

Infeção VIH e SIDA em Portugal

– 2019 –



Ficha técnica

Título: Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2019

Autores: DGS – Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA
INSA – Departamento de Doenças Infecciosas

Citação sugerida: Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2019. Lisboa: DGS/INSA; 2019

Editor: Direção-Geral da Saúde (DGS) e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Composição gráfica: Francisco Tellechea

Contributos:

DGS

Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA

Isabel Aldir, Joana Bettencourt, Ana Fernandes e Maria João Aleixo

Divisão de Epidemiologia e Estatística

Rita Sá Machado e Marina Ramos

INSA

Departamento de Doenças Infecciosas

Helena Cortes Martins e Celeste Ruivo

Departamento de Epidemiologia

Rita Roquette

Lisboa, novembro de 2019

ISBN(ebook): 978-989-8794-68-0

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais.

Índice

Resumo/Abstract	7
Lista de siglas e abreviaturas	11
. Nota introdutória	13
. Métodos	17
Capítulo I – Vigilância epidemiológica	21
I.1. Informação epidemiológica referente ao ano 2018	23
I.1.1. Novos casos de infeção por VIH	23
I.1.2. Resistência primária aos antirretrovirais	29
I.1.3. Novos casos de SIDA	32
I.1.4. Óbitos ocorridos em 2018	36
I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2018)	38
I.2.1. Casos de infeção por VIH	38
I.2.2. Casos de SIDA	55
I.2.3. Óbitos nos casos de infeção por VIH e SIDA	62
I.3. Cidades na via rápida para eliminar a epidemia de VIH – características das epidemias locais	65
Capítulo II – Pessoas que vivem com VIH	77
II.1. Estimativas nacionais	79
II. 2. Monitorização dos objetivos 90-90-90	82
Capítulo III – Prevenção e rastreio	83
III.1. Prevenção	85
III.2. Rastreio, diagnóstico e referenciação	87
. Conclusões e perspetivas futuras	91
. Referências	95
. Anexos	97
I - Definição nacional de caso de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	
II - Lista das doenças definidoras de SIDA	

Quadros

Quadro 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2018.....	23
Quadro 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por grupo etário, sexo e respetivas taxas de diagnóstico.....	23
Quadro 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.....	24
Quadro 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.....	25
Quadro 5 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por origem geográfica e sexo.....	25
Quadro 6 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por modo de transmissão e sexo.....	26
Quadro 7 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por estágio inicial e sexo.....	27
Quadro 8 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais de acordo com o sexo e para as principais formas de transmissão.....	28
Quadro 9 – Prevalência de mutações de resistência aos fármacos antirretrovirais em casos de infeção por VIH-1 com diagnóstico em 2018.....	31
Quadro 10 – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2018.....	32
Quadro 11 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.....	32
Quadro 12 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.....	33
Quadro 13 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.....	33
Quadro 14 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por origem geográfica e sexo.....	34
Quadro 15 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por modo de transmissão e sexo.....	34
Quadro 16 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, de acordo com sexo.....	35
Quadro 17– Óbitos ocorridos em 2018: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.....	36
Quadro 18 – Óbitos ocorridos em 2018: distribuição por sexo e modo de transmissão.....	36
Quadro 19 – Óbitos ocorridos em 2018: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, de acordo com o sexo e para as principais formas de transmissão.....	37
Quadro 20 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição segundo ano de diagnóstico e sexo.....	39
Quadro 21 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.....	42
Quadro 22 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação do estágio inicial.....	44
Quadro 23 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.....	45
Quadro 24 – Casos de infeção por VIH (2009-2018): taxa de novos casos por 10 ⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.....	46
Quadro 25 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2014-2018) nos 20 municípios do continente com as taxas mais elevadas.....	47

Quadro 26 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição segundo o estágio inicial e ano de diagnóstico.	49
Quadro 27 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	51
Quadro 28 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.	53
Quadro 29 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2018): distribuição por sexo e ano de diagnóstico.	54
Quadro 30 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2018): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.	54
Quadro 31 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2018): distribuição por modo de transmissão e ano de diagnóstico.	54
Quadro 32 – Casos de SIDA (1983-2018): distribuição por sexo, segundo ano de diagnóstico do estágio.	55
Quadro 33 – Casos de SIDA (1983-2018): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	57
Quadro 34 – Casos de SIDA (1983-2018): distribuição segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.	58
Quadro 35 – Casos de SIDA (2009-2018): taxa de novos casos por 10 ⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.	59
Quadro 36 – Casos de SIDA (1983-2018): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	60
Quadro 37 – Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2018): distribuição por ano de morte.	63
Quadro 38 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano de morte.	64
Quadro 39 – Resultados das estimativas nacionais para o ano 2017: total e por modo de transmissão.	81

Figuras

Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: proporção por grupo etário para as principais formas de transmissão.	24
Figura 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: proporção segundo a origem geográfica dos indivíduos para as principais formas de transmissão.	26
Figura 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: proporção por sexo e modo de transmissão.	27
Figura 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: proporção de diagnósticos tardios (TCD4+<350 células/mm ³) de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.	29
Figura 5 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: proporção por sexo e modo de transmissão.	34
Figura 6 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥15 anos) diagnosticados em 2018: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.	35
Figura 7 – Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2018): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.	38
Figura 8 – Casos de infeção por VIH (2000-2018): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.	40

Figura 9 – Casos de infeção por VIH (2000-2018): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.....	40
Figura 10 – Casos de infeção por VIH (2000-2018): tendências temporais das idades medianas à data de..... diagnóstico para as principais formas de transmissão.	41
Figura 11 – Casos de infeção por VIH (2010-2018): distribuição do número absoluto (A), proporção (B) e taxa..... (C) de novos casos por grupo etário e ano de diagnóstico.	43
Figura 12 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2014-2018) por região NUTS III do continente.....	45
Figura 13 – Casos de infeção por VIH (2009-2018): distribuição do número absoluto (A) e percentual (B) de..... acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.	48
Figura 14 – Casos de infeção por VIH (2010-2018): evolução nas proporções de casos com contagens de..... células TCD4+ comunicadas e com critério imunológico de apresentação tardia (<350 cél/mm ³) e doença avançada (<200 cél/mm ³).	49
Figura 15 – Casos de infeção por VIH (2013-2018): tendências temporais nas medianas dos valores das..... contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico, nas principais formas de transmissão.	50
Figura 16 – Casos de infeção por VIH (1983 a 2018), distribuição segundo o modo de transmissão e ano de..... diagnóstico.	52
Figura 17 – Casos de infeção por VIH em homens (2000 - 2018): distribuição percentual segundo o modo de..... transmissão e ano de diagnóstico.	52
Figura 18 – Casos de SIDA (2000-2018): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e..... União Europeia.	56
Figura 19 – Casos de SIDA (2000-2018): taxa de novos casos notificados por ano de diagnóstico do estágio e..... sexo.	56
Figura 20 – Taxa média de novos diagnósticos de SIDA (2014-2018) por região NUTS III do continente.....	59
Figura 21 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (1983-2018): Frequência de diagnóstico das doenças..... mais comuns segundo o modo de transmissão da infeção por VIH.	61
Figura 22 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2009-2018): tendências temporais na frequência de..... diagnóstico.	62
Figura 23 – Óbitos em casos de infeção por VIH (2009-2018): Taxa de mortalidade por ano dos óbitos, Portugal..... e União Europeia.	63
Figura 24 – Óbitos em casos de infeção por VIH (2014-2018): Taxa de mortalidade por região NUTS III do..... continente.	63
Figura 25 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2018): distribuição percentual de acordo com o tempo..... entre o diagnóstico e a morte, segundo o ano de morte.	64
Figura 26 – Óbitos em casos de infeção por VIH ocorridos nos 5 anos após o diagnóstico (2009-2018):..... distribuição percentual segundo o modo de transmissão.	65
Figura 27 – Tendências temporais na prevalência da infeção por VIH e frações diagnosticada e não..... diagnosticada.	80
Figura 28 – Tendências temporais na incidência estimada da infeção por VIH.....	80
Figura 29 – Tendência temporal na proporção de casos diagnosticados anualmente relativamente à <i>pool</i> de..... casos não diagnosticados.	81
Figura 30 – Resultados da monitorização dos objetivos 90-90-90 para o final de 2017.....	82
Figura 31 – Testes rápidos realizados nos Cuidados de Saúde Primários: tendências temporais do número de..... testes realizados e de proporção de reatividade.	87
Figura 32 – Testes rápidos realizados nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH: tendências..... temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.	88
Figura 33 – Testes rápidos realizados em Organizações não-governamentais e de base comunitária: tendências..... temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.	88

Resumo

Neste relatório conjunto da DGS e do INSA, são apresentados os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, das estimativas relativas à epidemia nacional, da monitorização dos objetivos 90-90-90 e das iniciativas de prevenção e rastreio no país.

Até 30 de junho de 2019, foram notificados em Portugal 973 novos casos de infeção por VIH com diagnóstico durante o ano 2018, o que corresponde a uma taxa de 9,5 casos por 10⁵ habitantes, não ajustada para o atraso da notificação. Foram reportados 2,5 casos em homens por cada caso comunicado em mulheres, a mediana das idades à data do diagnóstico foi de 40,0 anos e em 28,0% dos novos casos os indivíduos tinham idades ≥50 anos. Os casos em homens que têm relações sexuais com homens (HSH) apresentaram a idade mediana mais baixa (31,0 anos) e correspondem a 63,2% dos casos diagnosticados em indivíduos de idade inferior a 30 anos. A taxa de diagnóstico mais elevada registou-se no grupo etário 25-29 anos, 23,8 casos por 10⁵ habitantes. A residência de 47,2% dos indivíduos situava-se na Área Metropolitana de Lisboa (16,1 casos/10⁵ habitantes) e a região do Algarve apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (10,3 casos/10⁵ habitantes). A maioria dos novos casos ocorreu em indivíduos naturais de Portugal (64,2%). Manteve-se o predomínio de casos de transmissão heterossexual, no entanto, os casos em HSH corresponderam 49,2% dos novos diagnósticos em homens. Embora a maioria dos novos casos se apresentasse sem sintomas na primeira avaliação clínica, em 15,9% houve um diagnóstico concomitante de SIDA e 55,8% apresentaram-se tardiamente (CD4<350 células/mm³). Nos casos com diagnóstico de novo em 2018 a prevalência de mutações de resistência para alguma classe de fármacos foi de 14,6%, sendo mais frequente para os inibidores da transcriptase reversa não nucleósidos (11,2%). Durante o ano 2018 foram também diagnosticados 227 novos casos de SIDA (2,2 casos/10⁵ habitantes) nos quais a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* foi a doença definidora de SIDA mais frequente. Foram ainda notificados 261 óbitos ocorridos em 2018, 26,8% dos quais ocorreram nos cinco anos subsequentes ao diagnóstico da infeção.

Encontram-se notificados em Portugal 59913 casos de infeção por VIH, com diagnóstico entre 1983 e 2018, dos quais 22551 atingiram estágio SIDA. A análise das tendências temporais revela que entre 2008 e 2017 observou-se uma redução de 46% no número de novos casos de infeção por VIH e de 67% em novos casos de SIDA. Não obstante esta tendência decrescente mantida, Portugal tem apresentado das mais elevadas taxas de novos casos de infeção VIH e SIDA da Europa ocidental.

As estimativas realizadas para o ano 2017 revelaram que, em Portugal, viviam 39820 pessoas com infeção por VIH, 7,8% das quais não estavam diagnosticadas. A proporção de infeções não diagnosticadas era mais elevada para os casos em homens heterossexuais (13,9%) e mais baixa em UDI (1,5%). O tempo médio entre a infeção e o diagnóstico era 3,4 anos, no final de 2017.

Os dados da monitorização da estratégia 90-90-90 revelaram que Portugal atingiu no final de 2017 os 3 objetivos, com 92,2% das pessoas que vivem com VIH diagnosticadas, destas 90,3% em tratamento e dessas 93,0% com virémia suprimida. Apesar desta conquista, a aposta na disponibilização de meios

preventivos e de redução de riscos e minimização de danos, assim como a promoção do rastreio da infeção e da referenciação das pessoas com resultados reativos para os cuidados hospitalares mantêm-se como eixos prioritários da resposta nacional à infeção. Em 2018, foram distribuídos cerca de cinco milhões de preservativos masculinos, cento e setenta mil preservativos femininos e um milhão e trezentas mil seringas, e até ao presente iniciaram PrEP cerca de 1000 pessoas, maioritariamente cisgénero masculino. Foram realizados mais de cinquenta mil testes rápidos para VIH em diversas estruturas de Saúde e Organizações Não-Governamentais, registando-se um aumento de cerca de 28% no número de testes realizados, comparativamente ao ano de 2017.

O incremento da qualidade dos dados e da informação disponível permite a tomada de decisões mais sustentada, bem como avaliar a efetividade de medidas adotadas e identificar necessidades de intervenção.

Abstract

This report is a joint publication from the Directorate-General of Health and the National Institute of Health Dr. Ricardo Jorge and presents updated HIV surveillance data from Portugal, national HIV infection estimates, 90-90-90 targets monitoring findings and data on prevention and screening initiatives.

In 2018, 973 new HIV infection cases were diagnosed in Portugal, corresponding to a rate of 9.5 new cases/10⁵ inhabitants, not adjusted for reporting delay. Those diagnoses were 2.5 times more frequent in men than in women. The median age of recently diagnosed individuals was 40.0 years and in 28.0% of the cases subjects were aged 50 years or older. Men who have sex with men (MSM) were younger than other individuals (median age=31.0 years) and correspond to 63,2% of cases diagnosed in individuals under the age of 30 years. The highest diagnosis rate occurred among the 25-29 y/o age group (23.8 cases/10⁵ inhabitants). 47.2% of subjects with a new diagnose of HIV infection resided in Lisbon Metropolitan Area (16.1 cases/10⁵ inhabitants) and Algarve region presented the second larger rate of diagnoses (10.3 cases/10⁵ inhabitants). Most cases occurred in subjects born in Portugal (64.2%). As observed in previous years, cases of heterosexual transmission prevailed, however, cases in MSM account for 49.2% of the new diagnoses in men. Clinical characteristics of newly diagnosed cases indicate that the majority was asymptomatic, a concurrent AIDS diagnosis occurred in 15.9% of cases and 55.8% of individuals were late presenters (TCD4+<350 cells/mm³). Transmitted resistance data was collected for the first time in Portugal among the new diagnosed cases and a prevalence of 14.6% was found for resistance mutations to any drug class, mutations to NNRTI being the most frequent (11.2%).

