemia se baseia num antígeno do subtipo H5. Podem inferir-se benefícios de reacções serológicas experimentais. Contudo, não será possível recolher dados observacionais nem realizar ensaios contra a estirpe pandémica antes do início da transmissão e da Fase 3, pois tais ensaios podem ser tidos como contrários à ética.

<sup>18</sup> Risco financeiro de a próxima pandemia envolver uma estirpe antigénica diferente da actual gripe aviária (A/H5) altamente patogénica.

<sup>19</sup> Nunca nenhum país experimentou realizar uma vacinação da sua população com uma vacina dotada de um grau de eficácia prevista tão baixo, donde os grandes desafios em termos de comunicação.

<sup>20</sup> Importa considerar como se irão investigar de forma rápida e eficaz as primeiras notificações de efeitos secundários plausíveis.

## 4. Série sobre Saúde dos Migrantes: acesso das populações migrantes dos países da UE/EEE aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados inseridos na luta contra o VIH

(Publicado em Julho de 2009)

Este relatório resume as conclusões de uma análise do acesso dos migrantes da União Europeia (UE) aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados inseridos na luta contra o VIH, realizada entre Maio e Setembro de 2008. A análise foi encomendada pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), no âmbito de uma série mais alargada de relatórios sobre migrações e doenças infecciosas na UE.

A partir das informações recolhidas por um inquérito efectuado nos 27 Estados-Membros da UE e em três países do Espaço Económico Europeu (EEE) e por uma revisão de literatura, este relatório visa apresentar uma síntese da situação actual, bem como material para desenvolver políticas, investigação e serviços futuros com vista à melhoria do acesso das populações migrantes aos serviços afectados à luta contra o VIH. Cerca de dois terços dos inquiridos representavam organizações não governamentais (ONG), sendo o restante terço composto por representantes de organizações governamentais. Deste modo, as conclusões e as acções propostas não representam necessariamente os pontos de vista dos governos nacionais da UE.

A Secção 1 descreve sucintamente o contexto e a metodologia da análise. A Secção 2 destaca as principais conclusões sobre os migrantes e o VIH, centrando-se quer nos factores que aumentam a sua vulnerabilidade ao VIH e os impedem de aceder aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados, quer na forma como a UE e os Estados-Membros estão a responder às necessidades dos migrantes para enfrentar o VIH. A Secção 3 aborda o caminho a seguir, resumindo os desafios e as acções propostas pelas entidades inquiridas para melhorar o acesso dos migrantes da UE aos serviços afectados à luta contra o VIH. Segue-se um resumo das principais conclusões, desafios e acções propostas.

### Principais conclusões

- A UE deu passos importantes em matéria de migrações e saúde em geral, e de migrações e luta contra o VIH em particular. A *Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central*, de 2004, e as declarações ulteriores, colocam o VIH no topo da agenda europeia. Em 2007, a Conferência de Lisboa e as reuniões e relatórios de acompanhamento chamaram a atenção para a questão da migração, saúde e VIH. Todos eles influíram no compromisso político da UE, que se reflecte nas políticas e nos instrumentos jurídicos destinados a garantir o acesso dos migrantes aos cuidados de saúde, incluindo os serviços de prevenção, tratamento e cuidados para combater o VIH. Porém, nos Estados-Membros da UE, observa-se uma diversidade significativa em matéria de políticas e de quadros jurídicos, bem como de serviços de prevenção, tratamento e cuidados destinados aos migrantes.
- As populações migrantes mais relevantes em matéria de VIH são oriundas da África Subsariana, da Europa Oriental e da Ásia e, em determinados países europeus, da América Latina e das Caraíbas. Como subpopulações importantes, temos os requerentes de asilo e os refugiados, os migrantes indocumentados, os trabalhadores da indústria do sexo e os homens homossexuais. As barreiras linguísticas, a marginalização e a exclusão social e os obstáculos jurídicos foram apontados como os factores que mais contribuem para a vulnerabilidade dos migrantes ao VIH. Forma igualmente referidas as atitudes culturais, a religião, o medo da discriminação e o conhecimento insuficiente sobre o VIH no seio das comunidades de migrantes.
- Os factores que impedem o acesso dos migrantes aos serviços estão relacionados com políticas e legislação, prestação de serviços, as próprias comunidades migrantes e a sociedade em geral. Constatou-se que as políticas de dispersão dos migrantes no interior dos países de acolhimento lhes limitam o acesso aos serviços de prevenção e tratamento. O estatuto jurídico - ausência de estatuto de residente e de seguro de saúde - foi o factor mais frequentemente mencionado como obstáculo aos serviços de tratamento do VIH, em especial por inquiridos dos novos Estados-Membros. A ausência de informação culturalmente adaptada e em línguas relevantes, de profissionais com formação adequada e de serviços à medida das necessidades específicas dos migrantes levantou obstáculos nas três áreas de serviços. No seio das comunidades migrantes, a cultura, a religião, o medo da discriminação e o conhecimento limitado dos serviços disponíveis impedem o acesso aos mesmos. Na sociedade em geral, o estigma e a discriminação para com

os migrantes impedem, mais especificamente, o acesso aos serviços de prevenção e de cuidados; a situação social dos migrantes foi especificamente citada como impeditiva do acesso ao tratamento.

- Quase todos os países dão conta de intervenções no âmbito da luta contra o VIH direccionadas às comunidades e subpopulações migrantes. Certos países, nomeadamente os que têm uma mais longa história de migrações, prestam um vasto leque de serviços através de agências governamentais, ONG e organizações comunitárias. Noutros, tais serviços são escassos ou inexistentes. As comunidades migrantes envolvem-se na execução das intervenções na maioria dos países mas, com algumas notáveis excepções, o seu envolvimento a nível da definição das políticas é limitado. No entanto, numa grande parte dos 30 países participantes, a questão das migrações e do VIH foi considerada pouco prioritária pelos inquiridos, sendo tida como mais prioritária nos países onde a prevalência do VIH nas populações migrantes é relativamente elevada.

## Principais desafios

- Os quadros políticos e jurídicos são um desafio para a prestação de serviços aos migrantes no âmbito da luta contra o VIH. As incoerências entre as políticas de saúde e de migração podem revelar-se contraproducentes no domínio da saúde pública. O acesso dos migrantes indocumentados e sem seguro ao tratamento do VIH é assunto que suscita especial preocupação, tendo como desafio associado a ausência de um quadro jurídico claro e coerente que estabeleça os direitos dos migrantes em matéria de cuidados de saúde.
- As insuficiências a nível da informação são igualmente um desafio. A insuficiente normalização da recolha de dados nos vários países dificulta a comparação da situação dos migrantes na UE. Apesar da quantidade considerável de acções de investigação realizadas, existem lacunas de informação, por exemplo, sobre a migração e o VIH nos novos Estados-Membros da UE, bem como sobre os comportamentos de risco associados ao VIH, as necessidades dos migrantes em termos de saúde e VIH, e o impacto da cultura e da religião nas crenças, atitudes e comportamentos de procura dos serviços de saúde no seio das comunidades migrantes.
- A nível da prestação de serviços, há ainda a necessidade, em certos países, de superar as barreiras jurídicas, administrativas e culturais ao acesso. É também um desafio garantir o financiamento adequado e sustentável das intervenções de prevenção e de cuidados levadas a cabo pelas agências governamentais e pelas ONG estabelecidas junto das comunidades.
- Outro desafio será empreender uma acção abrangente para combater as atitudes sociais negativas para com os migrantes, exacerbadas por notícias da comunicação social que nada ajudam, bem como, numa perspectiva mais geral, iniciativas visando satisfazer as necessidades sociais, económicas e jurídicas dos migrantes, porquanto tudo isto exige esforços conjuntos por parte dos responsáveis políticos, dos profissionais de saúde e da assistência social e da sociedade civil.

## Principais acções propostas

- A fim de assegurar a recolha de dados de vigilância exactos e comparáveis e o desenvolvimento de políticas e intervenções coerentes e adequadas, é necessária uma definição comum de «migrante» a nível da UE. Os inquiridos propuseram também acções específicas, tanto a nível europeu como nacional, nos domínios das políticas, do financiamento, da investigação, do trabalho em rede e dos serviços.
- Com carácter prioritário, foi sugerido, tanto a nível europeu como nacional, o estabelecimento de quadros políticos e jurídicos claros que garantam a protecção dos direitos dos migrantes, nomeadamente dos migrantes indocumentados e sem seguro, aos cuidados contra o VIH. Outras acções propostas foram a resolução das incoerências a nível das políticas, a sensibilização dos responsáveis políticos para as questões relacionadas com o VIH e as migrações e o maior envolvimento da comunidade migrante nos processos políticos. Foi ainda destacado, como acção prioritária, o financiamento das redes e projectos europeus incidindo nos domínios das migrações e do VIH, bem como das ONG que prestam serviços às populações migrantes no âmbito da luta contra o VIH.
- Foram igualmente propostas várias áreas de investigação. A nível europeu, foram propostos, entre outras acções, estudos para melhorar a compreensão dos padrões migratórios, do impacto das leis e das políticas europeias no acesso ao tratamento e nas avaliações de custos/benefícios do acesso universal ao tratamento, e do impacto das intervenções. A nível nacional, foram propostas a melhoria da informação epidemiológica, uma melhor compreensão das comunidades migrantes - incluindo conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH e o papel da cultura e da religião -, bem como a análise do impacto da legislação e da eficácia das intervenções junto das populações migrantes.



- Entre as acções prioritárias propostas em matéria de redes, destaca-se o apoio da UE a uma rede europeia de organizações que trabalhe nos domínios das migrações e da luta contra o VIH e a outros mecanismos de partilha de recursos, experiências e boas práticas, assim como o fortalecimento das relações e da cooperação entre associações de profissionais de saúde e assistência social e organizações de migrantes e de defesa dos direitos humanos, a nível da UE e a nível nacional.
- No que diz respeito à prestação de serviços, a maioria dos inquiridos destacou a necessidade de materiais e intervenções culturalmente adaptados, de uma formação adequada dos trabalhadores de serviços de saúde e comunitários e de um maior envolvimento das comunidades migrantes na prestação de serviços. Para melhorar a cobertura e o aproveitamento dos serviços, foram ainda propostas abordagens de índole comunitária, como a proximidade, nos testes de VIH, bem como abordagens mais abrangentes a nível do tratamento e dos cuidados, a par da intensificação dos esforços de informação das comunidades migrantes sobre os serviços disponíveis.

## 5. Série sobre Saúde dos Migrantes: Epidemiologia do VIH e da SIDA nas comunidades migrantes e minorias étnicas dos países da UE/EEE

(Publicado em Julho de 2009)

### Contexto, justificação e objectivo

A epidemia mundial de VIH/SIDA reflecte as acentuadas desigualdades socioeconómicas e de saúde entre os países industrializados e não industrializados. A ONUSIDA estima que, em 2007, havia 33 milhões de pessoas a viver com VIH/SIDA (PVVS), sendo que mais de 96% das novas infecções por VIH ocorreram em países de baixos e médios rendimentos. Do total de PVVS, 22,5 milhões vivem na África Subsariana (ASS), onde a prevalência do VIH em adultos anda nos 5%, bem acima da estimativa mundial de 0,8%. As Caraíbas, com uma prevalência de 1%, é a segunda zona mais afectada, e a Europa Oriental, com uma prevalência de 0,9%, ocupa a terceira posição.

Segundo a Organização Internacional para as Migrações (OIM), em 2006, cerca de 192 milhões de pessoas (3% da população mundial) eram migrantes internacionais, dos quais 95 milhões eram mulheres. As Nações Unidas definem como migrante internacional uma pessoa que muda de país de residência habitual. A razão mais comum para migrar é a procura de uma melhor situação económica, o que faz com que a maioria dos migrantes viaje dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos. Em 2006, os países de origem do maior número de migrantes foram a China, a Índia e as Filipinas, tendo os EUA, a Rússia, a Alemanha, a Ucrânia e a França sido os cinco principais países de acolhimento. A UE, uma das regiões mais ricas do mundo, recebeu 64 milhões (8,8%) de migrantes, com uma grande heterogeneidade entre países. A UE orgulha-se também de ser uma das regiões do mundo com uma longa tradição de respeito pelos direitos humanos. Não obstante, tal como sucede em muitas regiões do globo, os migrantes que vivem na UE enfrentam sérios problemas de integração. A migração e a exclusão social tornam os migrantes altamente vulneráveis ao VIH/SIDA e complicações conexas.

A epidemia do VIH é um problema importante de saúde pública na UE. Desde que foram criados os mecanismos de notificação de infecções por VIH, por volta de 1999, o número de infecções não cessou de aumentar. A via de transmissão predominante é o contacto heterossexual (53% de novas notificações em 2006), seguida dos homens homossexuais (HHS) (37%) e dos consumidores de drogas injectáveis (CDI) (9%). Convirá referir os 204 casos de infecção por HIV através da transmissão mãe-filho (TMF) notificados em 2006. As desigualdades em matéria de saúde, incluindo as que advêm do estatuto de migrante, devem ser monitorizadas para desenvolver respostas adequadas. Desde o ano 2000, o antigo EuroHIV recolhe informações sobre a origem geográfica das notificações. Uma parte significativa e crescente das notificações de SIDA e infecções por HIV contraídas através de relações heterossexuais corresponde a pessoas com outra origem geográfica que não o país declarante, em grande parte pessoas da ASS. No entanto, outros grupos de migrantes poderão também ser desproporcionalmente afectados pelo VIH/SIDA, mas os dados sobre estes grupos são insuficientes. A contribuição absoluta e relativa dos migrantes para as epidemias de VIH nacionais é heterogénea no conjunto da UE e depende dos padrões migratórios, da história colonial, da situação da epidemia do VIH nos países de origem e de destino e das respostas dadas pelos serviços de saúde e sociais. Desde o início da epidemia que se tornou evidente que era fundamental garantir os direitos das PVVS, sendo indiscutível o papel essencial desempenhado pela ciência, pelos direitos humanos e por uma abordagem de saúde pública para que tal seja possível.

Em 2007, a Presidência portuguesa da UE escolheu como tema principal a questão das migrações e da saúde. Nas conclusões do Conselho adoptadas em Dezembro de 2007, o ECDC foi instado a apresentar um relatório sobre migrações e doenças infecciosas. Respondendo a este apelo, o ECDC lançou uma série de relatórios que irão constituir o Relatório do ECDC sobre Migração e Doenças Infecciosas na UE. Os objectivos deste relatório, Epidemiologia do VIH e da SIDA nas comunidades migrantes e minorias étnicas, consistiram em determinar o peso das infecções por HIV nas populações migrantes e a sua contribuição para a epidemiologia do VIH no período de 1999-2006.