Two hundred and twenty-seven new AIDS cases were diagnosed in individuals aged ≥15 years (2.2 cases/10⁵ inhabitants) during 2018. *Pneumocystis* pneumonia was the most frequently reported AIDS-defining illness. In 2018, 261 deaths occurred in subjects with HIV infection, in 26.8% of those it happened in the five years following diagnosis.

Between 1983 and 2018, 59913 cases of HIV infection were diagnosed in Portugal, of those 22551 AIDS cases. Temporal trends show that between 2008 and 2017 both new HIV and AIDS diagnoses have declined, respectively 46% and 67%. Despite this downward trend, Portugal still exhibits one of the highest rates of new HIV and AIDS diagnosis among European Union countries. The number of new HIV diagnoses in young MSM and of late diagnoses in heterosexual males remains a concern, highlighting the need for more effective and innovative prevention and early diagnosis strategies.

National estimates revealed that 39820 persons were living with HIV in Portugal by the end of 2017, of those 7.8% were not diagnosed. The highest proportion of undiagnosed infections was found to be among heterosexual males (13.9%) and the lowest among IDU (1.5%). Estimated mean time from infection to diagnosis was 3.4 years. Portugal achieved the 90-90-90 goals in 2017, monitoring data showed that 92.2% of people living with HIV were already diagnosed, 90,3% of those were in antiretroviral treatment and 93.0% attained viral suppression. Despite this achievement, prevention, harm reduction, test promotion and referral of new

cases still are a priority in the national response to HIV. During 2018 approximately 5 million male condoms, 750 thousand female condoms and 1.3 million syringes were distributed, and approximately 1000 at-risk individuals started a PrEP regimen, mainly males. More than 50 thousand HIV rapid tests were done at several healthcare facilities and community based sites, 28% more than in the previous year.

Increasing data quality and available information contributes to a sustained decision-making process, also enabling the evaluation of adopted measures and the identification of intervention priorities.

Lista de siglas e abreviaturas

- A.M. – Área Metropolitana
- ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ARS – Administrações Regionais de Saúde
- CAD – Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DIQ – Dispersão interquartil
- ECDC – *European Centre for Diseases Prevention and Control*
- HSH – Homens que fazem sexo com outros homens
- IAG – Primo-infeção ou infeção aguda
- IC – Intervalo de confiança
- INE – Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
- INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
- NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
- PA – Portador assintomático
- PAP – Programa de Acesso Precoce
- PNVIHIDA – Programa Nacional para a infeção por VIH e SIDA
- PPE – Profilaxia pós-exposição
- PrEP – *Pre Exposure Prophylaxis* – Profilaxia pré-exposição
- PTS – Programa Troca de Seringas
- R.A. – Região Autónoma
- SIDA – Síndrome de imunodeficiência adquirida
- SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- SI.VIDA – Sistema de Informação para a Infeção VIH e SIDA
- SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
- TESSy – *The European Surveillance System*
- TS – Trabalhadores do Sexo
- UDI – Utilizadores de drogas injetadas
- UE – União Europeia
- VHB – Vírus da hepatite B
- VHC – Vírus da hepatite C
- VIH – Vírus da imunodeficiência humana
- VIH-1 – Vírus da imunodeficiência humana do tipo 1
- VIH-2 – Vírus da imunodeficiência humana do tipo 2

Nota introdutória

O presente relatório tem como objetivo divulgar a informação epidemiológica nacional relativa à infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) e à síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), bem como informar relativamente à atividade desenvolvida em diferentes áreas de atuação do Programa Nacional para a Infeção por VIH e SIDA (PNVIHSIDA).

Entre 1985 e 2018, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), em articulação com as diferentes estruturas que coordenaram a resposta nacional para a problemática do VIH e SIDA, divulgou a informação referente à vigilância epidemiológica desta infeção em Portugal, editando para o efeito um relatório próprio, publicado com a regularidade entendida como adequada às necessidades de informação nos diferentes períodos da epidemia.

No mesmo período, a informação relativa aos planos de trabalho e às atividades das referidas estruturas de coordenação nacional das respostas ao VIH e SIDA no país, foi igualmente publicada em relatórios regulares.

Cientes de que o desenho e a monitorização das políticas de saúde e das intervenções específicas destinadas a mitigar o impacto da epidemia, são indissociáveis da informação gerada pela vigilância epidemiológica, a Direção-Geral de Saúde (DGS), através do PNVIHSIDA, e o INSA decidiram este ano editar um relatório conjunto que une as duas vertentes complementares que convergem para o mesmo desiderato: acabar com a epidemia por VIH e SIDA em Portugal.

Métodos

Capítulo I

Em Portugal, o sistema de notificação de casos de infeção por VIH e SIDA teve início em 1985, sendo a notificação clínica e com carácter voluntário. Em 1 de fevereiro de 2005 a infeção por VIH integrou a lista de doenças de declaração obrigatória¹. Atualmente a vigilância epidemiológica nacional, incluindo a infeção por VIH e SIDA, é regida pelo Despacho n.º 15385-A/2016, da DGS publicado em 21 de dezembro².

A base de dados nacional de registo dos casos de infeção por VIH e SIDA encontra-se no INSA, que é responsável pela sua gestão em articulação com o PNVIHSIDA e com a Divisão de Epidemiologia e Estatística da DGS.

As notificações são efetuadas eletronicamente através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)³ ou através do Sistema de Informação para a Infeção VIH/SIDA (SI.VIDA), e são recebidas no INSA anonimizadas. O registo dos casos na base de dados é efetuado após validação da informação veiculada, ao nível da completude, da coerência e do cumprimento dos critérios indicados nas definições de caso de infeção VIH e SIDA^{2,4} (Anexo I e Anexo II).

A informação epidemiológica que integra este capítulo é a mesma que foi submetida ao sistema de vigilância europeu (*The European Surveillance System – TESSy*) e inclui os casos diagnosticados até 31 de dezembro de 2018, notificados até 30 de junho do corrente ano. Foi efetuada a análise estatística dos casos por desagregação das variáveis de caracterização, apurando-se as características dos casos com diagnóstico no ano mais recente, dos casos acumulados e as tendências temporais.

As taxas de diagnóstico foram calculadas por habitante e os dados referentes ao número de residentes em Portugal usados nessas determinações foram divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e estimados com base nos últimos censos (2011).

As taxas e os números apresentados não foram ajustados para o atraso da notificação. Assim, os números para o ano mais recente devem ainda ser encarados como provisórios, pelo que para o cálculo de tendências foram usados os valores registados no ano antecedente.

Limitações

Os novos casos de infeção por VIH notificados incluem tanto os casos em que a infeção foi adquirida recentemente como casos em que a infeção ocorreu há vários anos, pelo que não são uma medida real de incidência. Assim, as taxas apresentadas para a infeção por VIH representam taxas de diagnóstico e não taxas de incidência. Contudo, as taxas referentes ao estágio SIDA correspondem a verdadeiras taxas de incidência uma vez que o diagnóstico de SIDA está dependente do diagnóstico de uma condição clínica com sintomas específicos.

Capítulo II

As estimativas de prevalência, incidência, fração não diagnosticada e demora diagnóstica foram realizadas utilizando a aplicação informática *HIV Modelling Tool* (v.1.3.0)⁵ disponibilizada pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), na opção “Incidence Method”. Foi efetuada parametrização do modelo tendo em conta a história da epidemia nacional e das iniciativas que potencialmente interferiram na probabilidade de diagnóstico. Previamente à preparação dos ficheiros com a informação epidemiológica a utilizar nas estimativas foram efetuados ajustes aos dados nacionais, segundo abordagem já descrita anteriormente⁶, com o intuito de não contabilizar os casos que saíram do país ou em que os óbitos não foram notificados, uma vez que interferem nas estimativas nacionais para a prevalência.

Para o apuramento do número de pessoas em tratamento, foi triangulada informação recebida de Centros Hospitalares que integram a Rede de Referência Hospitalar do VIH, dados disponíveis na aplicação SI.VIDA, na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) e na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), por forma a conferir robustez aos resultados encontrados.

Os dados relativos à supressão virológica nas pessoas que vivem com VIH (PVVIH) que se encontravam em tratamento, foram obtidos através das informações recebidas de Centros Hospitalares que integram a Rede de Referência Hospitalar do VIH, e de dados disponíveis na aplicação SI.VIDA.

Capítulo III

Os dados referentes à distribuição de meios preventivos e de redução de riscos e minimização de danos, como sejam preservativos masculinos e femininos e o Programa Troca de Seringas são reportados pelas diversas entidades responsáveis pela sua disponibilização às populações na plataforma eletrónica de gestão de atividades e aquisições eletrónica alojada no site da DGS (<https://www.pnvihsida.dgs.pt/pagina.aspx>).

A generalização do rastreio de VIH, através da utilização do teste rápido em diferentes contextos formais e informais de saúde como sejam as unidades de saúde dos cuidados de saúde primários e as organizações não-governamentais teve início em 2013 e veio complementar a atividade dos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD), implementada em 1998.

A partir de 2013, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 186/2006 de 12 de setembro e da Portaria n.º 258/2013 de 13 de agosto, os concursos para financiamento de projetos desenvolvidos por pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos, passaram a integrar a componente de promoção do teste rápido de VIH, VHB e VHC em contexto comunitário, procurando alcançar populações em situação de maior vulnerabilidade de contrair estas infeções e que, por norma não recorrem aos serviços de saúde. As prioridades de investimento têm em conta os dados epidemiológicos da infeção, procurando privilegiar os contextos geográficos com taxas elevadas de incidência de novos diagnósticos.

A monitorização dos rastreios é realizada igualmente através da plataforma eletrónica de gestão de atividades e aquisições eletrónica, que permite o registo mensal do número de testes realizados do número de resultados reativos e do número de pessoas com resultados reativos referenciados para os cuidados hospitalares.

A informação referente ao número de testes realizados por prescrição por médicos dos Cuidados de Saúde Primários é solicitada anualmente à ACSS e às Administrações Regionais de Saúde (ARS).

CAPÍTULO I

Vigilância epidemiológica

I.1. Informação epidemiológica referente ao ano 2018

I.1.1 Novos casos de infeção por VIH

Até 30 de junho de 2019 foram recebidas no INSA notificações referentes a 973 novos casos de infeção por VIH em que o diagnóstico ocorreu entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2018, 99,7% dos quais foram registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos (quadro 1). A taxa de novos diagnósticos apurada é de 9,5 novos casos por 10⁵ habitantes, não corrigida para o atraso de notificação.

Entre 1 de julho de 2018 e 30 de junho de 2019, foram também rececionadas 1027 notificações de casos com diagnóstico em anos anteriores e que estavam em atraso.

Quadro 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2018.

	Nº de casos
Adultos (≥15 anos)	970
Crianças (<15 anos)	3
Total	973

Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em adolescentes e adultos (<15 anos)

Os 970 casos diagnosticados durante o ano 2018 em adolescentes e adultos, ocorreram maioritariamente (n=691; 71,2%) em homens, representando os casos em mulheres apenas 28,8% (n=279) do total, o que corresponde a um *ratio* homem/mulher (H/M) de 2,5.

Em 61,6% dos novos casos a idade à data de diagnóstico situou-se entre os 25 e os 49 anos, enquanto 28,0% foram diagnosticados em indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos. Como é patente na informação veiculada no quadro 2, o maior número de novos diagnósticos ocorreu em indivíduos com idades entre 30 e 39 anos, no entanto, a taxa mais elevada, 23,8 casos por 10⁵ habitantes, registou-se no grupo etário dos 25-29 anos. Esta distribuição foi também identificada após estratificação por sexo, com as taxas de diagnóstico mais elevadas em homens e mulheres a ocorrerem em

Quadro 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	N	%	Casos/10 ⁵ habitantes
15-19 anos	7	1,0	2,5	3	1,1	1,1	10	1,0	1,8
20-24 anos	78	11,3	28,6	12	4,3	4,5	90	9,3	16,7
25-29 anos	90	13,0	33,0	41	14,7	14,9	131	13,5	23,8
30-39 anos	180	26,0	29,5	71	25,4	10,9	251	25,9	19,9
40-49 anos	152	22,0	20,3	64	22,9	7,7	216	22,3	13,7
50-59 anos	113	16,4	16,2	58	20,8	7,4	171	17,6	11,6
≥ 60 anos	71	10,3	5,7	30	10,8	1,8	101	10,4	3,5
Total	691	100,0	14,2	279	100,0	5,1	970	100,0	9,4

idades entre os 25 e os 29 anos, e que foram, respetivamente, 33,0 casos/10⁵ homens e 14,7 casos/10⁵ mulheres do referido grupo etário.

A idade mediana à data do diagnóstico apurada para o total de casos diagnosticados em adultos foi de 40,0 anos (Dispersão Interquartil-DIQ: 30,0-52,0) (quadro 3). Os casos referentes a homens que têm sexo com outros homens (HSH), tal como observado nos anos mais recentes, apresentaram uma mediana de idades muito inferior à apurada para os casos que referem transmissão heterossexual e para os casos diagnosticados em utilizadores de drogas injetadas (UDI), com diferenças de, respetivamente, 15 anos e 10 anos. Em 44,6% (146/327) dos casos de transmissão entre HSH a idade à data de diagnóstico foi inferior a 30 anos, enquanto apenas 12,7% (74/581) dos casos de transmissão por contacto heterossexual foram diagnosticados em indivíduos com idades equivalentes (figura 1). Ainda, 63,2% (146/231) dos casos diagnosticados em indivíduos com idades entre 15 e 29 anos referiam ser HSH. Por outro lado, 38,9% (226/581) dos casos em heterossexuais ocorreram em indivíduos com 50 ou mais anos

Quadro 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os novos casos (≥15 anos)	40,0	30,0	52,0
Homens	39,0	29,0	51,0
Mulheres	41,0	32,0	53,0
Heterossexual	46,0	35,0	55,0
HSH	31,0	25,0	39,0
UDI	41,0	37,0	51,0

Legenda: DIQ - Dispersão interquartil

e perfaziam 83,1% (226/272) dos novos casos registados em indivíduos desse grupo etário.

A Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com a definição dada pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II de 2013⁷, foi a região com maior proporção de residentes entre os novos casos que veicularam informação nessa variável (47,5%; 458/964) e também a que registou a taxa mais elevada de novos diagnósticos (16,1 casos/10⁵ habitantes) (quadro 4). A análise das taxas de novos diagnósticos por distrito revelou que os três distritos

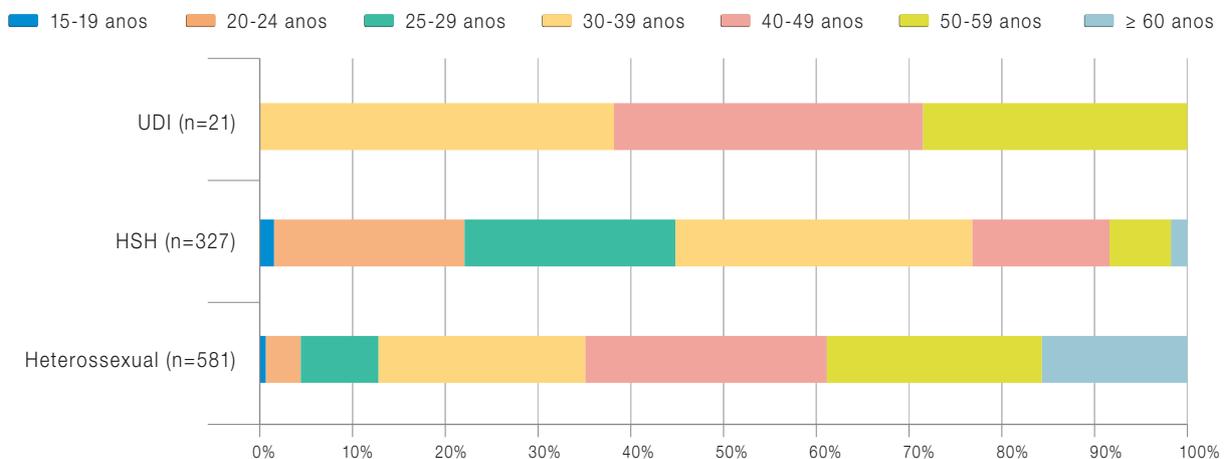


Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: proporção por grupo etário para as principais formas de transmissão.

com as taxas mais elevadas foram o distrito de Lisboa (16,6 casos/10⁵ habitantes), o distrito de Coimbra (11,4 casos/10⁵ habitantes) e o distrito de Setúbal (11,0 casos/10⁵ habitantes).

A informação relativa ao país ou região geográfica de origem é apurada, com base na informação relativa ao país de naturalidade, para os indivíduos com um novo diagnóstico de infeção por VIH em Portugal (quadro 5). Contudo, essa

informação não corresponde necessariamente ao país de provável infeção, pelo que não deverá ser deduzido que todos os novos casos em indivíduos nascidos fora de Portugal sejam casos em que a transmissão ocorreu no país de origem.

Esta informação esteve disponível em 923 casos e Portugal foi indicado como país de naturalidade na sua maioria (61,1%; 593/923). Dos 330 casos que referiam ter nascido noutro país, 55,2% eram originários de países situados na África subsariana e 33,6% de países da América Latina. A estratificação por sexo revelou uma proporção de casos nascidos fora de Portugal mais elevada entre as mulheres 47,7% (124/260), do que a observada para os homens (31,1%; 206/663). As mulheres nascidas fora de Portugal são maioritariamente originárias de países africanos (79,8%; 99/124), enquanto nos homens nascidos fora de Portugal o maior número de casos ocorreu em indivíduos originários da América Latina (92/206; 44,7%).

Quadro 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes
Norte	237	24,4	6,6
Centro	156	16,1	7,0
Área Metropolitana de Lisboa	458	47,2	16,1
Alentejo	36	3,7	5,1
Algarve	45	4,6	10,3
Região Autónoma dos Açores	14	1,4	5,8
Região Autónoma da Madeira	13	1,3	5,1
Residência no estrangeiro	5	0,5	na
Sem informação	6	0,6	na
Total	970	100,0	9,4

Quadro 5 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	457	66,1	136	48,7	593	61,1
África subsariana	83	12,0	99	35,5	182	18,8
América Latina	92	13,3	19	6,8	111	11,4
Europa Ocidental	19	2,7	1	0,4	20	2,1
Europa Central	2	0,3	2	0,7	4	0,4
Europa de Leste	4	0,6	3	1,1	7	0,7
Outra	6	0,9	0	0,0	6	0,6
Sem informação	28	4,1	19	6,8	47	4,8
Total	691	100,0	279	100,0	970	100,0

A análise da informação referente à região de naturalidade, dos casos em que o país de nascimento foi referido, desagregada para as três principais formas de transmissão, revelou que para todas elas a maioria dos casos correspondia a indivíduos nascidos em Portugal (figura 2), no entanto, observam-se variações consideráveis nas proporções encontradas. Assim, é entre os casos em mulheres que referem transmissão heterossexual que se observa a maior proporção de indivíduos nascidos fora de Portugal, 47,7% daqueles com informação disponível (116/243), 80,2% das quais são de origem africana (93/116). Nos 105 casos em HSH com naturalidade conhecida e diferente de Portugal, 81 (77,1%) eram originários da América Latina.

Foi possível recolher informação referente ao tipo de vírus identificado, em 961 (99,1%) dos novos casos notificados e em 928 destes (96,6%) a infeção era causada por VIH do tipo 1 (VIH-1). Em 2018 foram diagnosticadas 29 infeções por VIH do tipo 2 (VIH-2). Esses diagnósticos ocorreram maioritariamente em mulheres (58,6%; 17/29), em indivíduos com 50 ou mais anos (69,0%; 20/29) e a indivíduos nascidos em países da África subsariana (65,5%; 19/29), mais concretamente na Guiné-Bissau (41,4%; 12/29).

Considerando os 933 novos casos com diagnóstico em 2018 em que a informação referente ao modo de transmissão não estava

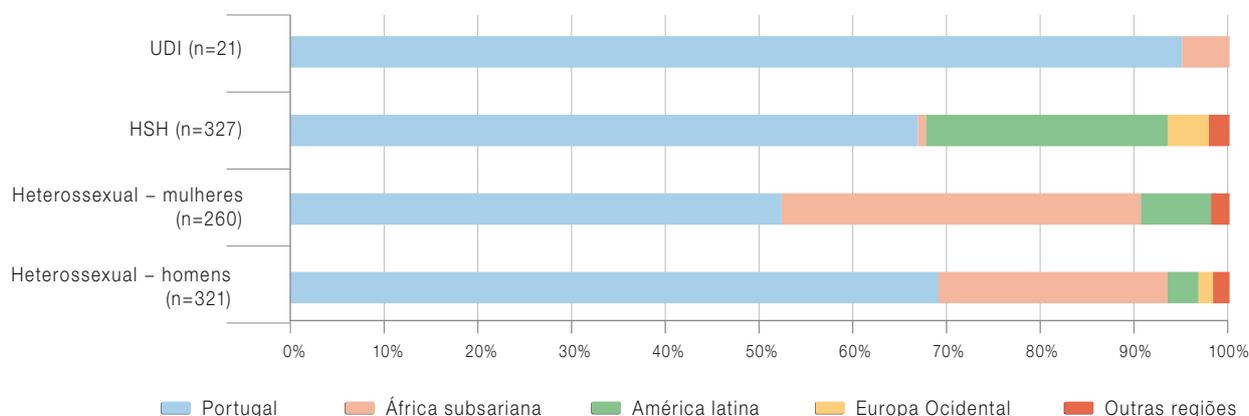


Figura 2 – Novos casos de infeção por VIH (>=15 anos) diagnosticados em 2018: proporção segundo a origem geográfica dos indivíduos para as principais formas de transmissão.

Quadro 6 – Novos casos de infeção por VIH (>=15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	321	46,5	260	93,2	581	59,9
HSH	327	47,3	0	-	327	33,7
UDI	15	2,2	6	-	21	2,2
Outra	2	0,3	2	0,7	4	0,4
Desconhecida	26	3,8	11	3,9	37	3,8
Total	691	100,0	279	100,0	970	100,0

omissa, a análise estratificada revelou que em 908 (97,3%) a transmissão ocorreu por contactos sexuais de risco ([quadro 6](#)). Ainda, mostrou que em 62,3% (581/933) dos casos foi apurada transmissão por contacto heterossexual, em 35,0% (327/933) transmissão decorrente de relações sexuais entre homens e em 2,3% (21/933) transmissão associada ao consumo de drogas injetadas.

A distribuição percentual dos novos casos por modo de transmissão e sexo é ilustrada na [figura 3](#). Os casos com diagnóstico em 2018 associados a transmissão por relações sexuais entre homens (n=327) constituíram 47,3% dos novos diagnósticos em homens em 2018, contudo, este valor ascende a 49,2% se forem considerados apenas os casos com informação sobre o modo de transmissão (n=665).

No que respeita ao estágio apurado na avaliação clínica inicial, a informação esteve disponível em 96,8% (939/970) dos casos com diagnóstico em 2018. Observou-se que em 48 casos o diagnóstico foi efetuado na fase aguda da infeção, 87,5% (42/48) dos quais correspondiam a homens, e nestes, 74,4% (29/42) referiam transmissão por relações sexuais com outros homens.

Os casos com diagnóstico no ano em análise apresentaram-se maioritariamente assintomáticos (63,6%) e em 15,9% ocorreu um diagnóstico concomitante de SIDA. A estratificação por sexo revelou diferenças, que revelaram ter significado estatístico, nas proporções dos casos nos diferentes estádios ([quadro 7](#)).

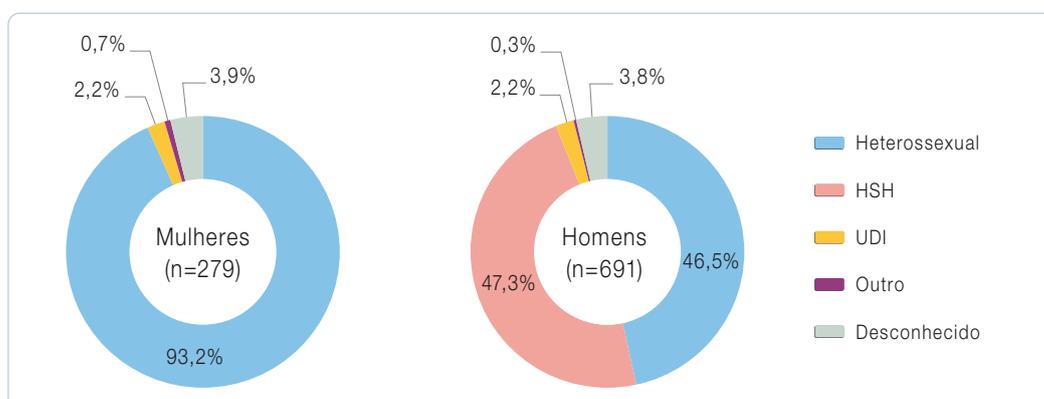


Figura 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: proporção por sexo e modo de transmissão.

Quadro 7 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por estágio inicial e sexo.

	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Infeção Aguda	42	6,1	6	2,2	48	4,9
Portador Assintomático	434	62,8	183	65,6	617	63,6
Sintomático Não-SIDA	90	13,0	30	10,8	120	12,4
SIDA	101	14,6	53	19,0	154	15,9
Sem informação	24	3,5	7	2,5	31	3,2
Total	691	100,0	279	100,0	970	100,0

A informação referente ao número de células TCD4+ da primeira avaliação clínica esteve disponível para 84,0% dos casos diagnosticados em 2018. No entanto, foram excluídos da análise para apuramento da percentagem de diagnósticos tardios os casos em que foi reportado o estágio clínico “Infeção aguda”, uma vez que no período inicial da infeção por VIH é frequente verificar-se uma redução transitória do número de células TCD4+, o que eventualmente causaria a sua classificação, incorreta, como apresentação tardia. Constatou-se que 55,8% dos casos referiam valores <350 células/mm³, revelando uma apresentação tardia aos cuidados clínicos (quadro 8). Esta situação foi mais frequente entre os indivíduos do sexo masculino (58,2%) e nos casos de transmissão heterossexual (61,0%). Em 34,3% dos casos observaram-se valores <200 células/mm³, indicador de doença avançada⁸, proporção que nos casos em UDI ascendeu a 42,1%, contudo, a interpretação das proporções obtidas para os casos associados a esta forma de transmissão carece de prudência, por consistirem num número reduzido.

Na figura 4 resumiu-se a informação relativa à proporção de diagnósticos tardios para diferentes variáveis. Observa-se que a estratifica-

ção por sexo revela diferença, contudo, esta situa-se no limiar do significado estatístico. Na variável idade à data de diagnóstico verifica-se uma tendência crescente nas proporções, acompanhando ao aumento da idade, atingindo o valor de 70,7% nos casos com idades de 50 ou mais anos. No que se refere ao modo de transmissão merecem relevo a proporção de diagnósticos tardios em casos de transmissão heterossexual do sexo masculino (70,2%), que é significativamente superior à observada para as mulheres (49,8%), ainda, e à semelhança do verificado nos anos mais recentes e ao reportado noutros países europeus⁹, destaca-se a menor proporção de diagnósticos tardios entre os casos em HSH (44,8%). Relativamente à origem geográfica, constata-se que os casos nascidos em países Europeus tiveram um diagnóstico mais precoce, enquanto os nascidos em países africanos apresentaram-se maioritariamente (67,4%) com valores de TCD4+ compatíveis com diagnóstico tardio. Quanto à região de residência, as percentagens de diagnósticos tardios mais elevadas verificaram-se em indivíduos residentes na Região Autónoma da Madeira e na região Centro, respetivamente, 66,7% e 65,0%.

Quadro 8 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais de acordo com o sexo e para as principais formas de transmissão.