### Metodologia

Foram utilizados dados do ECDC e do antigo EuroHIV, globais e por país, tendo os números absolutos e as percentagens de casos de SIDA e VIH sido analisados por origem geográfica e por ano (1999-2006), estratificados por sexo e por categorias de transmissão. Sempre que não havia informação disponível no ECDC, foram directamente contactadas entidades informadoras competentes. O número de migrantes registados por sexo e por

ano foi obtido em bases de dados públicas europeias, no Eurostat e nos institutos nacionais de estatística de cada um dos países participantes, quer mediante a consulta das suas páginas na Internet quer através de contactos directos por escrito.

## Resultados

Em 2006, registaram-se 6 746 casos de SIDA nos países da UE-27, mais a Noruega e a Islândia. O maior número de migrantes estava entre os casos de transmissão heterossexual. Dos que tinham uma origem geográfica conhecida, 1 373 (50%) eram provenientes de um país diferente do país declarante, sendo 77% da ASS. Dos 57 casos de SIDA devidos a transmissão mãe-filho com origem geográfica conhecida, 23% eram da ASS. De igual modo, cerca de 20% dos casos de SIDA em homens homossexuais (HHS) correspondiam a migrantes, sendo as origens mais comuns a América Latina (AL) (106) e outros países da Europa Ocidental (EOc) (52). Dos 1 545 casos envolvendo CDI, 7% eram migrantes, em grande parte oriundos da EOc e do Norte de África & Médio Oriente. De 1999 a 2006, o número de casos de SIDA na região conheceu um decréscimo de 42% entre os nativos e migrantes oriundos da EOc. No mesmo período, constatou-se um número crescente de casos de SIDA em migrantes oriundos da Europa Oriental (EOr) (200%), da ASS (89%) e da AL (50%). Na UE, os casos de SIDA são muito mais frequentes em homens do que em mulheres. Porém, o rácio homens/mulheres está a diminuir. Deste modo, em 2006, embora os números absolutos de homens e mulheres da ASS com casos de SIDA notificados tenham sido de 602 e 623, respectivamente, as suas percentagens face ao número de casos de SIDA em homens e mulheres situaram-se nos 12% e 33%, respectivamente.

Também em 2006, registaram-se 26 712 infecções por VIH na UE-27, mais a Noruega e a Islândia, das quais 29% de origem geográfica desconhecida. O maior número de migrantes, em termos quer absolutos quer relativos, observou-se nos casos com transmissão heterossexual. No grupo das pessoas de origem geográfica conhecida, 65% das 8 354 infecções por VIH eram de um país diferente do país declarante, na sua grande maioria (5 046) da ASS. Dos 169 casos de VIH com transmissão mãe-filho de origem geográfica conhecida, 41% eram da ASS. De igual modo, no grupo dos HHS, 18% das 5 048 infecções por HIV de origem geográfica conhecida correspondiam a migrantes, sendo as regiões mais comuns a AL (215) e a EOc (247). Das 1 590 infecções por VIH contraídas por CDI de origem geográfica conhecida, 86% correspondiam a nativos e 14% a migrantes, em grande parte da EOc (63) e da EOr (64). O número de infecções por VIH notificadas na Europa registou um crescimento acentuado no período de 1999-2006, tanto em nativos como em migrantes, devendo este acréscimo ser interpretado no contexto da aplicação dos mecanismos de notificação das infecções por VIH na UE, ainda por concluir.

Em termos globais, as infecções por VIH na UE são muito mais comuns em homens do que em mulheres, se bem que o rácio homens/mulheres esteja em queda. Em 2006, os números absolutos de homens e mulheres da ASS infectados pelo VIH ascenderam a 1 764 e 2 989, respectivamente. Dado que os números totais de infecções por VIH em homens e mulheres nativos foram de 7 891 e 2 028, respectivamente, o rácio homens da ASS/homens nativos foi de 0,1 e o rácio mulheres da ASS/mulheres nativas foi de 1,5. O número de infecções por VIH registadas em mulheres da ASS excede em cerca de 1 000 o das mulheres nativas, isto apesar de 2 910 infecções por VIH em mulheres serem de origem geográfica desconhecida. O número de mulheres da ASS excede em mais de 1 000 o dos homens da mesma região. Depois dos indivíduos da ASS, o maior grupo é o dos homens da EOc (539), seguido do grupo da AL (456). Exceptuando a ASS, os países de origem mais comuns das infecções por HIV nas mulheres migrantes diferiram dos países de igual categoria nos homens, visto que as mulheres do Sudeste Asiático e das Caraíbas registaram 179 e 161 infecções, respectivamente, enquanto as da EOc e da EOr registaram 85 e 111 casos, respectivamente.

No que se refere à percentagem de migrantes nos casos de infecção por VIH, observa-se uma enorme heterogeneidade entre os vários países. Nos países com uma incidência de VIH inferior a 20 casos por milhão de habitantes, em grande parte da Europa Central, a contribuição dos migrantes para a epidemia é reduzida. Em 2006, exceptuando a Lituânia, nos países com uma incidência de VIH de 21 a 49 casos por milhão, a percentagem de migrantes nos casos notificados é superior a 40%. Dada a diferente dimensão das populações, os números variam entre os 24 casos de infecção por VIH diagnosticados em migrantes em Chipre e os 258 diagnosticados na Suécia. À excepção da Grécia, nos países com uma incidência de VIH de 50-99 casos por milhão, a percentagem de migrantes nos casos notificados é de 40% na Holanda e na Alemanha, perto de 60% na Noruega, cerca de 65% na Irlanda e França e 70% na Bélgica. Em países com uma incidência de VIH de 100-199 casos por milhão, a percentagem de migrantes nos casos notificados é de cerca de 30% na Áustria, 71% no Reino Unido e igual a 80% no Luxemburgo. Em Portugal, o país da União Europeia com a maior incidência de VIH, a percentagem dos migrantes nas notificações de VIH ronda os 20%.

No período de 1999-2006, foram notificados 16 222 casos de tuberculose (TB) como doença indicativa inicial (DII) da SIDA, 8 028 dos quais diagnosticados em imigrantes, 3 883 da ASS e 2 684 de origem desconhecida. Verificou-se uma grande heterogeneidade na percentagem de tuberculose como DII por origem geográfica. As percentagens mais baixas registaram-se em pessoas da América do Norte (8%) e nativas (16%), cabendo as mais elevadas à ASS (40%), à EOr (40%), ao Sudeste Asiático (32%) e à AL (30%).

Dos cerca de 495 milhões de pessoas registadas nos institutos nacionais de estatística dos países da UE-27, mais a Noruega, a Islândia e o Liechtenstein, cerca de 32,5 milhões (6,5%) estão registados como não-nacionais. Existe informação disponível sobre a nacionalidade dessas pessoas nos 30 países do presente estudo, excepto na Bulgária, Estónia, França e Luxemburgo. Dos 32,5 milhões de migrantes registados, metade são europeus (6,5 milhões da EOC, 7,4 da Europa Central e 2,3 milhões da EOR), seguidos dos migrantes da AL (2,31 milhões) e Caraíbas (261 000), do Sul e Sudeste da Ásia (2,25 milhões), do Norte de África & Médio Oriente (2,19 milhões) e da ASS (1,32 milhões).

## Discussão e limitações

As populações migrantes, sobretudo as que provêm da ASS, representam uma parte considerável e crescente dos casos de SIDA e de infecção por VIH notificados nos países da UE-27, mais a Noruega e a Islândia, durante o período de 1999-2006. Embora a percentagem de migrantes da ASS nos casos notificados de transmissão heterossexual e mãe-filho seja muito elevada, uma percentagem significativa dos diagnósticos em homens homossexuais (HHS) respeita também aos migrantes, em grande parte da EOC, da AL e Caraíbas, facto que realça a necessidade de reconhecer a diversidade sexual dos migrantes que vivem com VIH/SIDA. A contribuição das populações migrantes para a epidemia do VIH/SIDA é marcadamente maior nas notificações referentes ao sexo feminino, facto que salienta a feminização da epidemia do VIH/SIDA entre os migrantes da UE. Esta vulnerabilidade feminina à infecção por VIH radica em razões sociais e biológicas. Estes números exigem o desenvolvimento de políticas de prevenção e tratamento do VIH específicas em função do género a nível nacional. Intimamente ligada ao elevado peso das infecções por VIH nas mulheres da SSA está a elevada percentagem de migrantes da ASS nas infecções com transmissão mãe-filho notificadas na UE. Embora a diminuição das infecções perinatais por VIH na UE represente um resultado importante no domínio da saúde pública, subsistem desafios importantes, nomeadamente em relação às mães migrantes.

Constata-se uma enorme diversidade na percentagem de migrantes infectados por VIH nos vários países. Nos países da EOR e em certos países da Europa Central, essa percentagem é inferior a 10%, enquanto na maioria dos países setentrionais ultrapassa os 40%. Na maioria dos países da Europa Ocidental, a percentagem de migrantes no grupo dos infectados por VIH situa-se entre 20% e 40%. Este padrão condiz com as tendências migratórias, uma vez que os países com maior percentagem de migrantes nos casos de infecção por VIH são também os países onde a percentagem de migrantes na população total é igualmente mais elevada, em boa parte, devido a um passado histórico colonial e de desequilíbrios recentes de natureza socioeconómica e demográfica. De referir ainda uma percentagem considerável e preocupante de casos de origem geográfica desconhecida, designadamente no Reino Unido, França, Bélgica e Alemanha.

Os dados actuais não permitem distinguir entre infecções por VIH contraídas dentro ou fora da UE. Comparando a duração média da estada na Europa com o valor da contagem de células CD4 no momento do diagnóstico da infecção por VIH, outros relatórios sugerem que é provável que a maioria das infecções em pessoas da ASS tenha ocorrido nos países de origem. Porém, existem também provas científicas de que as pessoas oriundas da ASS são infectadas pelo VIH nos países da UE. Quanto às outras origens geográficas, existem poucos dados sobre a região onde a infecção ocorreu, se bem que, no caso dos migrantes consumidores de drogas injectáveis, as provas científicas vão no sentido de a infecção por VIH ter ocorrido na Europa. Embora a discussão sobre o país provável da infecção seja extremamente dada a polémicas - infelizmente, deu origem a reacções de forte pendor racista -, do ponto de vista da saúde pública, saber onde ocorreu a infecção por HIV e se desenvolveu a SIDA tem implicações importantes, quanto mais não seja para detectar eventuais falhas a nível da prevenção primária, secundária, ou ambas, do VIH.

O diagnóstico tardio do VIH é um grande problema na UE e nos EUA, e os dados indicam que o problema é ainda maior em relação à população de migrantes portadores de VIH de origem não ocidental. Na maioria dos países da União Europeia, o número de casos de SIDA notificados registou um declínio acentuado a partir de meados da década de 1990, facto largamente atribuído ao impacto na população do acesso ao tratamento anti-retroviral altamente activo (*highly active antiretroviral treatment*, HAART). Todavia, para a maioria dos migrantes, esta diminuição não se observou, por culpa do diagnóstico tardio da infecção por HIV e das maiores dificuldades de acesso e adesão ao tratamento HAART, facto que pode ter um impacto negativo na mortalidade de pessoas migrantes portadoras de VIH na UE. Além disso, o tratamento adequado do VIH representa também uma estratégia para prevenir a sua transmissão, dado que as pessoas submetidas ao tratamento HAART são menos infecciosas. A abordagem tratamento & prevenção é igualmente aplicável à tuberculose, na medida em que testes de VIH atempados diminuiriam certamente a tuberculose associada ao VIH. É um dado adquirido que o tratamento da tuberculose equivale à prevenção da sua transmissão e, com isso, de casos secundários.

Dada a heterogeneidade da aplicação dos sistemas de notificação do VIH e a determinação insuficiente da variável «origem geográfica» nos Estados-Membros da UE, a interpretação da contribuição dos migrantes para a epidemiologia do VIH na região apresenta limitações. De facto, a elevada percentagem de valores omissos nesta

categoria condiciona a interpretação de números que remetem para um reforço da vigilância do VIH na UE para assegurar as normas de qualidade exigidas.

Para concluir, os números apresentados neste relatório não surpreendem quem trabalha no terreno, nomeadamente quando se examina a epidemiologia do VIH e as tendências das migrações a nível mundial, ambas largamente fomentadas pelas desigualdades. O controlo da epidemia do VIH/SIDA deve passar pela eliminação dos obstáculos à prevenção e ao tratamento dos migrantes na União Europeia. Efectivamente, os dados apresentados e analisados neste relatório confirmam o fracasso da prevenção primária e secundária das infecções por VIH e a consequente necessidade de uma acção decidida.

## 6. Mapeamento da vigilância de comportamentos no âmbito da luta contra o VIH e as IST na Europa

(Publicado em Setembro de 2009)

### Contexto

As epidemias atribuíveis ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) continuam a constituir um importante problema de saúde pública na Europa. O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) foi criado em 2005 com o objectivo de reforçar a capacidade da União Europeia (UE) para prevenir e controlar doenças infecciosas, estando o VIH e outras IST entre as doenças prioritárias. Nesse sentido, a vigilância constitui uma tarefa importante e o ECDC recebeu um forte mandato para manter e coordenar as bases de dados da vigilância de doenças transmissíveis a nível da UE. A vigilância de segunda geração (VSG) refere-se à vigilância que combina a monitorização de indicadores quer biológicos (novos casos de VIH/SIDA e IST) quer comportamentais (por exemplo, o comportamento sexual ou o uso de protecção). Esta abordagem é de grande importância quer para fundamentar o desenvolvimento de políticas, quer para avaliar os seus resultados.

Em 2008, o ECDC incumbiu uma equipa internacional de peritos de apresentar uma análise aprofundada da situação actual dos programas de vigilância de comportamentos inseridos na luta contra o VIH e as IST nos países europeus, bem como de elaborar uma proposta para um quadro de aplicação de um conjunto fundamental de indicadores comportamentais relacionados com o VIH e as IST na Europa. Este relatório faz um mapeamento dos sistemas de vigilância de comportamentos inseridos na luta contra o VIH e as IST nos Estados-Membros da UE e nos países da Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA). A vigilância é analisada nas seguintes populações: população em geral, jovens, consumidores de drogas injectáveis (CDI), homens homossexuais (HHS), pessoas que vivem com o VIH/SIDA (PVVS), trabalhadores da indústria do sexo, clientes de clínicas de IST, migrantes e minorias étnicas.