	Homens		Mulheres		Heterossexual		HSH		UDI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Total com contagens TCD4+	538	82,9	232	85,0	479	84,6	250	83,9	19	95,0	770	83,5
Nº células TCD4+ <350 cél/mm ³	313	58,2	117	50,4	292	61,0	112	44,8	11	57,9	430	55,8
Nº células TCD4+ <200 cél/mm ³	192	33,3	72	30,3	194	40,5	53	21,2	8	42,1	264	34,3

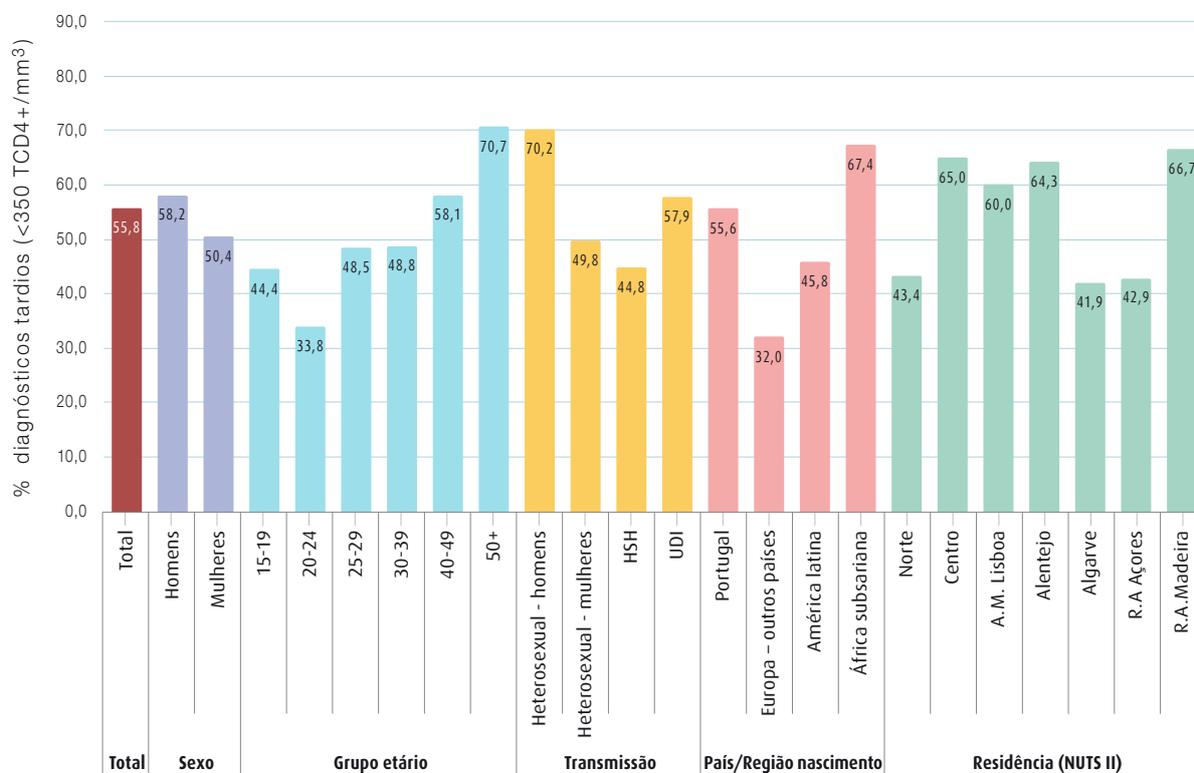


Figura 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2018: proporção de diagnósticos tardios ($\text{TCD4}^+ < 350 \text{ células/mm}^3$) de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.

Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em crianças (<math>< 15 \text{ anos}</math>)

Em 2018 foram diagnosticados 3 casos de infeção por VIH em crianças, 1 do sexo feminino e 2 do sexo masculino e com idades entre os 2 e os 14 anos. Todos os casos nasceram fora de Portugal e referiam residência na região de Lisboa. Apenas um dos casos referia transmissão mãe-filho, nos restantes a informação relativa ao modo de transmissão esteve ausente. Em todos foi identificada infeção por VIH-1.

1.1.2. Resistência primária aos antirretrovirais

A determinação da presença de mutações que confirmam resistência aos fármacos usados no tratamento da infeção por VIH, faz parte da avaliação laboratorial inicial efetuada no quadro de um diagnóstico de novo, tal como preconizado na Norma nº 29/2017 da DGS¹⁰. Os denominados testes de resistência genotípicos são realizados através de sequenciação das regiões do genoma viral que codificam para os três principais alvos da terapêutica - a transcriptase reversa, a protease e a integrase - para identificação da presença de mutações que estão associadas a maior ou menor grau de resistência farmacológica. A deteção

dessas mutações em indivíduos *drug naïve* indicia que adquiriram uma estirpe resistente.

A monitorização da prevalência da resistência primária ou transmitida é preconizada internacionalmente, com o intuito de fornecer informação que possibilite intervenções adequadas e atempadas, de forma a evitar a disseminação das estirpes implicadas.

Em resposta a um novo programa de vigilância europeu lançado pelo ECDC e constituindo uma experiência piloto no país, foram recolhidos dados nacionais relativos à deteção de mutações de resistência em casos com diagnóstico em 2018. A recolha de informação foi efetuada em 7 instituições hospitalares do continente, situadas na região Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Sul, garantindo assim uma cobertura geográfica abrangente. Por se tratar de uma recolha exploratória, a informação solicitada cingiu-se à presença ou ausência de mutações de resistências para uma ou mais de quatro classes de fármacos antirretrovirais: inibidores da transcriptase reversa nucleósidos (ITRN); inibidores da transcriptase reversa não nucleósidos (ITRNN); inibidores da protease (IP) e inibidores da integrase (II).

Avaliaram-se 554 casos de infeção por VIH-1 com diagnóstico *de novo* em 2018, idade superior a 14 anos e infeção por VIH-1, número que corresponde a 59,7% dos casos notificados com diagnóstico no ano e com as mesmas características. Verificou-se que destes, 55 (9,9%) não tinham resultado de teste de resistência, apurando-se que em 10 não foi possível amplificar o genoma viral, em 2 o doente faleceu antes da realização do teste e nos restantes 43 não foi indicada causa para a ausência de resultado.

Todos os 499 indivíduos com resultados disponíveis foram testados para pesquisa de mutações associadas a resistência aos ITRN, ITRNN e IP, apenas 75 (15%) foram testados para pesquisa de resistências aos II. Independentemente da classe dos fármacos, apurou-se uma prevalência de resistência transmitida de 14,6%, tendo sido detetadas estirpes com mutações de resistência em 76 indivíduos com diagnóstico em 2018. Em 65 indivíduos (13,0%) a resistência detetada dirigia-se apenas a uma classe de fármacos e em 8 indivíduos (1,6%) abrangia mais de uma classe.

Os resultados obtidos para o conjunto dos casos estudados e estratificação por algumas variáveis de caracterização encontra-se no [quadro 9](#), onde se pode constatar que os ITRNN constituíram a classe de fármacos para a qual foi detetada maior proporção de resistência (11,2%). Nos homens foi encontrada uma prevalência mais elevada de mutações de resistência para alguma classe, comparativamente ao observado para as mulheres (16,3% vs 9,6%) e não se encontram diferenças evidentes na estratificação por país de nascimento nem por modo de transmissão. Contudo, 21,5 % dos casos que se apresentaram em estágio SIDA na primeira avaliação clínica apresentavam mutações que conferiam resistência a alguma das classes terapêuticas.

A resistência a apenas uma classe de antirretrovirais foi detetada nas seguintes proporções para cada uma das classes: ITRN - 0,8% (4/499); ITRNN - 9,8% (49/499); IP - 2,0% (10/499) e II - 2,7% (2/75).

Nos 8 casos em que foram detetadas estirpes com mutações para mais do que uma classe de fármacos, identificaram-se as seguintes

Quadro 9 – Prevalência de mutações de resistência aos fármacos antirretrovirais em casos de infeção por VIH-1 com diagnóstico em 2018.

		Padrão de resistência			Resistência por classe de fármaco			
		Alguma classe	Só a uma classe	Mais do que uma classe	ITRN	ITRNN	IP	II*
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Total (n= 499)*		73 (14,6%)	65 (13,0%)	8 (1,6%)	10 (2,0%)	56 (11,2%)	11 (2,2%)	4 (5,3%)
Sexo	Homens (n=374)	61 (16,3%)	54 (14,4%)	7 (1,9%)	9 (2,4%)	46 (12,3%)	10 (2,7%)	3 (5,8%)
	Mulheres (n=125)	12 (9,6%)	11 (8,8%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	10 (8,0%)	1 (0,8%)	1 (4,4%)
País de nascimento	Portugal (n=289)	43 (14,9%)	39 (13,5%)	4 (1,4%)	4 (1,4%)	29 (10,0%)	10 (3,5%)	4 (10,5%)
	Estrangeiro (n=191)	29 (15,2%)	25 (13,1%)	4 (2,1%)	6 (3,1%)	26 (13,6%)	1 (0,5%)	0 (--)
	Desconhecido (n=19)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	0 (--)	1 (5,3%)	0 (--)	0 (--)
Forma de transmissão	Heterossexual (n=249)	37 (14,9%)	33 (13,3%)	4 (1,6%)	6 (2,4%)	28 (11,2%)	4 (1,6%)	3 (6,3%)
	HSH (n=240)	34 (14,2%)	31 (12,9%)	3 (1,3%)	4 (1,7%)	26 (10,8%)	6 (2,5%)	1 (4,0%)
	UDI (n=5)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)
	Outro (n=5)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	0 (--)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	0 (--)
Estádio inicial	Infeção aguda (n=34)	5 (14,7%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	3 (8,8%)	2 (5,9%)	0 (--)
	Assintomático (n=316)	41 (13,0%)	35 (11,1%)	6 (1,9%)	8 (2,5%)	31 (9,8%)	5 (1,6%)	3 (8,1%)
	Sintomático não-SIDA (n=64)	8 (12,5%)	8 (12,5%)	0 (--)	0 (--)	6 (9,4%)	1 (1,6%)	1 (4,8%)
	SIDA (n=79)	17 (21,5%)	16 (20,3%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)	15 (19,0%)	2 (2,5%)	0 (--)
	Não referido (n=6)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	0 (--)	0 (--)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (--)
Valores TCD4+	≥500 cél./mm ³ (n=136)	25 (18,4%)	21 (15,4%)	4 (2,9%)	6 (4,4%)	18 (13,2%)	4 (2,9%)	1 (5,9%)
	350-499 cél./mm ³ (n=78)	5 (6,4%)	5 (6,4%)	0 (--)	0 (--)	5 (6,4%)	0 (--)	0 (--)
	200-349 cél./mm ³ (n=90)	9 (10,0%)	8 (8,9%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	5 (5,6%)	4 (4,4%)	0 (--)
	<200 cél./mm ³ (n=139)	25 (18,0%)	23 (16,6%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	22 (15,8%)	2 (1,4%)	1 (7,7%)
	Sem dados (n=56)	9 (16,1%)	8 (14,3%)	1 (1,8%)	1 (1,8%)	6 (10,7%)	1 (1,8%)	2 (8,0%)

Legenda: * Apenas 75 indivíduos foram testados para resistência aos II, número que foi usado como denominador no cálculo das proporções para essa classe.

combinações: 5 casos com resistência a ITRN+ITRNN (1,0%; 5/499); 1 caso com resistência a ITRNN+IP (0,2%; 1/499); 1 caso com resistência a ITRN+ II (1,3%; 1/75) e 1 caso com resistência a ITRNN+II (1,3%; 1/75). Não foi detetado nenhum caso com resistência a 3 ou mais classes.

A prevalência de resistência transmitida a pelo menos uma das classes de fármacos antirretrovirais mostrou-se elevada, contudo, há que considerar neste valor o peso da prevalência de mutações de resistência para os ITRNN, que porventura refletirá os esquemas terapêuticos

usados no passado. Assim, se observarmos apenas as classes de fármacos preconizadas na Norma 29/2017¹⁰ para a abordagem terapêutica inicial, ITRN e II, a prevalência mostra-se significativamente mais reduzida. Uma vez que não foi recolhida informação relativa às mutações detetadas, nem grau de resistência a elas associado, torna-se difícil comparar com os dados internacionais publicados. Assim, aguarda-se a análise do ECDC aos resultados do novo programa de vigilância e que possibilitará a comparação dos dados nacionais com os de outros países europeus, recolhidos segundo o mesmo protocolo.

I.1.3. Novos casos de SIDA

Durante o ano 2018 foram diagnosticados 227 novos casos de SIDA, dos quais 226 em adolescentes ou adultos com idades iguais ou superiores a 15 anos (quadro 10). A taxa de novos diagnósticos de SIDA foi assim de 2,2 novos casos de SIDA/10⁵ habitantes. O diagnóstico de SIDA foi concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH na maioria dos casos (68,3%); nos restantes 72 casos (31,7%) ocorreu evolução para estágio SIDA em casos nos quais o diagnóstico da infeção ocorreu em anos precedentes.

Quadro 10 – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2018.

	Nº de casos
Adultos (≥15 anos)	226
Crianças (<15 anos)	1
Total	227

Novos casos de SIDA diagnosticados em adolescentes e adultos (<15 anos)

Dos 226 casos de SIDA diagnosticados em 2018, em adolescentes e adultos, 149 (65,9%) registaram-se em homens e 77 (34,1%) em mulheres, o que revela um *ratio* H/M de 1,9.

A maioria (69,9%) dos novos casos de SIDA ocorreu em indivíduos com idades igual ou superior a 40 anos. A incidência mais elevada observou-se no grupo etário 40-49 anos (4,1 casos/10⁵ habitantes), mas a estratificação por sexo revelou que nos homens a incidência mais elevada verificou-se no escalão 50-59 anos (5,6 casos/10⁵ habitantes) enquanto que nas mulheres observou-se no escalão 30-39 anos (3,1 casos/10⁵ habitantes) (quadro 11).

Quadro 11 - Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	N	%	Casos/10 ⁵ habitantes
15-19 anos	0	0,6	0,0	0	0,0	-	0	0,0	-
20-24 anos	2	0,6	0,7	1	1,3	0,4	3	1,3	0,6
25-29 anos	11	8,3	4,0	6	7,8	2,2	17	7,5	3,1
30-39 anos	28	20,2	4,6	20	26,0	3,1	48	21,2	3,8
40-49 anos	41	26,8	5,5	24	31,2	2,9	65	28,8	4,1
50-59 anos	39	21,4	5,6	17	22,1	2,2	56	24,8	3,8
≥ 60 anos	28	22,0	2,2	9	11,7	0,5	37	16,4	1,3
Total	149	100,0	3,1	77	100,0	1,4	226	100,0	2,2

A idade mediana à data do diagnóstico para o total de novos casos de SIDA diagnosticados no ano em análise foi de 46,5 anos (DIQ: 37,0-56,0) (quadro 12). A mediana de idades apurada para os casos de SIDA em homens e para os casos com transmissão heterossexual foi de 48,0 anos, sendo mais elevada do que a encontrada para as mulheres ou para as outras formas de transmissão.

A distribuição dos novos casos de SIDA por região NUTS II da residência à data da notificação é mostrada no quadro 13. O maior número de diagnósticos de SIDA (n=125) ocorreu na área metropolitana de Lisboa, que registou também a incidência de SIDA mais elevada (4,4 casos de SIDA/10⁵ habitantes).

Da informação relativa ao país de nascimento registada nos novos casos de SIDA de 2018

apurou-se, como se pode verificar no quadro 14, que a maioria (59,3%) registou-se em indivíduos nascidos em Portugal. Contudo, a estratificação por sexo mostrou que a proporção de indivíduos nascidos fora de Portugal foi superior nos casos de SIDA em mulheres (46,8%) comparativamente ao observado nos casos em homens (32,2%).

O quadro 15 apresenta a distribuição dos novos casos de SIDA por modo de transmissão, mostrando que 165 dos 219 casos em que a via de transmissão é conhecida (75,3%) ocorreram em indivíduos que contraíram a infeção por contacto heterossexual. A proporção de casos por modo de transmissão e sexo, ilustrada na figura 5, mostra uma predominância de casos de transmissão heterossexual em ambos os sexos.

Quadro 12 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os novos casos (≥15 anos)	46,5	37,0	56,0
Homens	48,0	39,0	57,0
Mulheres	44,0	36,0	53,0
Heterossexual	48,0	38,0	58,0
HSH	39,5	30,0	49,0
UDI	45,0	41,0	50,0

Legenda: DIQ- Dispersão interquartil

Quadro 13 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes
Norte	44	19,5	1,2
Centro	34	15,0	1,5
Área Metropolitana de Lisboa	125	55,3	4,4
Alentejo	8	3,5	1,1
Algarve	9	4,0	2,1
Região Autónoma dos Açores	2	0,9	0,8
Região Autónoma da Madeira	2	0,9	0,8
Residência no estrangeiro	1	0,4	n.a.
Sem informação	1	0,4	n.a.
Total	226	100,0	2,2

Quadro 14 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	96	64,4	38	49,4	134	59,3
África subsariana	30	20,1	34	44,2	64	28,3
América Latina	13	8,7	2	2,6	15	6,6
Europa Ocidental	3	2,0	0	0,0	3	1,3
Europa de Leste	1	0,7	0	0,0	1	0,4
Outra	1	0,7	0	0,0	1	0,4
Sem informação	5	3,4	3	3,9	8	3,5
Total	149	100,0	77	100,0	226	100,0

Quadro 15 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	95	63,8	70	90,9	165	73,0
HSH	34	22,8	0	–	34	15,0
UDI	13	8,7	5	6,5	18	8,0
Outra	1	0,7	1	1,3	2	0,9
Desconhecido	6	4,0	1	1,3	7	3,1
Total	149	100,0	77	100,0	226	100,0

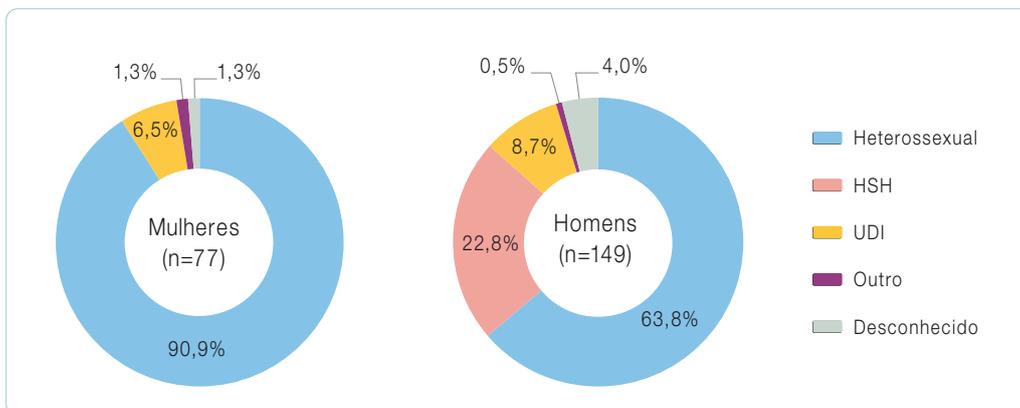


Figura 5 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2018: proporção por sexo e modo de transmissão.

Segundo as definições europeia e nacional de caso de SIDA, este obedece apenas a critérios clínicos sendo necessária a presença de pelo menos uma das doenças definidoras de SIDA que constam da lista publicada em 1993⁴ e no Anexo II deste relatório, não sendo considerado o critério imunológico como noutras regiões do mundo. Por caso são registadas até quatro doenças que constituam o quadro inaugural de SIDA. A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PPj), referida em 34,5% dos casos, foi a doença definidora de SIDA mais frequente nos novos casos com diagnóstico em 2018, em ambos os sexos, como pode ser constatado no **quadro 16**

onde são mostradas as frequências das doenças definidoras de SIDA mais comumente registadas. A desagregação por sexo revela que no ano em análise a segunda doença mais frequente nos homens foi a candidose esofágica, enquanto nas mulheres foi a doença por citomegalovírus, observando-se ainda mais diferenças na frequência de diagnóstico de outras doenças definidoras de SIDA.

A análise da frequência de diagnóstico das doenças definidoras de SIDA após estratificação dos casos de acordo com o modo de transmissão (**figura 6**) revelou que a PPj foi a doença

Quadro 16 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2018: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, de acordo com sexo.

Doença definidora de SIDA	Homens (n=149)		Mulheres (n=77)		Total (n=226)	
	n	%	n	%	N	%
Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PPj)	57	38,3	21	27,3	78	34,5
Candidose esofágica	28	18,8	11	14,3	39	17,3
Doença por citomegalovírus	23	15,4	15	19,5	38	16,8
Tuberculose extra pulmonar (todas as formas)	15	10,1	14	18,2	29	12,8
Tuberculose pulmonar	22	14,8	5	6,5	27	11,9
Toxoplasmose cerebral	9	6,0	13	16,9	22	9,7
Síndrome de emaciação	9	6,0	6	7,8	15	6,6
Sarcoma de Kaposi	10	6,7	2	2,6	12	5,3
Criptococose extra-pulmonar	6	4,0	1	1,3	7	3,1
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	5	3,4	2	2,6	7	3,1

Nota: Pode ser referida mais do que uma doença indicadora de SIDA por caso.

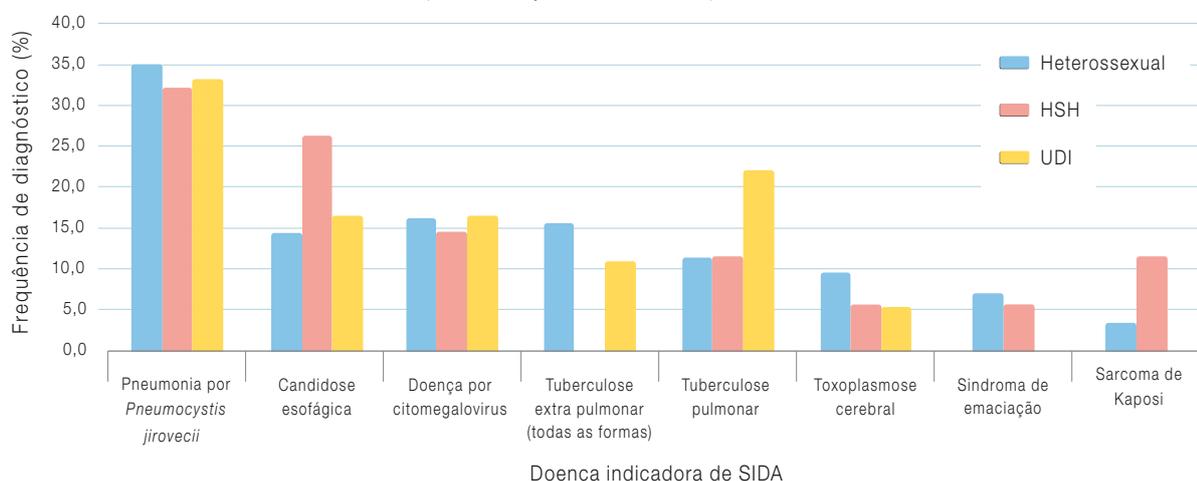


Figura 6 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥ 15 anos) diagnosticados em 2018: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.

mais frequente nas três formas de transmissão mais importantes. As segundas doenças mais frequentes nos casos de transmissão heterossexual, em HSH e em UDI foram, respetivamente, a doença por citomegalovírus, a candidose esofágica e a tuberculose pulmonar.

Novos casos de SIDA diagnosticados em crianças (<15 anos)

Em 2018 foi diagnosticado um caso pediátrico de SIDA, concomitantemente ao diagnóstico da infeção por VIH, num rapaz de 14 anos, oriundo da Guiné-Bissau, ao qual foi diagnosticada uma toxoplasmose cerebral.

I.1.4. Óbitos ocorridos em 2018

Foram notificados 261 óbitos, ocorridos em 2018 em doentes infetados por VIH, o que corresponde a uma taxa de mortalidade, não padronizada e não ajustada para o atraso de notificação, de 2,5 mortes/10⁵ habitantes. Verificou-se que 142 destes óbitos (54,4%) registaram-se em casos que atingiram estágio SIDA.

Os óbitos ocorreram maioritariamente em homens (78,9%; 206) e, de acordo com a informação veiculada no [quadro 17](#), a idade mediana à data de óbito foi de 53,0 anos (DIQ: 46,0-64,0). Os óbitos registados em UDI apresentaram a idade mediana mais baixa, 48,0 anos (DIQ: 43,0-53,0).

Como é possível constatar no [quadro 18](#), a análise dos óbitos por sexo e modo de transmissão revelou, para as estas variáveis, que o maior número de óbitos foi registado em casos do sexo masculino e de transmissão heterossexual.

Quadro 17- Óbitos ocorridos em 2018: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os óbitos	53,0	46,0	64,0
Homens	53,5	46,0	64,0
Mulheres	51,0	44,0	63,0
Heterossexual	61,0	50,0	70,0
HSH	51,0	44,0	64,0
UDI	48,0	43,0	53,0

Legenda: DIQ - Dispersão interquartil

Quadro 18 – Óbitos ocorridos em 2018: distribuição por sexo e modo de transmissão.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	92	44,7	38	69,1	130	49,8
HSH	32	15,5	0	0,0	32	12,3
UDI	77	37,4	14	25,5	91	34,9
Outro	1	0,5	2	3,6	3	1,1
Desconhecido	4	1,9	1	1,8	5	1,9
Total	206	100,0	55	100,0	261	100,0

A análise do tempo decorrido entre o diagnóstico e a morte revelou que a maioria (55,6%) dos óbitos ocorridos em 2018 teve um diagnóstico de infeção por VIH há mais de 10 anos (quadro 19). Contudo, 17,2% dos óbitos ocorreram no primeiro ano após o diagnóstico e para estes a estratificação por sexo revelou uma proporção ainda mais elevada nos que sucederam em mulheres (20,0%)

ou em casos de transmissão heterossexual (24,6%). De notar ainda que ocorreram nos cinco anos após o diagnóstico 39,2% dos óbitos em casos de transmissão heterossexual, o que sugere tratar-se de diagnósticos tardios. Em 81,3% dos óbitos registados em casos de UDI o diagnóstico tinha acontecido há mais de 10 anos.

Quadro 19 – Óbitos ocorridos em 2018: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, de acordo com o sexo e para as principais formas de transmissão.

Tempo	Homens (n=206)		Mulheres (n=55)		Heterossexual (n=130)		HSH (n=32)		UDI (n=91)		Total (n=261)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤1 ano	34	16,5	11	14,9	32	24,6	7	21,9	3	3,3	45	17,2
2 a 5 anos	17	8,3	8	5,4	19	14,6	3	9,4	1	1,1	25	9,6
6 a 10 anos	36	17,5	10	14,9	27	20,8	6	18,8	13	14,3	46	17,6
>10 anos	119	57,8	26	64,9	52	40,0	16	50,0	74	81,3	145	55,6

I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2018)

Até 31 de dezembro de 2018, foram diagnosticados cumulativamente em Portugal, 59913 casos de infeção por VIH, dos quais 22551 atingiram o estágio de SIDA. Esta informação tem por base as notificações recebidas até 30 de junho de 2019, nas quais foram ainda comunicados 14958 óbitos em indivíduos com infeção por VIH, ocorridos no mesmo período. A distribuição temporal destes diagnósticos e óbitos é apresentada na [figura 7](#). Nos subcapítulos seguintes é apresentada a análise detalhada dos totais acumulados e das tendências observadas para os principais aspetos demográficos, clínicos e epidemiológicos dos casos de infeção por VIH, dos casos de SIDA e dos óbitos notificados.

I.2.1. Casos de infeção por VIH

Distribuição temporal

A distribuição dos 59913 casos de infeção por VIH diagnosticados desde 1983, de acordo com o ano de diagnóstico é apresentada no [quadro 20](#). Após um período de 11 anos em que o total anual de novos casos foi crescente e em 1999 foi atingido o maior valor anual acumulado (3339). A partir daí observa-se um decréscimo continuado no número anual de novos diagnósticos, que se apurou ser de 57% entre o total de casos com diagnósticos nos anos 1999 e 2017 e de 46% quando comparados os anos 2008 e 2017.