### Métodos

Enviou-se a todos os países da UE e da EFTA um conjunto de nove questionários distintos: um sobre o sistema de vigilância de comportamentos nacional e o sistema de vigilância de segunda geração geral, mais um questionário para cada população específica. No questionário sobre o sistema de vigilância geral, foram solicitadas informações sobre a existência e a definição de:

- sistema de vigilância de comportamentos nacional ou regional;
- funcionamento do sistema de segunda geração a nível nacional ou regional;
- obstáculos possíveis ou existentes ao estabelecimento de sistemas de vigilância de segunda geração sustentáveis.

Nos questionários dirigidos às populações específicas, perguntou-se, em primeiro lugar, se existia um sistema de vigilância a funcionar para a população em causa. Seguidamente, foram solicitadas informações sobre a realização, desde 1985, de inquéritos sobre comportamentos (ou outros tipos de recolha de dados) junto das várias populações analisadas, mais especificamente sobre:

- a metodologia utilizada por cada inquérito ou sistema de recolha de dados;
- os principais indicadores actualmente acompanhados;
- publicações sobre a matéria.

O questionário foi enviado por correio electrónico para os pontos de contacto ligados à vigilância do VIH de cada país. Estas pessoas tiveram a oportunidade de diligenciar para que cada questionário centrado numa população específica fosse preenchido por especialistas de renome do respectivo país. Em seguida, os responsáveis recolheram os questionários e devolveram-nos para análise pela equipa de peritos. Em Fevereiro de 2009, foi discutido um projecto de relatório na Reunião de Peritos em Vigilância Comportamental, em Montreux (Suíça), que foi posteriormente enviado para validação aos pontos de contacto nacionais ligados à vigilância do VIH, que haviam primeiramente coligido os questionários referentes ao seu país.

### Resultados

Vinte e oito dos 31 países inquiridos preencheram e devolveram o conjunto de questionários (não-respostas: Bulgária, Roménia e Portugal). O mapeamento das actividades de vigilância de comportamentos nos países da

UE/EFTA dá conta de uma diversidade considerável entre os países no que toca ao desenvolvimento da vigilância comportamental: 15 países comunicaram ter a funcionar um sistema de vigilância de comportamentos inserido na luta contra o VIH e as IST (Bélgica, Chipre, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Letónia, Lituânia, Polónia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido) e outro país (Países Baixos) afirmou efectuar essa vigilância em várias populações específicas, mas sem ter um sistema formal de vigilância de comportamentos de âmbito nacional e geral.

O grau de formalização da vigilância comportamental num "sistema" é deveras desigual nos vários países. Dos 16 países que afirmaram efectuar a vigilância de comportamentos, apenas oito declararam a existência de um documento que descreve o sistema ou formaliza a sua existência. Em muitos dos países que comunicaram ter um sistema de vigilância de comportamentos, esse sistema foi construído gradualmente, com a adição de novas populações inquiridas ao longo do tempo, e por vezes sem um objectivo de vigilância claro. Além disso, em muitos países, mesmo naqueles com um sistema de vigilância comportamental formalizado, não existe uma calendarização regular ou de rotina da vigilância das diversas populações. A organização dessa vigilância mostra-se também diversa: em países com um sistema formalizado, a organização e a coordenação estão sob a tutela do Ministério da Saúde, de uma agência nacional de saúde ou de uma universidade. Em países com sistemas menos formais, existe uma coordenação informal assegurada por uma rede de instituições: agências governamentais, universidades, organizações não governamentais (ONG), etc. No que se refere à adequação do sistema (ou seja, o tipo de população abrangida pela vigilância), não raro, a identificação e a vigilância das populações de risco não foram feitas ou estão por concluir. As populações mais inquiridas são a população em geral e os jovens, os HHS e os CDI. São poucos os países que praticam a vigilância de comportamentos junto dos trabalhadores da indústria do sexo e seus clientes, dos migrantes e das minorias étnicas, das PVVS e dos doentes das clínicas de IST.

Quanto aos sistemas de vigilância de segunda geração, dos 16 países que declararam efectuar a vigilância comportamental, 13 dão igualmente conta da existência de um sistema de VSG e outros dois afirmam fazê-la numa única população. A organização formal deste sistema, com um órgão de gestão ou coordenação, é uma realidade em seis países.

Relativamente a cada uma das populações consideradas, os países que forneceram informações sobre os seus indicadores prioritários são em menor número do que aqueles que afirmaram recolher informações sobre os tópicos correspondentes. Provavelmente, esta situação deve-se ao facto de apenas os países que actuam segundo um paradigma de vigilância terem feito escolhas específicas sobre os indicadores a recolher regularmente e estarem em condições de os definir com clareza. No que respeita aos tópicos geralmente monitorizados, o nível de concordância sobre os temas prioritários é bastante elevado entre as populações, o que pode orientar a escolha de indicadores comuns aos países e às populações inquiridas. Perante a grande diversidade ainda existente, importa prosseguir, a nível europeu, com um processo de harmonização de indicadores específicos para cada população. Nas populações em que a vigilância comportamental é, ou poderia ser, realizada por amostragem baseada em serviços ou coortes, convém conduzir discussões preliminares com os intervenientes sobre o estabelecimento da vigilância comportamental em tais contextos.

Nos casos em que se verifique já um consenso à escala europeia, devem ser apresentados os indicadores já acordados, sendo que os indicadores escolhidos devem ser «convertíveis» em indicadores acordados a nível internacional. Em resultado da análise global, são propostos indicadores de referência comuns a todas as populações. Estes respeitam ao número de parceiros sexuais, ao uso de preservativo na última relação sexual, à realização de um teste de VIH, ao facto de ter pago por sexo e ao conhecimento do VIH. Os indicadores de referência devem ainda considerar de forma sistemática o nível de instrução, a nacionalidade/origem étnica e a orientação sexual.

## 7. O desafio bacteriano: é tempo de reagir (relatório técnico conjunto ECDC/EMEA)

(Publicado em Setembro de 2009)

### Principais conclusões

Existe um desfasamento entre o peso das infecções causadas pelas bactérias resistentes a medicamentos e o desenvolvimento de novos agentes antibacterianos para enfrentar o problema.

- A resistência aos antibióticos é elevada entre as bactérias Gram-positivas e Gram-negativas causadoras de infecções graves em seres humanos, atingindo 25% ou mais em vários Estados-Membros da UE.
- Na UE, a resistência está a aumentar em certas bactérias Gram-negativas, como recentemente se observou no caso da *Escherichia coli*.
- Anualmente, cerca de 25 000 doentes morrem na UE de uma infecção causada pelas bactérias multirresistentes seleccionadas.
- Na UE, as infecções causadas por estas bactérias multirresistentes seleccionadas estão na origem de custos adicionais com cuidados médicos e perdas de produtividade de pelo menos 1,5 mil milhões de euros por ano.
- Foram identificados quinze agentes antibacterianos de administração sistemática em fase de desenvolvimento, com um novo mecanismo de acção ou dirigidos contra um novo alvo bacteriano, e com potencial para enfrentar o desafio da multirresistência. Na sua maioria, estes agentes estavam nas fases iniciais de desenvolvimento e foram concebidos sobretudo contra bactérias para as quais existem já opções de tratamento.
- Há uma evidente carência de novos agentes com novos alvos ou mecanismos de acção contra bactérias Gram-negativas multirresistentes. Foram identificados dois agentes desse tipo com novos ou possíveis novos alvos e actividade documentada, ambos em fases iniciais de desenvolvimento.
- Há a necessidade premente de uma estratégia europeia e mundial para fazer face a este desfasamento.

Em 2007, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e a rede internacional Acção contra a Resistência aos Antibióticos (ReAct) encetaram uma discussão sobre a necessidade de documentar o desfasamento entre a frequência das infecções por bactérias multirresistentes na UE e o desenvolvimento de novos antibióticos. Resultou daí a criação, em 2008, de um Grupo de Trabalho Conjunto ECDC/EMA para recolher factos e números que permitissem prever razoavelmente a amplitude desse desfasamento nos próximos anos.

Por serem frequentemente responsáveis por infecções sanguíneas e pelo facto de a sua característica associada de resistência aos antibióticos ser, na maioria dos casos, um marcador da multirresistência a antibióticos, foram seleccionadas as seguintes bactérias resistentes a antibióticos:

- *Staphylococcus aureus* resistente à meticillina (MRSA);
- *S. aureus* de resistência intermédia e resistente à vancomicina (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* spp. resistente à vancomicina (por exemplo, *Enterococcus faecium*) (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae* resistente à penicilina (PRSP);
- Enterobacteriaceae (por exemplo, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*) resistentes a cefalosporinas de terceira geração;
- Enterobacteriaceae (e.g. *K. pneumoniae*) resistentes a carbapenemes;
- Bactérias Gram-negativas não fermentativas (por exemplo, *Pseudomonas aeruginosa*) resistentes a carbapenemes.

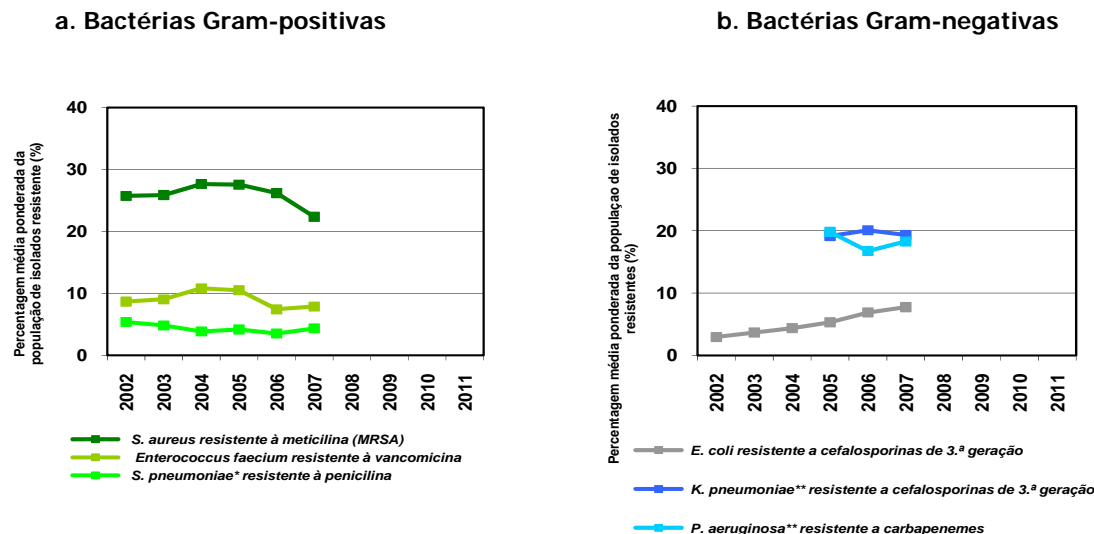
### Tendências e peso das infecções causadas por bactérias multirresistentes na UE

O Sistema Europeu de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos (EARSS), que engloba os Estados-Membros da UE, a Islândia e a Noruega, forneceu dados anuais, relativos ao período de 2002-2007, sobre estas bactérias resistentes a antibióticos seleccionadas em infecções invasivas (na sua maioria, infecções sanguíneas).

A Figura 7.1 mostra as tendências da percentagem de isolados resistentes a antibióticos nos isolados de sangue das bactérias seleccionadas frequentemente responsáveis por infecções sanguíneas na Europa.



**Figura 7.1** Percentagem média ponderada em função da população de isolados resistentes nos isolados de sangue de bactérias frequentemente responsáveis por infecções sanguíneas nos Estados-Membros da UE, Islândia e Noruega, período 2002–2007.



\* *S. pneumoniae*: excepto a Grécia, que não forneceu dados sobre esta bactéria ao EARSS.

\*\* *K. pneumoniae* e *P. aeruginosa*: excepto a Bélgica e a Eslováquia, que não forneceram dados sobre estas bactérias ao EARSS.

Em 2007, a percentagem média de isolados de sangue de *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (% MRSA) correspondeu à percentagem mais elevada de isolados resistentes a antibióticos nas bactérias seleccionadas frequentemente responsáveis por infecções sanguíneas na União Europeia. Contudo, esta percentagem tem vindo a diminuir nos últimos anos (Figura 7.1), facto que se deve às tendências decrescentes de MRSA em vários Estados-Membros, provavelmente na sequência dos planos de acção aplicados a nível nacional, documentados em França, Eslovénia e Reino Unido. A percentagem média de MRSA atingiu um nível próximo do das bactérias Gram-negativas resistentes a antibióticos seleccionadas.

A percentagem de isolados de sangue de *S. aureus* de resistência intermédia à vancomicina (VISA) foi diminuta (menos de 0,1%) nos Estados-Membros da UE, Islândia e Noruega. Em 2007, não houve notificações de isolados de *S. aureus* resistentes à vancomicina junto do EARSS (dados não apresentados na Figura 7.1).

Ao invés, a percentagem média de isolados de sangue de *Escherichia coli* - a mais comum das bactérias Gram-negativas responsáveis por infecções em seres humanos - resistentes a cefalosporinas de terceira geração tem vindo a aumentar constantemente.

Ao mesmo tempo, não existem sinais de menor resistência às cefalosporinas de terceira geração por parte das *Klebsiella pneumoniae* ou a carbapenemes por parte da *Pseudomonas aeruginosa* (Figura 7.1).

Em 2007, a percentagem de isolados de sangue de *K. pneumoniae* dos Estados-Membros da UE, da Islândia e da Noruega que denotaram resistência a carbapenemes foi, de um modo geral, bastante baixa (mediana = 0%), excepto na Grécia, onde atingiu 42% (dados não apresentados na Figura 7.1).

Só foi possível calcular os custos humanos e económicos provocados pelas bactérias resistentes aos antibióticos em relação às seguintes cinco bactérias desse tipo: MRSA, *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina, *E. coli* e *K. pneumoniae* resistentes a cefalosporinas de terceira geração e *P. aeruginosa* resistente a carbapenemes.

O estudo confirmou que a MRSA era a bactéria multirresistente única mais comum na União Europeia. Contudo, o total de casos de bactérias Gram-positivas comuns resistentes a antibióticos (maioritariamente, a MRSA e a *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina) foi comparável ao das bactérias Gram-negativas comuns resistentes a antibióticos (*Escherichia coli* e *K. pneumoniae* resistentes a cefalosporinas de terceira geração e *P. aeruginosa* resistente a carbapenemes).

Em termos gerais, estimou-se que, em 2007, tenham morrido na União Europeia, Islândia e Noruega cerca de 25 000 doentes devido a uma infecção causada por uma das cinco bactérias resistentes aos antibióticos seleccionadas. Além disso, as infecções causadas por qualquer uma das bactérias resistentes aos antibióticos seleccionadas resultaram em cerca de mais 2,5 milhões de dias de internamento hospitalar e em custos hospitalares adicionais superiores a 900 milhões de euros.