As taxas anuais de novos diagnósticos refletem também esta tendência decrescente ([figura 8](#)), registando-se uma redução de 58% quando

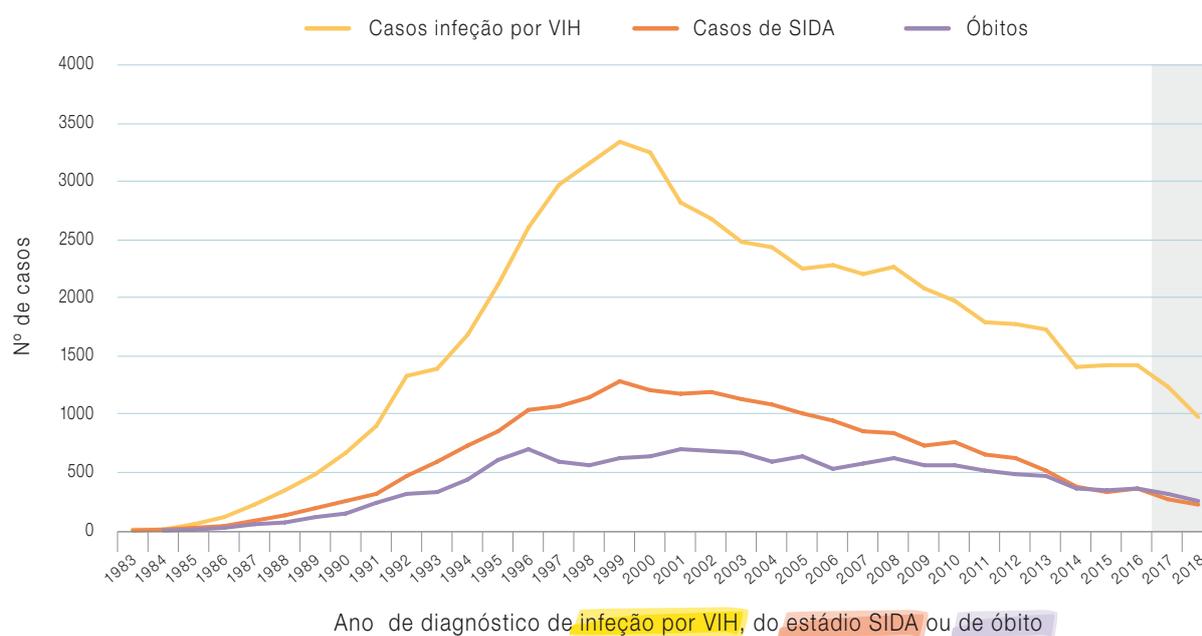


Figura 7 – Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2018): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.

analisadas as taxas apuradas para o ano 1999 (32,6 casos por 10⁵ habitantes) e para o ano 2017 (12,0 casos/10⁵ habitantes). Na década mais recente verificou-se uma redução de 44% na taxa de novos diagnósticos: 21,5 casos/10⁵ habitantes em 2008 vs 12,0 casos/10⁵ habitantes em 2017. A taxa registada em 2018, 9,5 casos/10⁵ habitantes, não foi considerada na análise das variações pois é esperado que venha ainda a sofrer aumento apreciável devido a atraso nas notificações.

Embora se observe uma redução consistente no número de novos casos diagnosticados em Portugal, há muito que a taxa anual de novos diagnósticos no país é uma das mais elevadas na União Europeia (UE) e, nos anos mais recentes, corresponde aproximadamente ao dobro da taxa calculada pelo ECDC para o conjunto dos países que integram a UE ⁹.

Distribuição por sexo

Encontram-se registados 43209 casos acumulados de indivíduos do sexo masculino, 72,1% do total de casos, o que corresponde a um ratio de 2,6 entre o número de casos em homens (H) e mulheres (M) – H/M (quadro 19). Anualmente e em todos os anos em observação, o número de casos em homens superou o número de casos registados em mulheres. Contudo, a partir de 2011 observou-se um aumento da proporção de novos diagnósticos em homens.

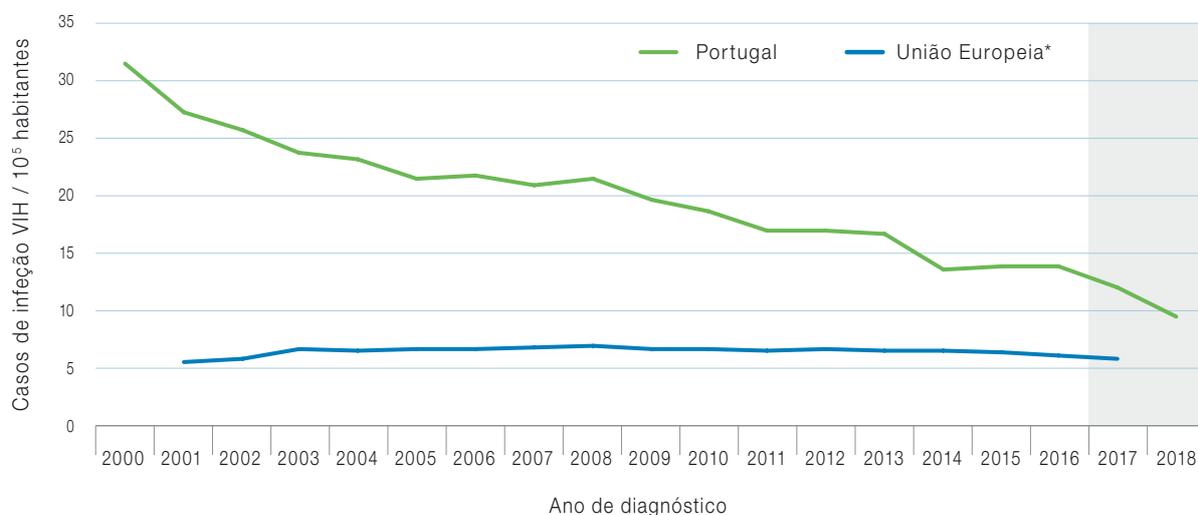
As tendências observadas no número de novos diagnósticos e nas respetivas taxas apuradas por sexo assemelham-se ao que se verificou para o total de novos casos, registando-se uma tendência decrescente para os casos registados anualmente em ambos os sexos, a partir do

Quadro 20 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição segundo ano de diagnóstico e sexo.

Ano de diagnóstico	Nº de casos			H/M
	Homens	Mulheres	Total	
1983	7	2	9	3,5
1984	9	3	12	3,0
1985	57	5	62	11,4
1986	99	17	116	5,8
1987	182	45	228	4,0
1988	277	63	340	4,4
1989	402	84	486	4,8
1990	547	129	676	4,2
1991	714	184	898	3,9
1992	1056	267	1325	4,0
1993	1094	292	1386	3,7
1994	1305	380	1686	3,4
1995	1637	478	2116	3,4
1996	1967	645	2612	3,0
1997	2301	666	2967	3,5
1998	2351	804	3156	2,9
1999	2547	792	3339	3,2
2000	2389	859	3249	2,8
2001	1992	833	2826	2,4
2002	1822	861	2683	2,1
2003	1686	792	2478	2,1
2004	1617	819	2436	2,0
2005	1539	714	2253	2,2
2006	1537	752	2289	2,0
2007	1453	751	2204	1,9
2008	1542	727	2269	2,1
2009	1394	682	2076	2,0
2010	1313	658	1971	2,0
2011	1242	547	1789	2,3
2012	1246	530	1776	2,4
2013	1229	505	1734	2,4
2014	1005	399	1404	2,5
2015	1048	378	1426	2,8
2016	1021	407	1428	2,5
2017	889	346	1235	2,6
2018	693	280	973	2,5
Total	43209	16696	59913	2,6

Legenda: H - Homens; M – Mulheres.

Nota: estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.



*Fonte: ECDC/WHO Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2018.

Figura 8 – Casos de infeção por VIH (2000-2018): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.

ano 2000 (figura 9). Pontualmente, em alguns anos recentes, verificou-se um ligeiro aumento de diagnósticos em homens ou em mulheres que, no entanto, não se transformou numa tendência. As taxas apuradas para 2018 foram de 14,3 novos casos/10⁵ homens e de 5,2 novos casos/10⁵ mulheres, valores que, como referido anteriormente, se espera ainda virem a sofrer variações devido ao atraso na notificação. Na última década, a variação percentual entre o número anual de novos casos apurada por

comparação dos anos 2008 e 2017, revelou uma redução mais acentuada no número de novos diagnósticos ocorridos em mulheres do que em homens (52% vs 42%). Idêntica situação é observada na variação das taxas de diagnóstico apuradas para ambos os sexos e para os mesmos anos, onde se regista um decréscimo de 52% para o sexo feminino, também mais elevado que a redução de 39% encontrada para o sexo masculino.

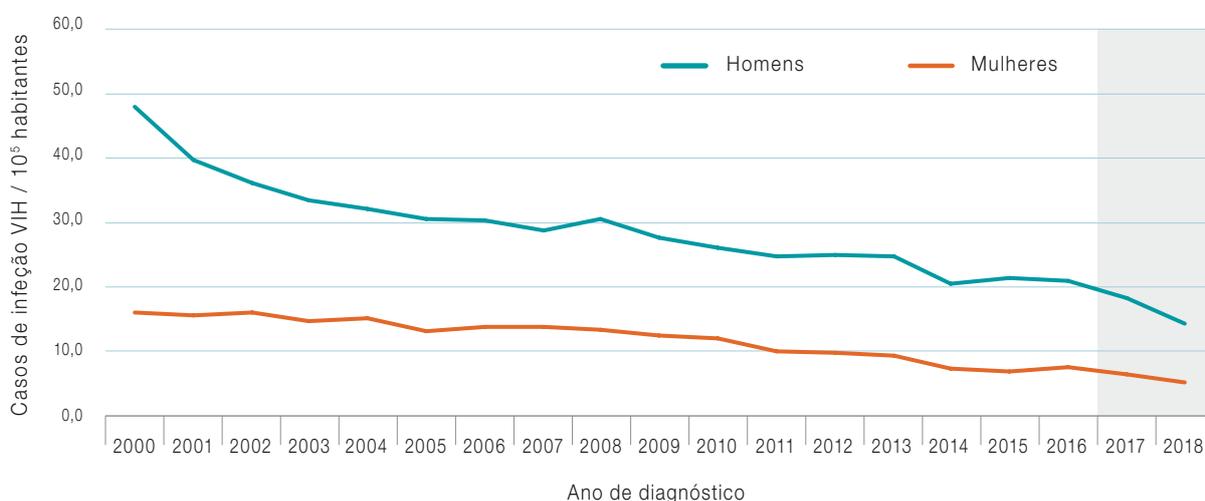


Figura 9 – Casos de infeção por VIH (2000-2018): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

Idade ao diagnóstico

A tendência observada para as idades medianas à data do diagnóstico da infeção por VIH, entre os anos 2000 e 2018, foi de aumento temporal progressivo, ilustrado na [figura 10](#), registando-se uma diferença de 7 anos entre os valores apurados para os casos com diagnóstico nesses anos. Após estratificação por modo de transmissão, verificou-se uma tendência similar para os casos de transmissão por contacto heterossexual, de ambos os sexos, bem como em UDI. Foi nos últimos que se observou o maior aumento da idade mediana ao diagnóstico (11 anos). Nos casos de transmissão heterossexual em homens e mulheres as idades medianas aumentaram, respetivamente, 7 e 8 anos. Os casos registados de HSH, diagnosticados no período em análise, apresentaram uma tendência inversa, verificando-se uma redução de 3,5 anos nas idades medianas ao diagnóstico. De notar que ao longo de todo o período a idade mediana

mais elevada é observada consistentemente nos casos de transmissão heterossexual em homens, sendo superior em 7 anos à observada nas mulheres que registam a mesma forma de transmissão. Desde 2006, a idade mediana mais baixa verifica-se nos casos em HSH.

O [quadro 21](#) apresenta a informação referente à distribuição temporal dos casos notificados por escalão etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo. A análise da informação relativa aos casos acumulados revelou que, em Portugal, a maioria dos diagnósticos de infeção por VIH ocorreu em indivíduos com menos de 40 anos (66,1%; 39586).

A tendência observada no número de novos diagnósticos nos diferentes grupos etários mostrou-se decrescente ([figura 11A](#)). Na análise comparativa relativa ao número de casos com diagnóstico em 2008 e 2017 identificou-se o escalão 40 a 49 anos como o que apresentou maior redução (54,5%), seguido dos escalões 15-19 anos (54,3%) e 30-39 anos (53,8%).

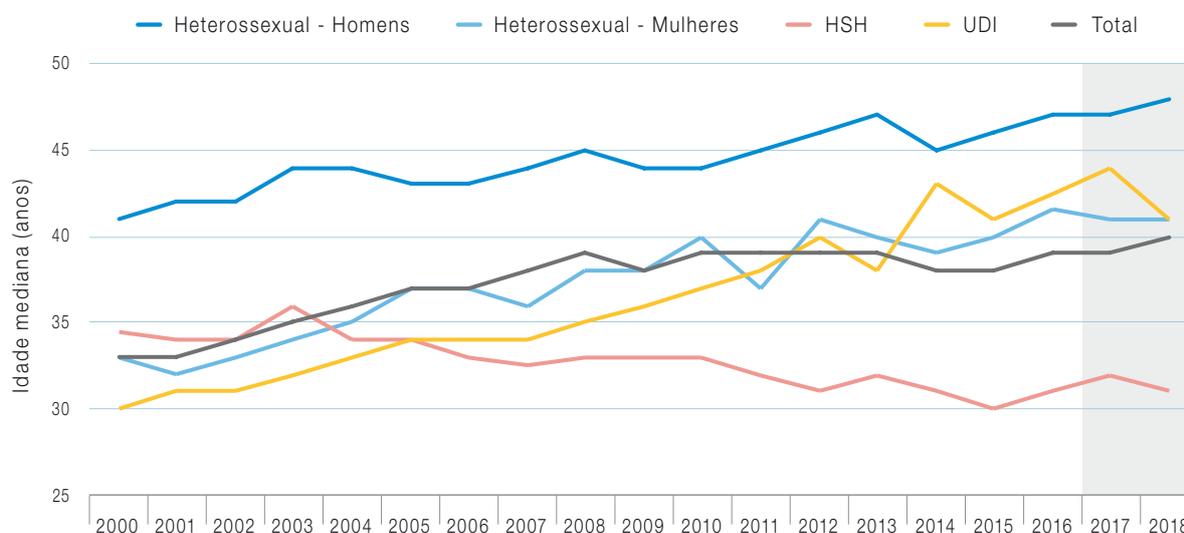


Figura 10 – Casos de infeção por VIH (2000-2018): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

Quadro 21 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Grupo etário		Ano de diagnóstico										Total		
		≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
<15 anos	Sub-total	521	18	17	13	5	11	7	4	4	4	3	607	1,0
	H	258	8	5	7	3	6	2	1	0	2	2	294	
	M	261	10	12	6	2	5	5	3	4	2	1	311	
15-19 anos	Sub-total	1359	46	30	36	39	33	41	27	23	21	10	1665	2,8
	H	767	27	18	21	27	21	26	21	19	15	7	969	
	M	592	19	12	15	12	12	15	6	4	6	3	696	
20-24 anos	Sub-total	5646	162	147	172	167	134	130	165	136	121	90	7070	11,8
	H	3846	114	95	122	139	103	96	136	103	100	78	4932	
	M	1800	48	52	50	28	31	34	29	33	21	12	2138	
25-29 anos	Sub-total	9034	250	245	194	220	209	179	201	199	162	131	11024	18,4
	H	6550	152	153	141	154	146	138	165	167	130	90	7986	
	M	2482	98	92	53	66	63	41	36	32	32	41	3036	
30-39 anos	Sub-total	14832	636	570	525	463	493	388	369	367	326	251	19220	32,1
	H	11244	432	401	345	318	354	282	260	258	223	180	14297	
	M	3587	204	169	180	145	139	106	109	109	103	71	4922	
40-49 anos	Sub-total	7126	480	513	434	440	414	304	322	342	258	216	10849	18,1
	H	5413	353	351	319	307	288	219	236	246	182	152	8066	
	M	1712	127	162	115	133	126	85	86	96	76	64	2782	
50-59 anos	Sub-total	3409	301	289	275	267	279	217	202	219	199	171	5828	9,7
	H	2468	188	180	186	180	199	144	140	149	141	113	4088	
	M	941	113	109	89	87	80	73	62	70	58	58	1740	
≥60 anos	Sub-total	1964	179	156	140	174	161	138	136	138	144	101	3431	5,7
	H	1419	118	107	101	117	112	98	89	79	96	71	2407	
	M	545	61	49	39	57	49	40	47	59	48	30	1024	
Desconhecido	Sub-total	210	4	4	0	1	0	0	0	0	0	0	219	0,4
	Total	44101	2076	1971	1789	1776	1734	1404	1426	1428	1235	973	59913	100,0

Legenda: H – Homens; M – Mulheres.

Nota: estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.

O escalão etário onde se verificou menor redução (15,3%) foi o escalão ≥60 anos, escalão este que regista 37,8% dos casos com idades superiores a 50 anos. Na última década, a proporção de novos diagnósticos em indivíduos com 50 ou mais anos situou-se sempre acima dos 20%, com tendência crescente, sendo uma das mais elevadas da Europa^{9,11} (figura 11B). O cálculo da taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH ocorridos nos

últimos dez anos, revelou que a mais elevada foi observada no escalão dos 25 aos 29 anos (33,4 casos/10⁵ habitantes), seguindo-se o escalão 30-39 anos (30,0 casos/10⁵ habitantes). Anualmente, verifica-se que as taxas mais elevadas ocorrem, desde 2012, no escalão 25-29 anos (figura 11C).



Figura 11 – Casos de infeção por VIH (2010-2018): distribuição do número absoluto (A), proporção (B) e taxa (C) de novos casos por grupo etário e ano de diagnóstico.

Distribuição geográfica

A análise da distribuição geográfica dos novos casos é efetuada com base na informação referente à residência dos indivíduos à data da notificação. É recolhida informação relativa ao distrito e concelho de residência, que posteriormente é também sistematizada de acordo

com as regiões definidas pela NUTS de 2013⁷. A informação esteve disponível em 98,7% dos casos e o **quadro 22** apresenta a sua distribuição de acordo com a região NUTS II e NUTS III, observando-se que a maioria dos casos acumulados (51,9%) residiam na Área Metropolitana de Lisboa (A.M.) quando foram notificados.

Quadro 22 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação do estágio inicial.

NUTS II	NUTS III	Ano de diagnóstico											Total	
		≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
Norte	Sub-total	11375	508	456	411	403	402	334	318	329	300	237	15073	25,2
	Alto Minho	298	18	17	19	21	11	13	20	13	15	14	459	
	Cávado	715	44	34	37	36	24	34	27	24	30	5	1010	
	Ave	477	25	28	28	17	22	26	20	20	12	15	690	
	Área Metropolitana do Porto	8860	359	312	275	282	285	209	195	226	191	155	11349	
	Alto Tâmega	61	9	7	5	2	2	4	1	2	2	1	96	
	Tâmega e Sousa	546	35	32	31	32	41	38	43	35	39	32	904	
	Douro	259	10	15	14	11	5	7	9	6	5	12	353	
Terras de Trás-os-Montes	159	8	11	2	2	12	3	3	3	6	3	212		
Centro	Sub-total	4130	254	234	228	250	230	232	229	214	207	156	6364	10,6
	Oeste	800	37	28	29	36	34	33	44	39	25	14	1119	
	Região de Aveiro	665	48	53	50	69	48	45	60	50	59	41	1188	
	Região de Coimbra	923	78	61	54	54	55	69	56	48	43	46	1487	
	Região de Leiria	605	39	28	40	36	39	37	28	22	23	18	915	
	Viseu Dão-Lafões	363	16	18	17	11	19	15	20	19	15	18	531	
	Beira Baixa	174	5	7	9	11	8	8	4	7	11	6	250	
	Médio Tejo	382	21	28	24	21	15	16	12	18	20	9	566	
	Beiras e Serra da Estrela	218	10	11	5	12	12	9	5	11	11	4	308	
A.M. de Lisboa	Sub-total	23158	1052	1074	931	920	871	688	704	689	566	460	31113	51,9
	Área Metropolitana de Lisboa	23158	1052	1074	931	920	871	688	704	689	566	460	31113	
Alentejo	Sub-total	1696	62	46	53	47	68	49	57	57	48	36	2219	3,7
	Alentejo Litoral	246	17	6	11	5	19	9	13	7	5	2	340	
	Baixo Alentejo	270	8	9	14	8	6	6	9	12	1	2	345	
	Lezíria do Tejo	764	20	21	21	16	28	17	19	23	28	17	974	
	Alto Alentejo	161	3	5	1	7	2	7	8	5	4	5	208	
	Alentejo Central	255	14	5	6	11	13	10	8	10	10	10	352	
Algarve	Sub-total	2149	122	106	118	92	99	73	72	60	45	45	2981	5,0
	Algarve	2149	122	106	118	92	99	73	72	60	45	45	2981	
R.A. dos Açores	R.A. dos Açores	296	16	14	9	14	8	6	3	15	12	14	407	0,7
R.A. da Madeira	R.A. da Madeira	462	37	24	16	28	25	13	29	17	20	13	684	1,1
Residência no estrangeiro		219	11	4	7	4	6	1	2	13	5	6	278	0,5
Não referida		616	14	13	16	18	25	8	12	34	32	6	794	1,3
	Total	44101	2076	1971	1789	1776	1734	1404	1426	1428	1235	973	59913	100,0

Foi possível apurar as taxas médias de novos diagnósticos de infeção por VIH nas diferentes regiões NUTS III do continente, para o último quinquénio (2014 a 2018) (figura 12). A Área Metropolitana de Lisboa apresentou o valor mais

elevado (22,0 casos/10⁵ habitantes), seguindo-se a região de Aveiro (14,0 casos/10⁵ habitantes) e o Algarve (13,4 casos/10⁵ habitantes). As taxas de novos diagnósticos apuradas para estas regiões foram superiores à taxa nacional

determinada para esse período (12,5 casos/10⁵ habitantes).

Lisboa, Porto e Setúbal mantêm-se como os distritos com maior número de casos de infeção por VIH acumulados, como pode ser constatado no [quadro 23](#) onde é apresentada a distribuição dos casos por ano de diagnóstico e distrito ou região de residência. Guarda é o distrito do país com menor número de casos diagnosticados até final de 2018.

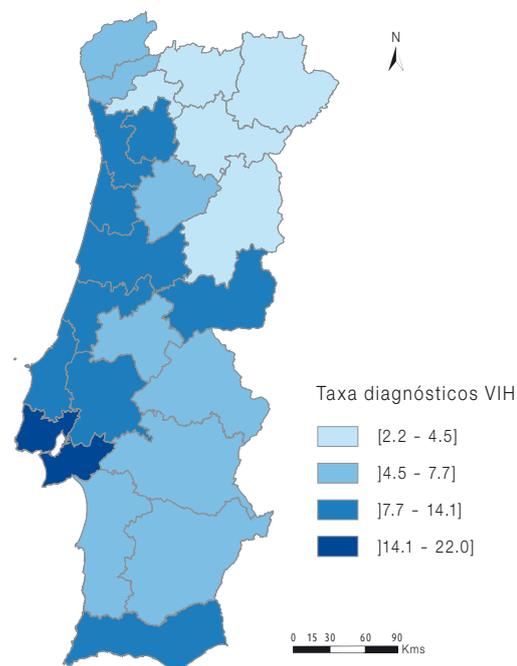


Figura 12 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2014-2018) por região NUTS III do continente.

Quadro 23 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
Aveiro	1109	75	81	87	99	73	69	81	74	79	54	1881	3,1
Beja	314	12	10	18	10	10	8	11	14	1	2	410	0,7
Braga	1199	70	62	66	54	46	60	47	44	45	20	1713	2,9
Bragança	165	8	11	2	2	12	3	4	4	6	4	221	0,4
Castelo Branco	274	9	11	11	17	12	12	5	15	16	9	391	0,7
Coimbra	899	77	60	53	51	48	64	55	47	41	46	1441	2,4
Évora	255	14	5	6	11	13	10	8	10	10	10	352	0,6
Faro	2149	122	106	118	92	99	73	72	60	45	45	2981	5,0
Guarda	145	7	9	4	9	10	5	4	6	6	2	207	0,3
Leiria	1080	51	38	49	52	55	56	42	39	33	23	1518	2,5
Lisboa	18482	903	936	794	775	764	621	609	600	465	378	25327	42,3
Portalegre	161	3	5	1	7	2	7	8	5	4	5	208	0,3
Porto	8925	366	314	267	283	307	225	214	237	206	173	11517	19,2
Santarém	1038	39	47	45	32	38	32	31	31	46	24	1403	2,3
Setúbal	5287	188	162	164	171	144	89	136	123	123	94	6681	11,2
Viana do Castelo	298	18	17	19	21	11	13	20	13	15	14	459	0,8
Vila -Real	268	18	21	15	8	4	10	5	5	6	5	365	0,6
Viseu	460	18	21	22	18	22	19	28	22	19	26	675	1,1
R.A. Açores	296	16	14	9	14	8	6	3	15	12	14	407	0,7
R.A. Madeira	462	37	24	16	28	25	13	29	17	20	13	684	1,1
Estrangeiro	219	11	4	7	4	6	1	2	13	5	6	278	0,5
Desconhecido	616	14	13	16	18	25	8	12	34	32	6	794	1,3
Total	44101	2076	1971	1789	1776	1734	1404	1426	1428	1235	973	59913	100,0

No quadro 24 apresentam-se as taxas anuais de novos diagnósticos, ocorridos entre 2009 e 2018, por distrito ou região autónoma. Como seria de esperar, foi no distrito de Lisboa que se detetou a taxa mais elevada ao longo de todos esses anos. Os distritos do Porto, Setúbal e Faro são os que se lhe seguem no que respeita a valor das taxas de diagnóstico apuradas, com ligeiras variações em termos de posição. No ano 2018, a segunda taxa mais elevada observou-se no distrito de Coimbra, contudo, poderão registar-se alterações aos valores apresentados para outros distritos devido a atraso na notificação.

Recentemente e motivada pela iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, que visa envolver os municípios na luta contra a epidemia e no cumprimento dos objetivos 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA – ONUSIDA, à qual 10 cidades portuguesas já aderiram ¹², foi efetuada análise da distribuição geográfica dos casos de infeção por VIH a um nível mais granular. O apuramento das taxas de diagnóstico de infeção por VIH nos diferentes municípios do país, permitiu fornecer evidência para a decisão da sua participação e ação ¹³.

Quadro 24 – Casos de infeção por VIH (2009-2018): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aveiro	10,5	11,3	12,2	13,9	10,3	9,8	11,5	10,6	11,3	7,8
Beja	7,8	6,5	11,9	6,6	6,7	5,4	7,6	9,7	0,7	1,4
Braga	8,2	7,3	7,8	6,4	5,5	7,1	5,6	5,3	5,4	2,4
Bragança	5,8	8,1	1,5	1,5	9,1	2,3	3,1	3,2	4,8	3,2
Castelo Branco	4,5	5,6	5,7	8,9	6,3	6,4	2,7	8,2	8,8	5,0
Coimbra	17,8	13,9	12,4	12,1	11,5	15,4	13,3	11,5	10,0	11,4
Évora	8,3	3,0	3,6	6,7	8,0	6,3	5,1	6,4	6,5	6,5
Faro	27,4	23,5	26,4	20,7	22,4	16,5	16,3	13,6	10,2	10,3
Guarda	4,3	5,6	2,5	5,7	6,5	3,3	2,7	4,0	4,1	1,4
Leiria	10,8	8,1	10,4	11,1	11,8	12,1	9,1	8,5	7,2	5,1
Lisboa	40,3	41,6	35,2	34,5	34,2	27,8	27,2	26,7	20,6	16,6
Portalegre	2,5	4,2	0,9	6,1	1,8	6,2	7,3	4,6	3,7	4,7
Porto	20,1	17,3	14,7	15,7	17,1	12,6	12,0	13,3	11,6	9,7
Santarém	8,6	10,3	10,0	7,1	8,5	7,2	7,1	7,1	10,6	5,6
Setúbal	22,2	19,0	19,2	20,0	16,9	10,4	16,0	14,4	14,4	11,0
Viana do Castelo	7,3	6,9	7,8	8,7	4,6	5,5	8,5	5,6	6,5	6,1
Vila -Real	8,6	10,1	7,3	3,9	2,0	5,0	2,5	2,6	3,1	2,6
Viseu	4,7	5,6	5,9	4,8	6,0	5,2	7,7	6,1	5,3	7,3
R.A. Açores	6,5	5,7	3,6	5,7	3,2	2,4	1,2	6,1	4,9	5,8
R.A. Madeira	13,9	9,0	6,1	10,6	9,6	5,0	11,3	6,7	7,9	5,1
Total	19,6	18,6	17,0	16,9	16,6	13,5	13,8	13,9	12,0	9,5

A informação relativa aos 20 concelhos que no quinquénio 2014 a 2018 apresentaram as taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH mais elevadas, é disponibilizada no [quadro 25](#). Constatou-se que o maior número de diagnósticos ocorreu em residentes no município de Lisboa, seguindo-se os diagnósticos em residentes nos municípios de Sintra e do Porto. Embora não esteja entre estes, o município da Amadora apresentou a segunda taxa de diagnóstico mais elevada. No quinquénio em análise, a taxa média de diagnósticos de infeção por VIH no país foi de 12,5 casos/10⁵ habitantes, constatando-se que, no mesmo período, as taxas de diagnósticos em 6 municípios do país foram superiores ou iguais ao dobro da taxa nacional.