Seguidamente, calcularam-se as perdas de produtividade decorrentes destas infecções. Com base nos dados de 2007, a estimativa dos custos com cuidados em regime ambulatorio rondou os 10 milhões de euros e as perdas de produtividade inerentes ao absentismo dos doentes infectados foram calculadas em mais de 150 milhões de euros por ano. As perdas de produtividade devidas à morte de doentes por causa da sua infecção foram estimadas em cerca de 450 milhões de euros anuais. No total, a estimativa dos custos sociais das infecções causadas pelas bactérias resistentes aos antibióticos seleccionadas andou perto dos 1,5 mil milhões anuais.

São muitas as razões (por exemplo, o número limitado de bactérias incluídas, a não consideração de infecções de doentes tratados em regime ambulatorio, o custo médio dos cuidados hospitalares que não tem em conta cuidados especiais, como os cuidados intensivos) que suportam a conclusão de que estes números representam uma subavaliação dos custos humanos e económicos das infecções causadas por bactérias resistentes aos antibióticos.

## Investigação & desenvolvimento de agentes antibacterianos

A fim de avaliar o estado do desenvolvimento de medicamentos antibacterianos, foram pesquisadas duas bases de dados comerciais (Adis Insight R&D e Pharmaprojects) em busca de agentes antibacterianos em fase de desenvolvimento clínico a nível mundial. Devido à elevada taxa de desgaste no decorrer dos ensaios pré-clínicos e à escassez de dados disponíveis para análise, decidiu-se não explorar de forma aprofundada agentes ainda aquém da fase dos ensaios clínicos.

Sempre que possível, e com base nos dados reais disponíveis nas bases de dados ou na literatura consultada, procedeu-se à avaliação dos agentes identificados pela pesquisa no que respeita à sua actividade antibacteriana contra as bactérias seleccionadas. A fim de construir um «cenário favorável», e na ausência de dados *in vitro* reais, os avaliadores consideraram igualmente pressupostos razoáveis da actividade de alguns agentes, com base em propriedades de agentes semelhantes (isto é, da mesma classe ou com um mecanismo de acção comum).

Além disso, relativamente a cada um dos agentes, solicitou-se aos avaliadores que indicassem se o agente era de uma nova classe ou pertencia a uma classe de antibióticos já existente, bem como se:

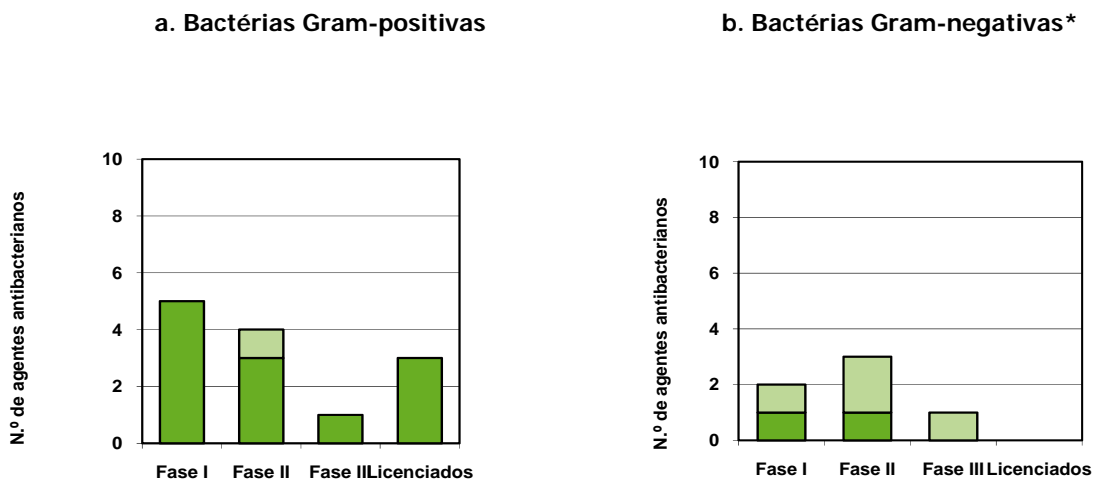
- actuava sobre o mesmo alvo e da mesma maneira que pelo menos um agente antibacteriano anteriormente licenciado;
- actuava através de um mecanismo de acção conhecido sobre um novo alvo;
- actuava através de um novo mecanismo de acção.

Os resultados principais desta análise foram os seguintes:

- Entre os 167 agentes identificados pela pesquisa, havia 90 agentes antibacterianos com actividade *in vitro* num cenário favorável (com base nos dados reais ou presumida com base nas propriedades ou mecanismos de acção da classe) contra pelo menos um organismo do painel de bactérias seleccionadas pela sua importância no domínio da saúde pública.
- Desses 90 agentes, 24 equivaliam a novas apresentações de agentes antibacterianos licenciados e 66 a novas substâncias activas.
- Dos 66 novos agentes activos, apenas 27 foram avaliados como tendo um novo alvo ou um novo mecanismo de acção, sendo por isso potencialmente detentores de uma vantagem face aos antibióticos existentes.
- Destes 27 agentes, 15 permitiam uma administração sistemática.
- Dos 15 agentes de administração sistemática, 8 foram avaliados como tendo actividade contra pelo menos uma das bactérias Gram-negativas seleccionadas.
- Dos 8 agentes com actividade contra bactérias Gram-negativas, 4 tinham actividade com base nos dados reais e 4 tinham actividade presumida com base nas propriedades ou mecanismos de acção conhecidos da classe.
- Dos 4 agentes com actividade contra bactérias Gram-negativas baseada em dados reais, 2 actuavam sobre novos ou possíveis novos alvos e nenhum através de novos mecanismos de acção.

A Figura 7.2 mostra as informações recolhidas sobre esses 15 agentes antibacterianos. É de salientar que apenas cinco desses agentes tinham avançado para a fase dos ensaios clínicos para confirmar a sua eficácia clínica (Fase 3 ou posterior do desenvolvimento clínico).

**Figura 7.2** Novos agentes antibacterianos sistémicos com um novo alvo ou um novo mecanismo de acção e com actividade *in vitro* baseada em dados reais (barras de cor escura) ou actividade *in vitro* presumida baseada nas propriedades ou mecanismos de acção da classe (barras de cor clara) contra as bactérias seleccionadas (cenário favorável), por fase de desenvolvimento (n = 15).



*Nota:* A actividade *in vitro* baseada em dados reais é indicada a cor mais escura no fundo de cada coluna. A actividade *in vitro* presumida baseada nas propriedades ou mecanismos de acção da classe (consoante o caso) é indicada a cor mais clara no topo de cada coluna.

\* Dois carbapenemes foram omitidos da Figura 7.2b por não serem mais activos do que os carbapenemes anteriores contra as bactérias Gram-negativas. A novidade relativa destes agentes baseou-se no seu melhor perfil de actividade contra bactérias Gram-positivas resistentes aos antibióticos, donde a sua inclusão na Figura 7.2a.

Os custos da resistência bacteriana na UE são já consideráveis e deverão aumentar. Segundo os dados actuais, prevê-se o surgimento de problemas específicos nos próximos anos devido à resistência das bactérias Gram-negativas.

Paralelamente, há muito poucos agentes antibacterianos com novos mecanismos de acção em desenvolvimento para enfrentar o desafio da multirresistência. Verifica-se uma notória carência de novos agentes para o tratamento de infecções causadas por bactérias Gram-negativas multirresistentes.

Este relatório identificou um desfasamento entre o peso das infecções causadas por bactérias multirresistentes e o desenvolvimento de novos agentes antibacterianos para enfrentar o problema, havendo a necessidade premente de uma estratégia europeia e mundial que faça frente a esse desfasamento, bem como de medidas que estimulem o desenvolvimento de medicamentos.

## 8. Eficácia das intervenções comportamentais e psicossociais de prevenção do VIH e das IST junto dos HHS na Europa

(Publicado em Novembro de 2009, alterado em Dezembro de 2009)

### Contexto

Na ausência de uma vacina eficaz e economicamente acessível e de capacidades não-curativas das actuais terapias anti-retrovirais, a prevenção comportamental e psicossocial visando limitar os comportamentos sexuais de risco continua a ser fundamental para os esforços de diminuição das transmissões por via sexual do VIH e das IST entre homens homossexuais (HHS). Os responsáveis pelo planeamento de programas e pelo desenvolvimento de políticas precisam de descrições de intervenções específicas e de estimativas quantitativas dos efeitos das intervenções para tomar decisões fundamentadas em matéria de financiamento e investigação da prevenção, donde a necessidade de uma análise sistemática que actualize o actual acervo de conhecimentos sobre as intervenções preventivas do VIH e das IST direccionadas para os HHS na Europa.

### Objectivos

Este relatório tinha como objectivos resumir e avaliar a eficácia das intervenções de prevenção do VIH e das IST direccionadas aos HHS que vivem na Europa e identificar as características associadas à eficácia, bem como eventuais lacunas, nas provas científicas.

### Métodos

Foi levada a cabo uma pesquisa sistemática de literatura sobre a matéria em oito bases de dados internacionais e em listas de referências de análises pertinentes e estudos anexos. Os estudos foram seleccionados de acordo com critérios predefinidos e avaliados em função do risco de parcialidade. Os resultados foram resumidos em quadros e estimaram-se os efeitos dos resultados obtidos no domínio dos comportamentos sexuais.

### Resultados

Os resultados foram extraídos dos dados de seis estudos controlados, envolvendo um total de 4 111 participantes iniciais de quatro países europeus diferentes. Os resultados revelaram que existia, em todos os estudos, um risco de parcialidade «elevado» ou «claro» num ou mais dos domínios avaliados. A estimativa do efeito combinado das quatro intervenções com dados disponíveis sugeriu que os HHS que participam nas iniciativas de prevenção do VIH e das IST podem mostrar-se pouco propensos a comunicar relações de sexo anal desprotegido (SAD). A base de provas científicas mostrou-se insuficiente para permitir um exame das características das intervenções mais estreitamente associadas à amplitude do efeito. Muito poucos participantes no estudo não eram brancos e apenas um estudo utilizou uma medição biológica das IST como índice de mudança.

### Discussão

Apesar da maturidade da epidemia do VIH, são raras as avaliações rigorosas dos resultados de qualquer tipo de intervenção comportamental de prevenção do VIH e das IST dirigida aos HHS na Europa. Os resultados apontam para possíveis efeitos a curto prazo das intervenções em termos de redução da percentagem de HHS que praticam SAD, mas a escassez de estudos controlados indica a necessidade de realizar investigação neste domínio. A comunidade científica deve ponderar a possibilidade de transferir as intervenções e, idealmente, levar a cabo uma investigação de base abrangente antes de lançar um novo programa.

### Conclusão

Há um défice global de avaliações dos resultados das intervenções visando a redução dos comportamentos de risco de VIH/IST entre os HHS na Europa. A concepção de estratégias comportamentais de prevenção do VIH e das IST para evitar novas infecções, assim como a avaliação desses programas de prevenção destinados aos HHS, é uma componente importante de uma estratégia geral de contenção do VIH e das IST no âmbito da prevenção e da prestação de cuidados.

# Relatórios de orientação

## 9. Controlo da clamídia na Europa

(Publicado em Junho de 2009)

### Por que razão é a clamídia um problema de saúde pública

A *Chlamydia trachomatis* corresponde a uma das infecções bacterianas sexualmente transmissíveis mais comuns na Europa. Normalmente, as taxas registadas no grupo dos jovens sexualmente activos situam-se nos 5% a 10%. O número de casos diagnosticados está a aumentar em muitos países europeus, em parte devido ao maior número de testes e à utilização de testes mais sensíveis. As pessoas com clamídia genital podem ter sintomas de inflamação do tracto genital, incluindo uretrite e cervicite, mas a maioria permanece assintomática. A clamídia é um problema importante de saúde pública, porquanto, se não for tratada, pode dar origem a doença inflamatória pélvica, subfertilidade e mau desempenho reprodutivo em certas mulheres. De igual modo, a clamídia facilita a transmissão do VIH. Os custos do tratamento da subfertilidade causada pela clamídia são elevados, visto o mesmo implicar cirurgia tubária e fertilização *in vitro*. Embora exista tratamento barato e eficaz, o controlo da clamídia é um verdadeiro desafio, pois a maioria das pessoas atingidas é assintomática.

### Actividades de controlo da clamídia na Europa

Um inquérito sistemático sobre as actividades de controlo da clamídia em 29 países europeus descortinou uma grande variação na organização do controlo de clamídia. Quase metade dos países afirmou não ter nenhuma actividade organizada, existindo programas de controlo nacionais em apenas dois países.

### Aplicação do controlo da clamídia

O primeiro passo para um programa de controlo abrangente e eficaz reside na adopção de uma estratégia de controlo da clamídia baseada numa vasta consulta junto dos principais intervenientes. A estratégia deve ter em conta as oportunidades e limitações específicas a nível nacional e ser acompanhada por uma análise das provas científicas para fundamentar as intervenções e medidas incluídas. A estratégia pode basear-se na abordagem por etapas delineada nesta orientação.

Recomenda-se a adopção da abordagem por etapas para garantir que a prevenção das IST e a gestão de doentes sejam efectuadas antes de ser necessário considerar intervenções complexas como o rastreio.

Os programas de controlo da clamídia dividem-se em quatro níveis:

- Nível A, prevenção primária: inclui a promoção e a educação para a saúde, programas nas escolas e distribuição de preservativos.
- Nível B, gestão de casos: partindo do nível A, acrescenta-lhe a vigilância de casos de rotina, serviços de diagnóstico da clamídia eficazes, serviços clínicos e serviços de gestão de doentes e parceiros. Cada uma destas componentes implica orientações claras baseadas em provas científicas e auditorias regulares.
- Nível C, testes oportunistas: partindo do nível B, acrescenta-lhe os testes de rotina realizados em um ou mais grupos específicos que procurem outros serviços clínicos, com o intuito do despiste, por exemplo, identificando casos assintomáticos.
- Nível D, programa de rastreio: partindo do nível C, acrescenta-lhe a realização organizada de testes de clamídia regulares cobrindo parte considerável de uma determinada população, com o objectivo de reduzir a prevalência da clamídia na população.

As provas científicas do impacto dos programas de nível C e D são limitadas, o que faz com que estes, quando aplicados, necessitem de ser atentamente avaliados para orientar as políticas futuras. Mais especificamente, o impacto desses programas no controlo da clamídia entre a população precisa de ser monitorizado e avaliado. A introdução de um programa de rastreio da clamídia deve ser considerada com a mesma prudência com que se equaciona qualquer outro programa de rastreio, avaliando todos os eventuais benefícios, danos e custos.

A eficácia das estratégias nacionais de controlo da clamídia em termos de afectação de recursos e de aplicação requer a liderança e o compromisso dos responsáveis políticos pelos cuidados de saúde. Provavelmente, as estratégias nacionais mais adequadas variarão consoante o país, devendo ser formuladas consultando organizações médicas profissionais, entidades financiadoras e prestadores de cuidados de saúde e serviços de diagnóstico.

## Avaliação dos programas de controlo da clamídia

Os programas de controlo visam reduzir a prevalência da clamídia, mas essa redução é difícil de monitorizar, pois exige a realização de inquéritos periódicos junto da população. No entanto, existem muitos outros indicadores de eficácia que devem ser incorporados em qualquer programa desde o início.

A nível nacional, os programas devem monitorizar os indicadores relativos às respectivas políticas e directrizes, aos seus processos e execução e aos seus resultados, tendo estes de se basear nos objectivos específicos adequados ao nível de aplicação.

Se passarem para o nível de controlo seguinte, os países terão de tomar decisões com base numa avaliação rigorosa dos dados relativos à eficácia, à relação custo-eficácia e aos danos. Este processo será apoiado se os países assegurarem a avaliação integral de todas as actividades e a partilha dos resultados com outros países da Europa. Deste modo, os investimentos presentemente feitos em programas irão reforçar a base de provas científicas disponíveis para o controlo de clamídia, bem como facilitar futuras decisões e melhorar a saúde da população.

A nível europeu, o objectivo deve apontar para a redução do número de países sem actividade organizada.

## Objectivos do documento

Este documento fornece orientações aos responsáveis políticos pela saúde da União Europeia sobre as estratégias nacionais de controlo da clamídia. Não apresenta directrizes específicas de natureza clínica ou diagnóstica, mas sim um quadro para o desenvolvimento, aplicação e aperfeiçoamento de estratégias nacionais de prevenção e controlo da clamídia. A base de fundamentação dessas directrizes específicas reside na consulta das recentes análises sistemáticas efectuadas.

As políticas de saúde, assim como as directrizes clínicas, devem assentar nas melhores provas científicas disponíveis. Todavia, em termos gerais, há poucas provas para fundamentar as decisões relativas a tais políticas. Com este documento de orientação, pretendemos facilitar a formulação de directrizes locais baseadas em provas científicas, no âmbito de estratégias nacionais sólidas de controlo da clamídia. Estas estratégias devem ter em conta não apenas factores clínicos e epidemiológicos (como a prevalência de clamídia na população), mas também os sistemas de prestação de cuidados de saúde, as infra-estruturas e os recursos locais.

As orientações foram elaboradas por um grupo de peritos técnicos, com base nas provas científicas reunidas no relatório do ECDC «Review of chlamydia control activities in EU countries» [Análise das actividades de controlo da clamídia nos países da UE], que faz um levantamento das actividades de controlo da clamídia e foi considerado juntamente com as recentes análises sistemáticas do rastreio e do controlo da clamídia.

Este relatório de orientação trata da forma comum sexualmente transmissível de *Chlamydia trachomatis* (serovares D a K), não abarcando o linfogranuloma venéreo nem o tracoma.

## 10. Utilização de antivirais contra a gripe durante pandemias de gripe para protecção da saúde pública

(Publicado em Junho de 2009, actualizado em Agosto de 2009)

Este documento de referência destina-se a servir de recurso para aqueles que, na União Europeia e no espaço do EEE/EFTA, desenvolvem políticas e práticas de utilização de medicamentos antivirais contra a gripe, em particular no contexto das pandemias de gripe. O documento baseia-se em provas científicas, orientações da OMS, pareceres de peritos (incluindo dos peritos com assento no Fórum Consultivo do ECDC) e recomendações constantes dos planos de preparação nacionais em matéria de pandemia, e incide sobre as opções de utilização de medicamentos antivirais no contexto de uma pandemia de gripe.

As provas científicas disponíveis sobre a eficácia dos antivirais em termos de tratamento ou profilaxia, e a sua subsequente utilização para protecção da saúde pública durante uma pandemia, derivam de estudos realizados durante as épocas de gripe sazonal em adultos saudáveis e, em menor grau, num dos grupos de maior risco (idosos) e em várias crianças mais velhas.

Estas provas indicam que certos medicamentos antivirais, designadamente os inibidores da neuraminidase (oseltamivir e zanamivir), apresentam algumas vantagens em termos de tratamento, reduzindo, normalmente, a duração da doença da gripe em 1-2 dias, bem como as complicações e a necessidade de antibióticos nos indivíduos infectados. Este efeito é limitado pela necessidade de administração precoce dos medicamentos (nas 48 horas seguintes ao início dos sintomas). Existem também dados pouco seguros de estudos observacionais que indicam que, mesmo sendo administrados após esse período de 48 horas, os medicamentos podem reduzir a morbidade e até a mortalidade dos doentes mais gravemente atingidos. São frequentemente observados efeitos secundários menores, principalmente náuseas e, por vezes, vômitos, com a preparação oral (oseltamivir), razão pela qual o fabricante recomenda que se tome a medicação com uma refeição.

Os ensaios realizados em adultos saudáveis indicam que, desde que o medicamento seja tomado seguindo as prescrições, a infecção pode ser evitada através de tratamento profilático com uma taxa de eficácia de 70% a 90%. As provas dos benefícios para a saúde pública nos grupos e contextos de maior risco são menos evidentes mas, de facto, parece haver alguma redução da infecção, por exemplo, nos surtos de gripe sazonal ocorridos em instalações fechadas, por exemplo, lares de idosos. Isto sugere que estes medicamentos podem ter impacto no nível de transmissão viral e ajudar a prevenir a infecção.

Muito esporadicamente, os vírus da gripe com resistência primária a um ou mais medicamentos antivirais podem surgir naturalmente, em consequência de uma mutação genética e de um rearranjo viral natural. Isto aconteceu na Europa durante a época de 2007-08, altura em que emergiu um vírus de gripe resistente ao oseltamivir. Este aparecimento não adveio da utilização de antivirais, pelo que esta possibilidade não deve influir nas políticas predefinidas de utilização de antivirais durante uma pandemia. Não obstante, a possibilidade de aparecimento de um novo vírus resistente ao tratamento antiviral é uma preocupação real. Se aparecer um vírus deste tipo durante uma pandemia, isso poderá exigir alterações rápidas das políticas de utilização de antivirais, em particular a nível da profilaxia. Importa não confundir esta situação com a resistência secundária aos antivirais, bastante mais comum quando se utilizam medicamentos antivirais e que resulta, normalmente, num vírus incapaz de se transmitir de pessoa para pessoa, não constituindo, por isso, um problema que ponha em causa a saúde pública.

Existe toda uma gama de diversas estratégias de utilização de medicamentos antivirais, as quais dependem dos objectivos gerais de saúde pública que as autoridades pretendem atingir, da disponibilidade de medicamentos antivirais e de outras considerações de ordem prática. Esses objectivos podem consistir no tratamento das pessoas mais gravemente atingidas, no tratamento ou protecção das pessoas em maior risco, no tratamento de todos os casos, na redução do nível de transmissão ou na protecção dos trabalhadores dos cuidados de saúde e de outros trabalhadores essenciais. O ECDC sugeriu uma hierarquização das prioridades.

Durante uma pandemia, devido ao elevado número de infectados e à gravidade potencial da infecção, há importantes desafios práticos que é preciso superar para satisfazer as necessidades potenciais de medicamentos antivirais, tanto para o tratamento de pessoas infectadas como para a prevenção da infecção (profilaxia). Muitos países constituíram reservas de medicamentos antivirais especificamente para os utilizarem durante uma pandemia. Actualmente, as existências de antivirais nos países europeus parecem variar da cobertura de uma pequena percentagem da população até mais de 50% da mesma. Porém, mesmo com as existências disponíveis, será quase inevitável que, numa pandemia, a procura de medicamentos antivirais suplante a oferta. Daí a importância e a necessidade de um planeamento estratégico e logístico prévio para otimizar a utilidade das

reservas existentes. Um importante princípio geral diz que, sem a definição dos objectivos, protocolos e sistemas de administração e entrega que as devem acompanhar, a utilidade das reservas é limitada.

Assim, para maximizar as vantagens associadas à constituição de reservas de antivirais, será fundamental definir objectivos claros no âmbito das actividades de planeamento de uma pandemia. Este planeamento deve ter em consideração o volume total e a disponibilidade de medicamentos antivirais, a epidemiologia subjacente (taxas de ataque previstas, etc.), a amplitude e a duração do surto e a dimensão dos grupos populacionais. De igual modo, a modelização pode revelar-se um instrumento importante para extrapolar os efeitos das várias estratégias antivirais possíveis numa pandemia, mas essa modelização não é fácil de fazer. Com base nas provas científicas disponíveis, o ECDC propõe a seguinte hierarquia de prioridades para a utilização de medicamentos antivirais:

1. **Pessoas mais gravemente doentes.** A primeira prioridade é tratar as pessoas mais gravemente atingidas pela gripe, mesmo que estejam para lá da «janela» das 48 horas seguintes ao início dos sintomas, período em que se considera que os antivirais são eficazes. No entanto, no caso destes doentes, é ainda mais importante a existência de uma oferta de antibióticos adequados para o tratamento de infecções secundárias, bem como de outros medicamentos essenciais.
2. **Pessoas com maior risco de doença grave.** Neste grupo, poderá dar-se prioridade às pessoas com maior risco de desenvolver doença grave. No caso da gripe sazonal, trata-se das pessoas às quais é recomendada a vacinação: idosos, pessoas com doenças crónicas pré-existentes e profissionais dos serviços de saúde que contactem directamente com os doentes. Contudo, a prioridade pode ter de ser alterada durante uma pandemia, para atender as pessoas em maior risco face à estirpe pandémica. Nos casos em que tanto o vírus da gripe pandémica como o da sazonal estejam em circulação, será necessário combinar os grupos de maior risco face a uma e a outra. Alguns países poderão considerar a possibilidade de enveredar pela profilaxia em agregados familiares com pessoas em maior risco, se bem que esta seja uma política de aplicação complexa.
3. **Todas as pessoas que estejam a iniciar a doença.** Depois dos casos mais graves, a prioridade na administração dos antivirais pode ir para as pessoas que estejam a iniciar a doença (nas 48 horas seguintes aos primeiros sintomas), pois é neste período que este tipo de medicamentos é mais eficaz.
4. **Utilização profilática.** Os países com maiores existências de medicamentos antivirais podem considerar administrá-los também como medida profilática. Os grupos candidatos são: pessoas de contacto próximo com os casos, contactos familiares e trabalhadores essenciais para a continuidade da actividade económica. Dada a oferta limitada, são desaconselhadas as reservas caseiras, embora, inevitavelmente, se preveja que haja pessoas a solicitar medicamentos junto dos seus médicos, como sucedeu a propósito da gripe aviária.
5. **Os trabalhadores dos cuidados de saúde** com contacto directo com os doentes são um caso especial. Precisam de estar razoavelmente protegidos por equipamento de protecção individual. Se adoecerem, terão de tomar de imediato os medicamentos antivirais e permanecer em casa. Os países com maiores existências poderão considerar avançar com a profilaxia em determinados grupos destes trabalhadores.

Os aspectos organizacionais da entrega dos antivirais acarretam desafios ainda maiores. Efectivamente, as provas indicam que o tratamento com antivirais só pode produzir os seus limitados benefícios se for ministrado nas primeiras 48 horas seguintes ao início dos sintomas. Tal condição será particularmente difícil de satisfazer durante uma pandemia. Assim, para os antivirais serem eficazes no tratamento da infecção, convém também afectar recursos ao desenvolvimento de protocolos e sistemas que assegurem rapidamente o seu fornecimento e administração.

O trabalho que o ECDC e a Delegação Regional Europeia da OMS realizaram em conjunto com os Estados-Membros aponta para a necessidade de, antes de uma pandemia, equacionar atentamente os seguintes aspectos operacionais ligados à entrega e à gestão das reservas de antivirais nacionais e de outras reservas estratégicas:

1. Na fase inicial de uma pandemia, é preciso decidir se a gravidade da infecção no doente individual é suficiente para providenciar medicamentos antivirais a todas as pessoas sintomáticas ou mesmo tentar o retardamento ou a contenção.
2. Garantir uma disponibilidade permanente de antivirais para os clínicos que permita tratar os mais atingidos pela doença.
3. Poder fornecer atempadamente agentes antivirais às pessoas que mais deles necessitem, dada a necessidade de os administrar nas 48 horas seguintes ao início dos sintomas.
4. Com base em critérios predefinidos (posição prévia), identificar os principais grupos prioritários para a administração dos antivirais.



5. Poder alterar as prioridades, caso se verifique que as pessoas em maior risco não são as previstas com base na experiência adquirida com a gripe sazonal.
6. Assegurar que as zonas primeiramente afectadas não esgotam as reservas nacionais, e poder deslocar recursos em todo o país.
7. Tomar uma atitude em relação aos cidadãos que procurem constituir reservas individuais e as empresas que tentem proteger o seu pessoal.
8. Monitorizar a resistência aos antivirais, em especial a resistência primária, e poder alterar as estratégias de tratamento nacionais caso se anteveja o esgotamento das reservas ou surjam casos de resistência aos antivirais (nomeadamente, se os medicamentos estiverem a ser utilizados num contexto de profilaxia).
9. Não sobrecarregar os serviços de cuidados primários com a distribuição de antivirais por pessoas com indisposição ligeira ou moderada, quando os mesmos estão já sob pressão para atenderem as pessoas mais atingidas pela doença. Este procedimento evita igualmente que pessoas potencialmente infectadas se juntem para receber antivirais (por exemplo, em filas ou salas de espera), propagando ainda mais a infecção.
10. Assegurar uma boa capacidade de oferta de outros fármacos essenciais, nomeadamente, mas não só, antibióticos adequados.
11. Poder monitorizar o cumprimento das regras, nomeadamente entre as pessoas com uma ligeira má disposição e as que sejam alvo de medidas profiláticas.
12. Antecipar os ligeiros efeitos secundários habituais do oseltamivir (nomeadamente, náuseas) e atentar na possibilidade de surgirem casos de efeitos secundários menos frequentes, mas mais severos.
13. Dispor de materiais de formação e abordagens para facilitar o uso de inaladores de zanamivir, em especial por pessoas que sintam dificuldade em usá-los.
14. Considerar a adopção de abordagens centradas em grupos específicos, tais como mulheres grávidas e crianças pequenas.
15. Dispor de estratégias de comunicação sólidas, fiáveis e testadas para os profissionais e pessoas em geral envolvidos nos procedimentos e actividades acima referidos, no âmbito de uma estratégia de comunicação mais geral, durante uma pandemia.

Adicionalmente, o ECDC informa que existem sistemas práticos que podem actuar a nível da UE:

16. Notificações dos Estados-Membros, através do SARR, sobre as respectivas posições políticas prévias e, posteriormente, sobre alterações significativas.
17. Dispor de sistemas para recolher relatos e rumores de eventos adversos e ter um mecanismo, em conjunto com a EMEA e o ECDC, para responder a esses eventos quando eles, inevitavelmente, emergirem.
18. Em conjunto com o ECDC, o laboratório de referência comunitário e a OMS, monitorizar o surgimento de casos de resistência aos antivirais.
19. Antecipar o aparecimento inevitável da venda directa na Internet de antivirais e de outros medicamentos de origem não regulamentada.

O trabalho realizado dá conta de várias prioridades de investigação & desenvolvimento, entre as quais a necessidade de determinar se os medicamentos antivirais são ou não benéficos quando administrados fora da «janela» das 48 horas, em especial no tratamento dos doentes mais graves. Outra prioridade é a criação de sistemas nos Estados-Membros que permitam determinar em tempo real se os medicamentos antivirais são verdadeiramente eficazes contra qualquer vírus pandémico, bem como sistemas para a detecção precoce do verdadeiro tratamento ou de profilaxias mal sucedidas, que podem indiciar o surgimento de resistência.

## 11. Utilização de vacinas específicas contra a gripe pandémica durante a pandemia do H1N1 de 2009

(Publicado em Agosto de 2009)

Em Abril de 2009, foi identificada e caracterizada uma nova estirpe da gripe humana A (H1N1). Prevê-se que as taxas de ataque desta estirpe pandémica da gripe A (H1N1) sejam mais elevadas do que as das estirpes de gripe sazonal, isto devido aos níveis mais baixos de imunidade pré-existente na população (excepto nos idosos, muitos dos quais parecem ter um certo grau de imunidade). Assim sendo, é provável que os números reais de casos de gripe atendidos pelos serviços de saúde num curto período de tempo sejam superiores aos da gripe sazonal.

A vacinação com uma vacina específica contra a estirpe pandémica é tida como uma das contramedidas mais eficazes para proteger as pessoas em caso de pandemia. No entanto, as vacinas específicas contra a pandemia não estarão todas disponíveis ao mesmo tempo. O fornecimento pelos fabricantes será, necessariamente, faseado, e haverá também dificuldades na distribuição. Será difícil garantir a oferta da vacina dentro de um prazo razoável. Será importante proceder a uma utilização estratégica das vacinas, de acordo com uma criteriosa hierarquização de prioridades para os diversos grupos populacionais, por forma a maximizar os benefícios das doses disponíveis.

Os objectivos gerais da vacinação devem ser especificados antes de se decidir a quem deve ela ser administrada e como estabelecer as populações-alvo prioritárias. Estas podem, naturalmente, diferir consoante o país e/ou a região. Diferirão, principalmente, em função dos recursos, da quantidade de vacinas, do número de seringas, etc. que estiverem disponíveis, bem como de aspectos práticos relacionados com a distribuição e a entrega. Estas diferenças entre países suscitarão problemas de comunicação quando se tornarem visíveis, pelo que convém estar preparado para lidar com estes últimos.

Os objectivos de uma estratégia de vacinação pandémica podem ser incluídos em duas grandes categorias que de forma alguma se excluem mutuamente: a) a mitigação, para proteger os indivíduos mais susceptíveis ao risco de doença grave, e b) a protecção de serviços essenciais.

O vírus da gripe A(H1N1) é um novo vírus e as pandemias modernas diferiram todas entre si e da actual gripe sazonal. Por conseguinte, os grupos de risco (as pessoas que incorrem em maior risco de doença grave) podem ser diferentes dos definidos face às estirpes de gripe sazonal. De igual modo, impõe-se a adopção de estratégias diferentes perante a maior necessidade de manter os serviços essenciais através da imunização. Logo, e uma vez mais, os grupos-alvo (grupos aos quais é oferecida a vacina, incluídos ou não nos grupos de risco) podem também ser diferentes.

De acordo com as actuais provas relativas à pandemia de gripe A (H1N1) de 2009, é possível identificar como grupos de risco os seguintes grupos populacionais:

- pessoas de idade inferior a 65 anos com patologias crónicas subjacentes, nomeadamente:
  - doenças respiratórias crónicas;
  - doenças cardiovasculares crónicas;
  - doenças metabólicas crónicas (nomeadamente, a diabetes);
  - doenças renais ou hepáticas crónicas;
  - pessoas com deficiências imunitárias (congénitas ou adquiridas);
  - doenças neurológicas ou neuromusculares crónicas;
  - qualquer outra patologia que debilite a imunidade de uma pessoa ou altere a sua função respiratória;
- crianças pequenas (em especial as menores de 2 anos);
- mulheres grávidas.

Esta lista difere um pouco dos grupos para os quais muitos países recomendam a imunização contra a gripe sazonal, nomeadamente no que respeita às pessoas de idade igual ou superior a 65 anos. De um modo geral, os idosos parecem ter um menor risco de infecção - devido, possivelmente, à imunidade existente -, mas há indicações de que, se forem infectados, são mais gravemente atingidos pela doença do que os adultos mais jovens.

Além disso, a vacinação pode ser oferecida a outros grupos, mesmo que não tenham um maior risco de doença grave (grupos-alvo). Há motivos para oferecer a vacinação a crianças, visto que registam altas taxas de ataque (se bem que de doença ligeira) e podem ser particularmente importantes na expansão de surtos locais. Há também motivos para oferecer a imunização a todos os trabalhadores dos cuidados de saúde, tanto para evitar que as pessoas dos grupos de risco sejam infectadas por estes trabalhadores como para protegê-los dos doentes infectados, contribuindo assim para a sustentação dos serviços de saúde. Há vantagens em oferecer a imunização

às pessoas que cuidam daquelas cuja imunização pode não ser eficaz (por exemplo, pessoas em tratamento com uma terapia imunossupressora). Neste momento, por falta de dados sobre imunogenicidade e segurança, não é possível imunizar os bebés com menos de 6 meses de idade, justificando-se, portanto, a oferta da vacinação às pessoas que contactam com eles mais de perto. Outros grupos-alvo potenciais são os trabalhadores essenciais para assegurar a resposta à pandemia.

Este documento de orientação baseia-se no cenário actual da pandemia de gripe A (H1N1) de 2009. São indicadas e discutidas as áreas específicas de incerteza. À medida que forem sendo disponibilizados mais dados, provas e pareceres, este documento será actualizado juntamente com a avaliação de risco do ECDC a que está associado.

Com base na experiência adquirida nas pandemias anteriores, durante as quais a patogenicidade e a transmissibilidade do vírus aumentaram com o passar do tempo, são apresentados outros três cenários. Do documento constam ainda anexos que resumem as provas em prol da vacinação contra a gripe sazonal e a gripe pandémica actual de grupos de risco específicos e fornecem amplas estimativas da dimensão dos grupos de risco e grupos-alvo. As bases de cálculo são indicadas de forma suficientemente pormenorizada para que as pessoas nos Estados-Membros possam aplicar a metodologia à sua própria população ou comparar os métodos já utilizados.

## Relatórios de vigilância

### 12. Vigilância da tuberculose na Europa - 2007

(Publicado em Março de 2009)

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

Em 2007, foram notificados 477 327 casos de TB pelos 51<sup>1</sup> países da Região Europeia da OMS, mais o Liechtenstein<sup>2</sup>. A taxa média global de notificação foi de 54 casos/100 000, denotando uma grande variabilidade entre países e um notório gradiente incremental no sentido oeste-este nos últimos anos. Isto representa um aumento de 54 497 casos face a 2006 e um acréscimo na taxa global de notificação de 13% (de 48/100 000 para 54/100 000), imputável, principalmente, ao registo pela Federação Russa de casos retratados previamente não notificados, após a expansão da cobertura do seu sistema de notificação e a melhoria do acesso dos doentes aos cuidados de saúde. No conjunto da Região, a taxa de notificação de casos previamente não tratados diminuiu 2,5% (36,6-35,7/100 000). Em geral, as taxas de mortalidade por tuberculose dos últimos anos reflectem as taxas de notificação globais na forma como se distribuem geograficamente pela Região (taxa mediana global: 0,6/100 000, intervalo dos países: 0,0-22,3). O nível mediano de tuberculose multirresistente (TB MR) primária foi de 1,5% nos 22 países que forneceram dados sobre a TB MR. A taxa média de sucesso do tratamento ascendeu a 73%, com 11% de acompanhamentos perdidos, 8% de mortes e 7% de tratamentos ineficazes.

#### Países da União Europeia (UE) e do Espaço Económico Europeu (EEE)/Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA) (30 países)

Os 27 países da UE e três países do EEE/EFTA (Islândia, Noruega e Liechtenstein) comunicaram 84 917 casos de TB em 2007. As taxas de notificação de TB (17/100 000 no total) foram mais elevadas na Roménia (118), na Bulgária (40) e nos Estados Bálticos (36-71). Entre 2003 e 2007, as taxas de notificação globais diminuíram 4% ao ano, reflectindo a redução dos casos de tuberculose previamente não tratados. No entanto, registaram-se aumentos significativos em Malta (+61%) e na Islândia (+37%), bem como algum crescimento na Suécia (+5%) e no Reino Unido e Chipre (ambos +3%), sobretudo nos casos de origem estrangeira. Em 2007, 21% dos casos (intervalos dos países: 0-78%) ocorreram em pessoas de origem estrangeira, quase dois terços das quais provenientes da Ásia ou de África e 6% de países da Europa Oriental não pertencentes à UE e da Ásia Central. A prevalência do VIH nos casos de tuberculose subiu, entre 2001 e 2007, na Estónia e na Letónia (de < 1% para 11% e 4%, respectivamente), tendo duplicado no Reino Unido em 2000-2003 (de 4% para 8%). Nos restantes países que apresentaram dados, a prevalência do VIH nos casos de tuberculose foi igual ou inferior a 1% em cinco países, de 2-5% em sete países e de 14% em Portugal. A multirresistência (MR) continuou a ser mais frequente nos Estados Bálticos (MR combinada: 10-21%) do que nos outros países (0-4%), nos quais mostrou, em geral, ser mais comum em casos de origem estrangeira. Vinte e um países forneceram dados da monitorização dos resultados do tratamento (MRT) relativos a casos definitivos de TB pulmonar em 2006. Quanto aos casos incluídos nas coortes de MRT, dos casos previamente não tratados, 80% tiveram um resultado satisfatório. Os acompanhamentos perdidos foram mais frequentes nos casos de tuberculose pulmonar em pessoas de origem estrangeira do que entre os nacionais (35% contra 16%, respectivamente), enquanto as mortes foram notificadas com menor frequência (8% contra 4%). As taxas de mortalidade por tuberculose variaram entre 0,0-10,9/100 000 (29 países, últimos dados disponíveis de 2001-2006).

#### Zona ocidental (fora da UE) (3 países)

Em 2007, foram notificados 881 casos de tuberculose por três países - Andorra, Israel e Suíça -, com taxas variando entre 5,6 e 7,3/100 000. As taxas foram geralmente baixas e, na sua maioria, os casos de TB notificados foram de origem estrangeira. A Suíça e Israel forneceram dados sobre a vigilância da resistência a medicamentos, com uma prevalência da TB MR em todos os casos testados de 2,3% e 6,7%, respectivamente. Israel notificou

<sup>1</sup> Não existem dados relativos ao Mónaco e a San Marino.

<sup>2</sup> O Liechtenstein é incluído no relatório, mas apenas como país do EEE/EFTA – não pertence à Região Europeia da OMS.

resultados do tratamento dos casos registados em 2006, com uma taxa de sucesso de 74% nos novos casos definitivos de tuberculose pulmonar.

## Balcãs (7 países)

Os países dos Balcãs notificaram 26 296 casos em 2007, 75% dos quais notificados apenas pela Turquia (outros 930 casos foram notificados pela Província do Kosovo Administrada pela ONU). Em 2007, a taxa global de notificação de TB foi de 29/100 000 e foi maior na Bósnia e Herzegovina (62) do que na Albânia, Croácia, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Montenegro, Sérvia e Turquia (intervalo: 14-28). A prevalência do VIH nos casos de TB foi de 0,0-0,4% nos países com dados disponíveis (Albânia, Bósnia-Herzegovina, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Montenegro e Sérvia). A multirresistência (MR) combinada primária e adquirida foi de 0,0-0,6% e 9,7-34,6%, respectivamente, nos quatro países que notificaram dados sobre a multirresistência (Albânia, Montenegro, antiga República Jugoslava da Macedónia e Sérvia). Em 2006, a taxa de sucesso nos novos casos definitivos de tuberculose pulmonar foi de 80-97% em cinco países e menor nos outros dois (35-70%). As taxas de mortalidade por tuberculose variaram entre 0,25 e 21/100 000 (cinco países, últimos dados completos disponíveis de 2001-2006).

## Zona oriental (12 países da Europa Oriental não pertencentes à UE e da Ásia Central)

No ano de 2007, foram notificados 365 233 casos de tuberculose (TB) nos países da zona oriental, 59% dos quais pela Federação Russa. Em 2007, as taxas de notificação de TB (taxa global de 131/100 000) foram mais altas no Cazaquistão (258), na República da Moldávia (178), na Federação Russa (151), na Geórgia (135) e no Quirguistão (125), seguidos da Arménia, Azerbaijão, Bielorrússia, Tajiquistão, Turquemenistão, Ucrânia e Usbequistão (59-119). O aumento médio anual entre 2002 e 2007 foi igual ao observado no período de 1998-2002 (+6%). Entre 2006 e 2007, o número de novos casos decresceu em seis países. Nos últimos anos, a prevalência do VIH nos casos de tuberculose foi igual ou inferior a 1% em cinco países, mas foi superior na Federação da Rússia e na Ucrânia (7% e 6%, respectivamente, nos novos casos surgidos em 2007). Dados nacionais e regionais relativos à resistência a medicamentos (MR) fornecidos por vários países sugerem uma prevalência elevada e generalizada da MR. A prevalência da TB MR combinada variou entre 14% e 57%, embora a representatividade dos dados varie nos diversos países. Nos países que notificaram os resultados do tratamento de novos casos de TB pulmonar com esfregaço positivo (2006), a taxa média de sucesso foi de 64% (intervalo: 58-86%). O insucesso, associado à alta ineficácia (média: 12%, intervalo: 3-16%), decorreu, sobretudo, da prevalência da MR primária e dos acompanhamentos perdidos (média: 13%, intervalo: 4-35%). As taxas de mortalidade por tuberculose variaram entre 3,0 e 22,3/100 000 (todos os países, excepto o Turquemenistão, com dados completos; dados mais recentes disponíveis para todos os anos entre 2003 e 2006).

## Conclusões

Os países da Europa Oriental não pertencentes à UE e da Ásia Central continuam a ser a prioridade regional em matéria de controlo da TB. Nestes países, a situação é muitas vezes dificultada pela pouca precisão ou qualidade deficiente da informação, pela persistente falta de recursos necessários para organizar uma resposta apropriada e/ou pela utilização inadequada dos já existentes. Mais a ocidente, subsiste uma diversidade de padrões da tuberculose. Os países industrializados que visam a eliminação da tuberculose reconhecem cada vez mais a acumulação de casos em populações particularmente vulneráveis. Nos países com um peso intermédio, como os Estados Bálticos, a prevalência da tuberculose MR permanece elevada. A análise dos dados permite emitir várias recomendações de vigilância com vista ao reforço do controlo da TB, tais como:

- normalizar a definição dos casos utilizada na Região e os instrumentos utilizados na gestão de dados;
- integrar a TB na vigilância geral das doenças transmissíveis;
- intensificar a utilização da análise de coortes para monitorizar os resultados do tratamento;
- desenvolver uma melhor compreensão da co-epidemia TB/VIH;
- realizar avaliações criteriosas da prevalência e das tendências da TB MR a nível nacional e regional.

## 13. Relatório epidemiológico anual sobre doenças transmissíveis na Europa 2009

(Publicado em Outubro 2009)

### Contexto

Em 2007, o ECDC propôs que a periodicidade para a apresentação de um Relatório Epidemiológico Anual (REA) abrangente, que cubra, de forma aprofundada, todos os domínios sob a vigilância do ECDC, fosse de um relatório por cada três a cinco anos. Esta proposta teve o apoio do Fórum Consultivo do ECDC. Assim, a edição actual apresenta uma vasta compilação da situação em matéria de doenças transmissíveis na União Europeia, mas analisa em profundidade apenas um domínio: as doenças preveníveis pela vacinação. O relatório apresenta dados sobre a incidência de doenças em 2007 em quadros e gráficos normalizados com poucos comentários, e avalia as ameaças à saúde verificadas em 2008.

### Principais ameaças à saúde pública decorrentes de doenças infecciosas

As principais ameaças decorrentes de doenças transmissíveis na UE não se alteraram grandemente desde a edição anterior deste relatório, incluindo as seguintes:

- resistência aos antimicrobianos;
- infecções associadas aos cuidados de saúde;
- doenças prevenidas por vacinas, com destaque para as infecções pneumocócicas;
- infecções do tracto respiratório, com destaque para a gripe (potencial de pandemia e epidemia sazonal anual) e a tuberculose;
- infecção por VIH.

### Resumo da vigilância de doenças transmissíveis em 2007

O capítulo 3 recolhe e apresenta todos os casos notificados em 2007 pelos Estados-Membros da UE-27, mais três países do EEE/EFTA: Islândia, Liechtenstein e Noruega. Como salientam muitas das secções desse capítulo dedicadas a uma doença em particular, as comparações da incidência entre os países deve ser feita com prudência. Os sistemas de vigilância são diferentes e, em muitas doenças, a relação entre incidência notificada e incidência real varia de país para país. Na maior parte dos casos, será mais pertinente destacar comparações de tendências ao longo do tempo, dado que este é um elemento mais estável de um sistema de vigilância.

Tendo isso presente, são abaixo resumidas algumas das principais conclusões extraídas da vigilância de doenças infecciosas, no que respeita aos principais grupos de doenças e/ou motivos de preocupação.

### Resistência aos antimicrobianos e infecções associadas aos cuidados de saúde (RAM/IACS)

Em 2007, o *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) continuou a ser um problema significativo em toda a Europa. Porém, em alguns dos países altamente endémicos, as proporções de MRSA pareciam estar a estabilizar, observando-se, na verdade, tendências decrescentes em vários países.

A não susceptibilidade à penicilina do *Streptococcus pneumoniae* (PNSP) apresentou um quadro heterogéneo na Europa, com a maioria dos países do Norte da Europa a notificar níveis reduzidos e os países do Sul da Europa e do Mediterrâneo a notificarem níveis relativamente elevados. No entanto, globalmente, os níveis de não-susceptibilidade à penicilina e de resistência à eritromicina permaneceram estáveis na maioria dos países.

Com a propagação do complexo clonal 17, os surtos de *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina continuaram a afectar mais hospitais em vários países.

A resistência da *Escherichia coli* às fluoroquinolonas, à aminopenicilina, aos aminoglicosídeos e às cefalosporinas de terceira geração aumentou significativamente em quase todos os países que forneceram dados nos últimos anos. Este é um dado importante, porquanto assinala uma evolução no sentido da existência de bactérias Gram-negativas cada vez mais multirresistentes, e mesmo de estirpes totalmente resistentes.

Confirmou-se, em 2007, a tendência para o decréscimo das infecções no local cirúrgico após cirurgias de prótese da anca, o que demonstra o papel importante da vigilância, com comparações inter-hospitalares ajustadas ao risco, na prevenção e controlo das IACS.

## Doenças prevenidas por vacinas

Em 2007, a taxa de notificação da doença invasiva causada pelo *Haemophilus influenzae* manteve-se estável na Europa, bem abaixo de 1/100 000. Em todos os países onde foi introduzida, a vacina contra o Hib continuou a ter um efeito significativo na incidência desta doença.

Em 2007, a taxa global de notificação da doença meningocócica invasiva foi de 1/100 000, semelhante à de 2006, continuando os serogrupos B (77%) e C (16%) a ser a principal causa de doença meningocócica invasiva na Europa. A vacina normalmente utilizada abrange apenas o serogrupo C.

Comparativamente ao ano anterior, verificaram-se, em 2007, aumentos significativos nos números de casos confirmados de doenças pneumocócicas invasivas (DPI) notificados pela Áustria e pela Eslovénia, provavelmente devido às recentes melhorias introduzidas nos respectivos sistemas de vigilância. Em termos globais, foi difícil comparar as taxas de notificação entre os Estados-Membros, devido à grande heterogeneidade dos sistemas de vigilância de DPI na UE. A vacina pneumocócica conjugada heptavalente (Pn7) foi licenciada na UE em 2001, mas a sua utilização varia de país para país.

Em 2007, os países da UE e do EEE/EFTA notificaram menos casos de sarampo do que em 2006. Não obstante, o sarampo continuou a ser uma prioridade em termos de saúde pública, com 2 795 casos confirmados, incluindo um caso fatal e dois casos de encefalite. Nos últimos três anos, apenas quatro países não conheceram casos de sarampo.

Em 2007, a papeira continuou a ser uma das doenças preveníveis pela vacinação com uma das maiores taxas de notificação na Europa, mas manteve-se a tendência geral de diminuição contínua. De facto, em 2007, registou-se a menor taxa de notificação da papeira desde 1995.

À imagem da situação observada em 2006, também em 2007 as taxas notificadas de casos confirmados de rubéola foram reduzidas.

## Infecções do tracto respiratório

A época de gripe 2007-08 na Europa caracterizou-se por uma actividade clínica moderada, com um pico de circulação de gripe A (H1N1), seguido de um pico de gripe B. Houve apenas um pequeno número de estirpes isoladas de A (H3N2).

Um novo e importante fenómeno foi a primeira ocorrência da estirpe do vírus da gripe sazonal resistente ao medicamento antiviral oseltamivir: A (H1N1-H247Y). Esta estirpe foi plenamente capaz de se transmitir de ser humano para ser humano, mas a sua distribuição variou sobremaneira no conjunto da região (de bem mais de metade de todas as estirpes isoladas em certos países a uma pequena percentagem noutros). O aparecimento e a propagação deste vírus resistente não são explicáveis pela utilização prévia de antivirais.

À semelhança de 2006, registou-se uma série de surtos de gripe aviária de alta patogenicidade em aves na Europa, maioritariamente aves de capoeira domésticas, mas não foram notificados casos associados em seres humanos. Ocorreu no Reino Unido, em Maio de 2007, um surto de gripe aviária de baixa patogenicidade A (H7N2), com vários casos associados de doença gripal e/ou conjuntivite em seres humanos.

Em 2007, a taxa de notificação da doença do legionário nos países da UE e do EEE/EFTA manteve-se estável (1,1/100 000). O número de casos notificados de doença do legionário associados a viagens aumentou em relação a 2006, provavelmente devido a uma melhor vigilância e notificação, ao passo que o número de agregados associados a viagens desceu, talvez reflectindo o impacto das directrizes do Grupo de Trabalho Europeu para o Estudo de Infecções por *Legionella* (EWGLINET) no controlo da doença do legionário.

Quanto à tuberculose (TB), desde 2003 que as taxas de notificação de 25 países revelam uma notória tendência decrescente. Do total de casos, 25% foram detectados em pessoas de origem estrangeira, tal como em 2006, sobretudo da Ásia ou de África. A multirresistência (MR) continuou a ser mais frequente nos Estados Bálticos do que nos outros países, sendo, em geral, mais comum nos casos de origem estrangeira. Os dados continuam a reflectir a heterogeneidade da situação da TB, havendo países de baixa incidência com cada vez mais casos diagnosticados em populações de origem estrangeira, outros com taxas de notificação moderadas a elevadas, mas onde a TB MR é, por ora, pouco comum, e outros ainda com taxas de notificação relativamente elevadas e uma alta percentagem de casos de TB MR. No total, em 2007, os países da UE e do EEE/EFTA notificaram 41 205 casos confirmados de TB (8,2/100 000).

## VIH, infecções sexualmente transmissíveis, hepatite B e C

Em 2007, a infecção por VIH continuou a ser uma questão importante de saúde pública na Europa, sem sinais de diminuição do número de novos casos diagnosticados notificados. Contudo, o número de casos de SIDA diagnosticados continuou em decréscimo, excepto em alguns países da Europa Central e Oriental. O modo predominante de transmissão variou em função do país e da região geográfica, o que ilustra a vasta diversidade da epidemiologia do VIH na Europa.

Em 2007, a infecção por *Chlamydia trachomatis* continuou a ser a IST notificada com maior frequência (e, em termos gerais, a doença de notificação mais comum na Europa). 22 países da UE e do EEE/EFTA notificaram mais de 250 000 casos confirmados de infecção por *C. trachomatis*, número que se traduziu numa taxa global de 122,6/100 000. A clamídia continuou a afectar sobretudo jovens entre os 15 e 24 anos de idade. A verdadeira incidência da infecção por *C. trachomatis* foi provavelmente mais elevada, pois as taxas de notificação prestaram-se mais a reflectir as práticas de rastreio e o volume de testes do que a verdadeira incidência.

Surpreendentemente, a Suécia comunicou um acréscimo de 45% no número de casos face a 2006, provavelmente devido aos novos métodos de teste aplicados para detectar a nova variante da *C. trachomatis*, primeiramente notificada naquele país em Novembro de 2006. Um inquérito à escala europeia revelou que a propagação desta variante se confinava à Suécia ou a parceiros sexuais de cidadãos suecos noutros países.

A maioria dos países europeus dispõe de sistemas de vigilância da hepatite B e C mas, devido às diferenças dos mesmos, designadamente em termos de estruturas, práticas de notificação, métodos de recolha de dados e definições dos casos, os dados obtidos pela vigilância são difíceis de comparar entre os diversos países.

## Doenças e zoonoses transmitidas pela alimentação e pela água

A campilobacteriose continuou a ser a causa de doença gastrointestinal mais notificada na UE e no EEE/EFTA e, em 2007, a taxa de notificação cresceu mais de 15% comparativamente a 2006. A ampla variabilidade dos sistemas de notificação nos vários países, aliada a um elevado nível de subnotificação que se sabe existir em determinados países, dificulta sobremaneira as comparações directas entre eles.

Em 2007, a taxa de notificação de salmonelose manteve-se elevada nos países da UE e do EEE/EFTA, mas prosseguiu a tendência decrescente observada desde 2004.

Em 2007, 29 dos países da UE e do EEE/EFTA notificaram um total de 13 952 casos confirmados de hepatite A, cujo quadro epidemiológico variou grandemente no conjunto da região. Em Novembro de 2007, irrompeu um surto de hepatite A na Letónia.

## Doenças ambientais e transmitidas por vectores

Em Agosto de 2007, ocorreu em Itália um surto de febre Chikungunya, com 217 casos confirmados em laboratório. A transmissão local do vírus Chikungunya deu-se após a sua introdução por um único visitante regressado da Índia e deixou perceber que o mosquito *Aedes albopictus* é, efectivamente, um vector capaz de transmitir o vírus de forma eficiente nas latitudes da UE.

Em 2007, 22 dos países da UE e do EEE/EFTA notificaram um total de 637 infecções confirmadas de febre Q, número semelhante ao de 2006 (583). Os surtos de febre Q aconteceram nos Países Baixos e na Eslovénia, contabilizando 168 e 86 casos, respectivamente.

Sete Estados-Membros notificaram um total de 40 casos confirmados de febre hemorrágica viral, na sua maioria infecções por hantavirus.

## Resumo das ameaças em 2007

Desde o início das actividades de recolha de informações sobre epidemias, em Julho de 2005, o ECDC monitorizou 696 ameaças até ao final de 2008. Em 2008, o ECDC monitorizou 250 ameaças, das quais 227 (91%) iniciadas em 2008, 14 (6%) transpostas de 2007 e nove (4%) representando ameaças recorrentes. As ameaças recorrentes tinham a ver com a gripe aviária a nível mundial e na região europeia, a situação mundial da febre Chikungunya, a poliomielite, o dengue, a cólera e o sarampo, bem como com a nova variante da doença de Creutzfeldt-Jakob e a tuberculose extensivamente resistente.

Mais especificamente, algumas das ameaças monitorizadas foram:

- vírus de gripe A (H1N1) resistentes ao oseltamivir em 21 Estados-Membros, com percentagens entre menos de 1% em Itália e 68% na Noruega;
- em 2008, foram monitorizados cinco surtos de hepatite A com impacto internacional, que corresponderam a um aumento significativo face aos anos anteriores;



- na Suécia, um surto de *Shigella sonnei* afectou mais de 140 empregados expostos na cafetaria do seu escritório;
- oitenta e cinco agregados de legionelose registados em 2008;
- onze surtos de sarampo notificados em 2008 na UE e no EEE/EFTA, dando origem a casos secundários noutros Estados-Membros, isto apesar da diminuição da incidência de sarampo na Europa desde 2006. Este número representa um aumento dos surtos notificados face a 2007 (sete) e 2006 (dois);
- onze ameaças associadas à tuberculose avaliadas em 2008. Os eventos foram todos relacionados com a circulação de doentes que sofriam de tuberculose: sete através de viagens aéreas e três relacionados com viagens marítimas;
- em Julho de 2008, infecção letal pelo vírus de Marburgo num turista que regressava aos Países Baixos vindo do Uganda;
- em Julho de 2008, primeiro caso confirmado de febre hemorrágica da Crimeia-Congo (FHCC), no Norte da Grécia.

## Conclusões

Considerando o resumo dos números e tendências principais, é possível concluir que as prioridades em matéria de prevenção e controlo de doenças transmissíveis na UE e no EEE/EFTA não conheceram alterações substanciais desde a edição anterior do REA. Contudo, importa frisar alguns pontos.

Os dados de 2007 mostram que a resistência aos antimicrobianos constitui um perigo cada vez mais importante para a saúde pública na Europa. As viagens e o comércio internacionais facilitam a propagação da resistência aos antimicrobianos. O problema exige a cooperação internacional - assim como esforços concertados a nível nacional - para conter e evitar a ocorrência da resistência aos antimicrobianos.

No domínio das infecções associadas aos cuidados de saúde, é necessário realizar um inquérito sobre os pontos de prevalência a nível da UE para avaliar o peso de todos os tipos de infecções nas instalações de cuidados de saúde da Europa. A elaboração de um protocolo normalizado europeu para este inquérito à prevalência, que consta já do programa de trabalho do ECDC, vai oferecer uma oportunidade de adaptar os diferentes protocolos nacionais de prevalência de IACS, de modo a permitir comparações internacionais.

No que se refere às doenças preveníveis pela vacinação, as preocupações continuam a prender-se com a possibilidade de, após a introdução da vacina, os serótipos abrangidos pela vacina pneumocócica conjugada serem substituídos por serótipos que não o sejam, como já se observou nos Estados Unidos. Deste modo, pode vir a ser necessária uma vigilância reforçada, passando também pela vigilância laboratorial, na UE.

Tal como se previa, quase 90% dos casos de sarampo notificados na UE e no EEE/EFTA careciam de vacina, um sinal de que o sarampo ainda é um problema para os grupos populacionais com baixa cobertura vacinal. Além disso, todos os casos fatais ou complicados ocorreram em indivíduos não vacinados, pelo que o aumento do nível de cobertura na Europa continua a ser uma prioridade de saúde pública, mesmo que não se consiga a eliminação em 2010.

Por vezes, no caso da papeira, ocorrem infecções intercorrentes (*breakthrough infections*) em indivíduos que receberam duas doses de vacina SPR, facto que necessita de ser melhor estudado.

Os Estados-Membros envidaram maiores esforços para confirmar todos os casos (com raras excepções) de rubéola por eles notificados. Tendo em vista o objectivo da eliminação estabelecido pela OMS para 2010, é fundamental melhorar a sensibilidade e a especificidade da vigilância da rubéola.

O invulgar da época de gripe de 2007-08 da gripe residiu no surgimento do vírus de gripe A (H1N1) resistente ao oseltamivir. Tratou-se da primeira observação de sempre de um vírus da gripe sazonal humana resistente a um inibidor de neuraminidase e totalmente capaz de se transmitir de pessoa para pessoa. A vigilância da resistência aos antivirais dos vírus da gripe sazonal deve continuar a monitorizar o possível reaparecimento de estirpes resistentes.

Em matéria de controlo da tuberculose - dentro do contexto epidemiológico heterogéneo dos países da UE e do EEE/EFTA -, o número de países com incidência alta/intermédia de TB permaneceu o mesmo e, apesar dos seus progressos na contenção da epidemia, importa dar grande atenção ao aspecto do controlo, que deverá incluir a optimização da vigilância. Em certos países de baixa incidência, os dados traçaram um declínio contínuo dos casos internos e uma mudança clara da epidemia para as populações mais vulneráveis, como as populações migrantes. A notificação da co-morbidade TB/VIH continuou a ser incompleta e a cobertura dos testes de susceptibilidade a medicamentos tem de ser ainda mais alargada, assim como a notificação e a análise da resistência a medicamentos de segunda linha.

O desenvolvimento e a aplicação da vigilância reforçada das hepatites B e C são prioritários para o ECDC. É fundamental obter melhores dados de vigilância para reunir as informações necessárias à monitorização das tendências, compreender as diferenças em termos de epidemiologia e avaliar os programas de prevenção levados a cabo na UE. Todavia, a natureza crónica destas duas doenças torna difícil discernir a incidência da prevalência (o mesmo sucede com a infecção pelo VIH), não havendo, por isso, uma solução fácil para este problema.

Finalmente, no que respeita às doenças transmitidas pela alimentação e pela água, os futuros relatórios tentarão separar de forma mais clara os dados sobre os serogrupos O157 e não-O157 de *Escherichia coli* produtora de verotoxina/shigatoxina (VTEC), uma vez que estes têm prioridades muito diferentes nos sistemas nacionais e, logo, uma cobertura diversa, estando o serogrupo O157 claramente melhor coberto do que os demais.

**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 2007. Número de países declarantes (n=30)**

Doença	Tendência geral em 10 anos	Taxa de notificação na UE por 100 000 habitantes (2007)	Principais grupos etários afectados (2007)
<b>Infeções do tracto respiratório</b>			
Gripe	↔	Sem dados	Dados insuficientes
Gripe aviária	↑	0	Sem casos
Doença do legionário (legionelose)	↑	1,1	65+
Tuberculose	↓	8,2	25–44
<b>VIH, infeções sexualmente transmissíveis e infeções virais transmitidas pelo sangue</b>			
Clamídia	↑	122,6	15–24
Gonorreia	↔	9,5	15–24
Hepatite B	↓	1,5	25–44
Hepatite C	↑	6,9	25–44
VIH	↑	6,0	25–44
SIDA	↓	1,2	25–44
Sífilis	↑	4,4	25–44
<b>Doenças e zoonoses transmitidas pela alimentação e pela água</b>			
Carbúnculo	↔	<0,01	Dados insuficientes
Botulismo	↔	<0,1	25–44
Brucelose	↓	0,1	25–64
Campilobacteriose	↑	46,7	0–4
Cólera	↓	<0,01	25–44
Criptosporidiose	↓	2,4	0–4
Equinococose	↓	0,2	45–64
<i>Escherichia coli</i> produtora de verotoxina/shigatoxina (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Febre tifóide/paratifóide	↓	0,2	0–4
Giardíase	Dados insuficientes	61,7	0–4
Hepatite A	↓	2,8	5–14
Iersiniose	↑	2,9	0–14
Leptospirose	↔	0,2	45–64, 25–44
Listeriose	↑	0,4	65+
Salmonelose	↓	34,3	0–4
Shigelose	↓	2,1	0–4
Toxoplasmose	↓	0,8	5–14
Triquinose	↔	0,2	25–44
Tularémia	↔	0,3	45–64
Variante da doença de Creutzfeld-Jakob	Dados insuficientes	<0,01	15–24

Doença	Tendência geral em 10 anos	Taxa de notificação na UE por 100 000 habitantes (2007)	Principais grupos etários afectados (2007)
<b>Doenças emergentes e transmitidas por vectores</b>			
Chikungunya	Dados insuficientes	<0,01	Dados insuficientes
Febre amarela	Dados insuficientes	0	Sem casos
Febre do Nilo Ocidental	Dados insuficientes	<0,01	> 15
Febre Q	↓	0,2	15–24, 45–64
Febres hemorrágicas virais (FHV)	Dados insuficientes	Dados insuficientes	Dados insuficientes
Malária	↔	1	25–44
Peste	Dados insuficientes	0	Sem casos
Síndrome respiratória aguda grave (SARS)	Dados insuficientes	0	Sem casos
Variola	Dados insuficientes	0	Sem casos
<b>Doenças preveníveis pela vacinação</b>			
Difteria	↓	<0,01	45–64, 5–14
Infeção invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Doença meningocócica invasiva	↓	1,0	0–4
Infeção pneumocócica invasiva	↔	6,3	65+, 0–4
Sarampo	↓	0,6	0–4
Papeira	↓	4,3	5–14
Tosse convulsa	↓	4,4	5–14
Poliomielite	Dados insuficientes	0	Sem casos
Raiva	Dados insuficientes	<0,01	Dados insuficientes
Rubéola	↓	1,2	0–4
Tétano	↓	<0,1	65+
<b>Resistência aos antimicrobianos e infecções associadas aos cuidados de saúde</b>			
Resistência aos antimicrobianos	↑	Não aplicável	Sem dados
Infecções nosocomiais	↑	Não aplicável	Sem dados

## 14. Vigilância sobre VIH/SIDA na Europa – 2008

(Publicado em Dezembro de 2009)

### Pontos-chave

A infecção por VIH continua a ser uma questão de saúde pública de grande importância na Europa, existindo dados que comprovam o aumento da transmissão do VIH em vários países europeus. Globalmente, e apesar das notificações incompletas, aumentou o número de novos casos diagnosticados de infecção por VIH notificados em 2008, enquanto 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.

- Em 2008, foram diagnosticados e notificados 51 600 casos de VIH por 48 dos 53 países da Região Europeia da OMS e o Liechtenstein (dados relativos à Áustria, Dinamarca, Liechtenstein, Mónaco, Rússia e Turquia não disponíveis). As taxas mais elevadas foram notificadas pela Estónia, Letónia, Cazaquistão, Moldávia, Portugal, Ucrânia e Reino Unido.
- Foram notificados 7 565 casos de SIDA por 47 países (dados relativos à Dinamarca, Suécia, Cazaquistão, Liechtenstein, Mónaco, Rússia ou Turquia não disponíveis).
- Em 2008, foram notificados 25 656 novos casos diagnosticados de infecção por VIH pelos países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu (UE/EEE) (dados relativos à Áustria, Dinamarca e Liechtenstein 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 40% dos casos notificados de transmissão heterossexual foram diagnosticados em indivíduos com origem em países nos quais existe uma epidemia generalizada de VIH/SIDA.
- 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. Na zona oriental, o principal modo de transmissão continua a ser o consumo de drogas injectáveis, enquanto na zona central o modo predominante de transmissão do VIH são as relações sexuais entre homens, seguidas do contacto heterossexual. 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.
- Desde 2000, tendo como base os 43 países que apresentaram dados de vigilância sobre o VIH de forma consistente, a taxa de novos casos diagnosticados de VIH notificados por milhão de habitantes mais do que duplicou (44/milhão em 2000 para 89/milhão em 2008).
- Entre os 46 países que notificaram dados sobre a SIDA de forma consistente no que se refere ao período 2000-08, o número de diagnósticos de SIDA notificados diminuiu de 12 072 casos (19/milhão) para 7 564 casos (12/milhão).
- 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 duplicasse o número total de infecções por VIH em 2008. Além disso, devido aos atrasos na notificação de vários países, prevê-se que o número notificado relativo a 2008 seja actualizado nos próximos anos.

### Recomendações para a vigilância de VIH/SIDA

Os dados da vigilância do VIH/SIDA são fundamentais para monitorizar as tendências da epidemia de VIH e avaliar a resposta a 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.

## Recomendações de saúde pública

As intervenções para controlar a epidemia devem basear-se em provas científicas e adaptar-se ao país e à zona geográfica. 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, ajudar a prevenir ou reduzir a transmissão 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.

## Anexo: Publicações do ECDC em 2009

A presente lista inclui apenas as publicações oficiais do ECDC em 2009. Todas elas estão disponíveis no portal do ECDC na Internet ([www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)) e muitas estão também disponíveis em versão impressa. Algumas foram sendo actualizadas ao longo do ano ou tiveram segundas edições. Os meses a seguir indicados referem-se à última edição.

Durante o ano, os funcionários do ECDC publicaram ou colaboraram em muitos artigos e publicações de carácter científico, incluindo o *Eurosurveillance*, que não se encontram aqui referidos. O Centro produziu igualmente um grande número de breves comunicações relacionadas com a pandemia de gripe, tais como avaliações de risco e princípios de planeamento, que estão disponíveis na Internet, mas não são indicadas na presente lista.

### Relatórios técnicos

#### Maio

Development of *Aedes albopictus* risk maps

#### Junho

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (Orientações para a avaliação de risco de doenças infecciosas transmissíveis em aeronaves)

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – ‘The ECDC Menu’ (Guia de medidas de saúde pública para reduzir o impacto das pandemias de gripe na Europa: «O Menu do ECDC»)

Surveillance and studies in a pandemic in Europe (Vigilância e estudos durante uma pandemia na Europa)

#### Julho

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries (Série sobre Saúde dos Migrantes: Epidemiologia do VIH e da SIDA nas comunidades migrantes e minorias étnicas dos países da UE/EEE)

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries (Série sobre Saúde dos Migrantes: Acesso das populações migrantes dos países da UE/EEE aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados inseridos na luta contra o VIH)

#### Setembro

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe (Mapeamento da vigilância de comportamentos no âmbito da luta contra o VIH e as IST na Europa)

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report) (O desafio bacteriano: é tempo de reagir (relatório técnico conjunto ECDC/EMEA)

#### Novembro

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe (Eficácia das intervenções comportamentais e psicossociais de prevenção do VIH e das IST junto dos HHS na Europa)

### Orientação do ECDC

#### Maio

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

#### Junho

Chlamydia control in Europe (Controlo da clamídia na Europa)

Mitigation and delaying (or ‘containment’) strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics (Utilização de antivirais contra a gripe durante pandemias de gripe para protecção da saúde pública)

### **Agosto**

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic (Utilização de vacinas específicas contra a gripe pandémica durante a pandemia do H1N1 de 2009)

### **Novembro**

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

## **Relatórios de vigilância**

### **Março**

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007 (Vigilância da tuberculose na Europa - 2007)

### **Junho**

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

### **Outubro**

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009 (Relatório epidemiológico anual sobre doenças transmissíveis na Europa 2009)

### **Dezembro**

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008 (Vigilância sobre VIH/SIDA na Europa – 2008)

## **Relatórios de reuniões**

### **Março**

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

### **Abril**

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

### **Mai**

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

### **Junho**

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

### **Agosto**

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

### **Outubro**

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

### **Novembro**

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)



### *Dezembro*

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

## Documentos técnicos

### *Julho*

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

### *Setembro*

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

### *Novembro*

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

### *Dezembro*

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

## Publicações institucionais

### *Trimestrais (Março, Junho, Setembro e Dezembro)*

ECDC Insight

Executive Science Update

### *Junho*

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

### *Agosto*

Annual Report of the Director: Summary – 2008