Origem geográfica

A informação relativa ao país de nascimento é usada para a análise dos dados referentes à origem geográfica dos casos, à semelhança do que é efetuado pela vigilância epidemiológica europeia, e os países de origem são agrupados segundo as regiões geográficas indicadas pelo sistema de vigilância europeu, TESSy.

Uma vez que a informação referente à naturalidade só começou a ser recolhida pelo sistema de vigilância nacional em 2003, é desconhecida a origem geográfica de 28,3% (n=16945) dos casos acumulados, no entanto, está disponível informação relativa à nacionalidade em 93,1% (n=15783) desses casos. Nos casos em que existe informação de país de nascimento, apurou-se que 73,8% nasceram em Portugal e que 71,1% (7998 /11252) dos casos nascidos fora de

Quadro 25 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2014-2018) nos 20 municípios do continente com as taxas mais elevadas.

Concelho	Nº total de casos (2014-2018)	Nº casos/10 ⁵ habitantes	Rate ratio (IRR)
Lisboa	854	33,7	2,7
Amadora	272	30,5	2,4
Porto	311	28,9	2,3
Sintra	503	26,2	2,1
Góis	5	25,4	2,0
Cascais	261	24,7	2,0
Sever do Vouga	14	24,0	1,9
Portimão	66	23,8	1,9
Loures	234	22,5	1,8
Odivelas	169	21,6	1,7
Penela	6	21,6	1,7
Almada	181	21,4	1,7
Vila Franca de Xira	134	19,0	1,5
Coimbra	124	18,4	1,5
Seixal	151	18,3	1,5
Oliveira do Bairro	21	17,7	1,4
Estarreja	23	17,6	1,4
Montemor-o-Velho	22	17,2	1,4
Chamusca	8	16,8	1,3
Águeda	39	16,8	1,3
Faro	50	16,4	1,3
Paredes de Coura	7	16,0	1,3
Aveiro	62	16,0	1,3

Nota: *Rate ratio* é a razão entre a taxa de diagnóstico de infeção por VIH observada no concelho e a taxa de diagnóstico calculada para o país no período equivalente, que foi de 12,5 casos/10⁵ habitantes.

Portugal são originários da África subsariana, 97,0% (7759/7998) dos quais oriundos de países africanos com língua oficial portuguesa.

A distribuição dos casos do último decénio segundo a origem geográfica e o ano de diagnóstico está ilustrada na [figura 13](#). A análise comparativa do número de novos casos nos anos 2008 e 2017 mostrou um decréscimo marcado nos casos em indivíduos nascidos em

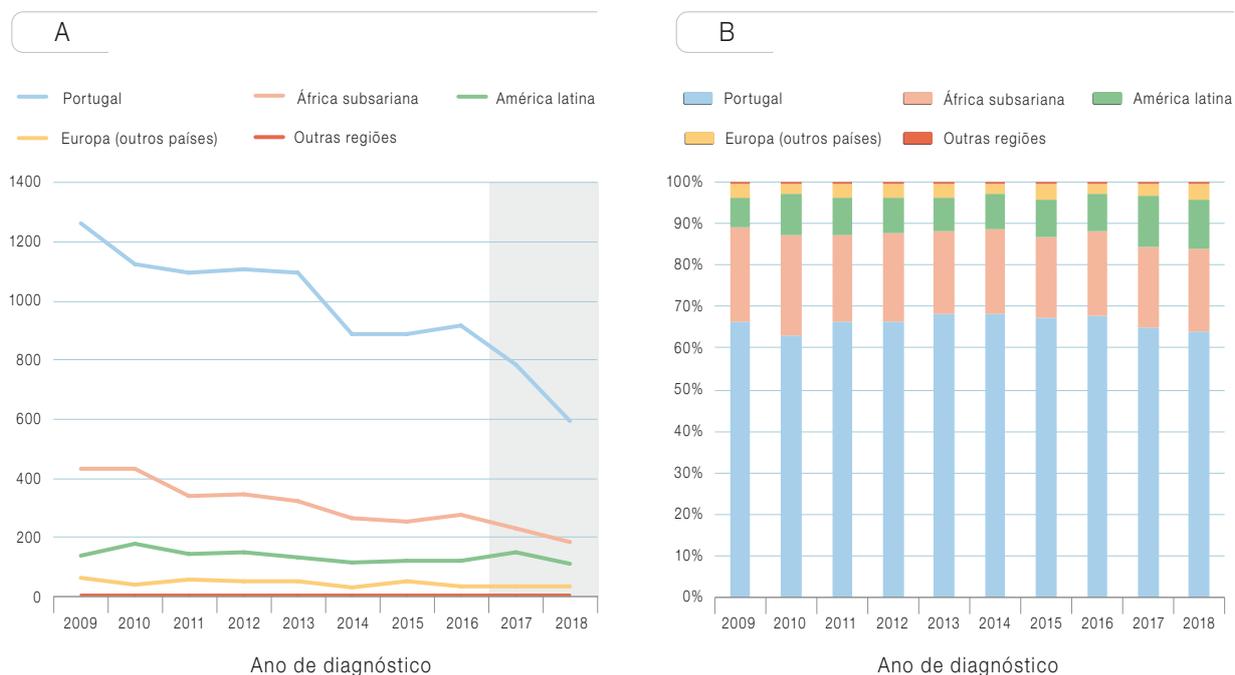


Figura 13 – Casos de infeção por VIH (2009-2018): distribuição do número absoluto (A) e percentual (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

Portugal (43%) ou em países da África subsariana (50%) e um aumento de 10% no número de novos casos em indivíduos nascidos na América Latina. Portugal continua a ser o país de nascimento referido anualmente em mais de 60,0% dos novos casos.

Estádio inicial

Para efeitos de vigilância epidemiológica da infeção por VIH na Europa, o estadiamento dos casos, baseia-se exclusivamente em critérios clínicos, nomeadamente a presença ou ausência de sintomas e o diagnóstico de uma doença definidora de SIDA, tal como referido no enquadramento legal atual^{2,14}, não incluindo os valores das contagens de células TCD4+, ou seja, o critério imunológico.

No quadro 26 apresenta-se a distribuição dos casos de acordo com estágio inicial e ano de diagnóstico. É possível constatar que a maioria dos casos (58,5%) foi diagnosticada em fase assintomática da infeção e que a proporção de casos com diagnóstico concomitante de SIDA tem sofrido decréscimo que, no entanto, se afigura lento.

A informação relativa à disponibilidade dos valores das contagens de células TCD4+ da avaliação clínica inicial, bem como da estratificação destes por critério imunológico de apresentação tardia (<350 cél./mm³) e doença avançada (<200 cél./mm³), é apresentada na figura 14. É possível constatar o impacto da implementação do SI.VIDA, e em alguma medida também do SINAVE, na melhoria considerável da completude da infor-

Quadro 26 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição segundo o estágio inicial e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Estádio inicial										
	IAG		PA		Sintomático Não-SIDA		SIDA		Não referido		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N
≤2008	4	0,0	24586	55,7	4508	10,2	12552	28,5	2451	5,6	44101
2009	0	0,0	1377	66,3	242	11,7	403	19,4	54	2,6	2076
2010	2	0,1	1271	64,5	232	11,8	427	21,7	39	2,0	1971
2011	4	0,2	1140	63,7	249	13,9	357	20,0	39	2,2	1789
2012	8	0,5	1135	63,9	263	14,8	341	19,2	29	1,6	1776
2013	5	0,3	1155	66,6	261	15,1	286	16,5	27	1,6	1734
2014	14	1,0	973	69,3	152	10,8	244	17,4	21	1,5	1404
2015	24	1,7	1013	71,0	157	11,0	205	14,4	27	1,9	1426
2016	27	1,9	948	66,4	149	10,4	249	17,4	55	3,9	1428
2017	30	2,4	838	67,9	146	11,8	182	14,7	39	3,2	1235
2018	48	4,9	617	63,4	121	12,4	155	15,9	32	3,3	973
Total	166	0,3	35053	58,5	6480	10,8	15401	25,7	2813	4,7	59913

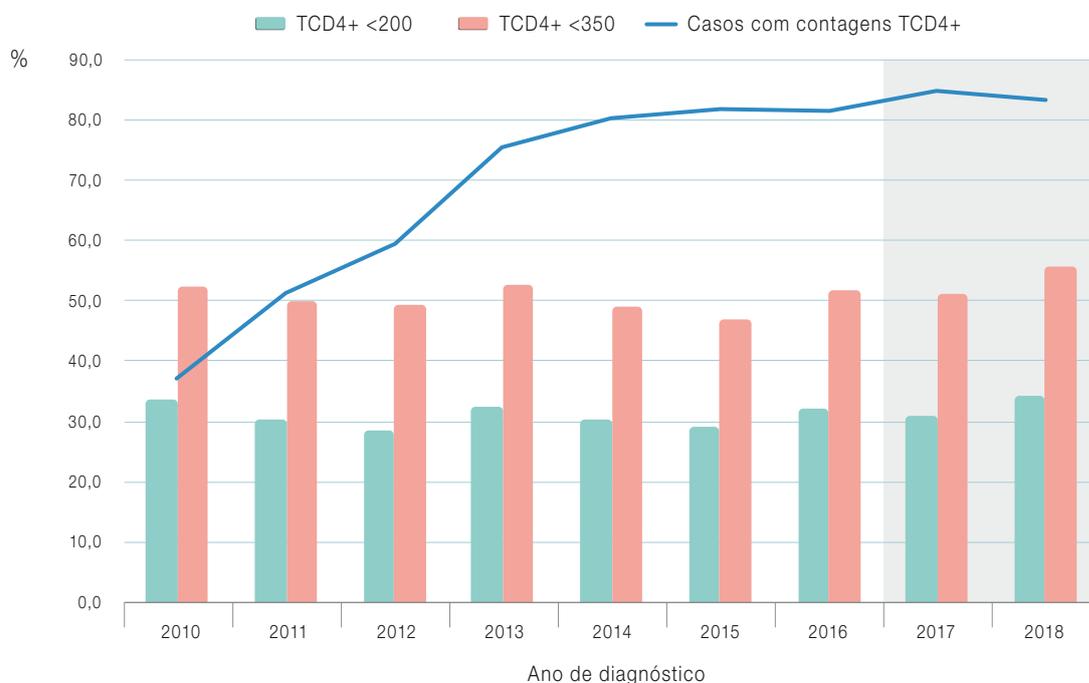


Figura 14 – Casos de infeção por VIH (2010-2018): evolução nas proporções de casos com contagens de células TCD4+ comunicadas e com critério imunológico de apresentação tardia (<350 cél./mm³) e doença avançada (<200 cél./mm³).

mação, evidente nos casos diagnosticados a partir de 2013. A partir de 2014, a percentagem de casos para os quais esteve disponível esta informação ultrapassou os 80%, valor superior à média observada em 2017 para os países da União Europeia (66,3%)⁹. Pelos motivos descritos anteriormente, foram retirados desta análise os casos que referiam estágio inicial “Infeção aguda”. A proporção de casos com critérios de apresentação tardia e doença avançada tem sido anualmente superior à média apurada para os países da UE (48,6%)⁹.

Após desagregação dos casos por modo de transmissão, a análise das medianas dos valores das contagens de células TCD4+ revelou que, no período em análise (2013-2018), os casos referentes a HSH apresentaram consistentemente os valores mais elevados e os casos de transmissão heterossexual em homens os valores mais baixos, denotando, para os últimos, um diagnóstico mais tardio (figura 15).

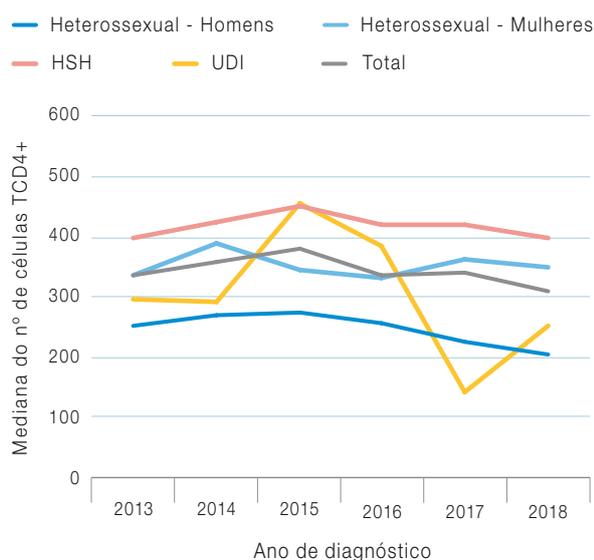


Figura 15 – Casos de infeção por VIH (2013-2018): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico, nas principais formas de transmissão.

Observou-se ainda que os valores das medianas das contagens de células TCD4+ nos casos em mulheres infetadas por contacto heterossexual foram sempre superiores aos verificados nos casos de homens infetados pela mesma via. Para os casos em utilizadores de drogas injetadas as medianas variaram consideravelmente em cada ano, facto explicado pelo reduzido número de diagnósticos entre UDI nos anos em observação, pelo que os valores e a tendência deverão ser interpretados com prudência.

Modo de transmissão

Na maioria (64,4%) dos casos com diagnóstico em Portugal, ao longo das mais de 3 décadas da epidemia, a infeção por VIH ocorreu por contacto sexual. A transmissão heterossexual, referida em 46,1% do total de casos diagnosticados no país até final de 2018, tornou-se a mais frequente na última década e os casos de transmissão por sexo entre homens constituem 18,3% do total acumulado (quadro 27). A segunda maior fração deste total (32,2%) corresponde a casos que referem infeção por VIH associada ao consumo de drogas injetadas, 94,2% dos quais diagnosticados nas décadas anteriores.

A figura 16 ilustra as tendências observadas relativamente aos diferentes modos de transmissão, observando-se grandes variações ao longo da epidemia. A mais marcante foi verificada para os casos associados ao consumo de drogas injetadas que, após um aumento muito acentuado até ao ano 1999, sofreram uma rápida descida e na atualidade consistem numa fra-

Quadro 27 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
Heterossexual	Sub-total	18213	1288	1225	1083	1055	1031	846	772	811	708	581	27613	46,1
	H	9917	669	634	578	565	556	471	420	427	377	321	14935	
	M	8293	619	591	505	490	475	375	352	384	331	260	12675	
HSH	Sub-total (H)	6115	462	472	519	553	534	448	558	524	462	327	10974	18,3
UDI	Sub-total	18150	275	226	149	138	120	63	61	44	27	21	19274	32,2
	H	15004	227	177	121	110	105	57	48	37	24	15	15925	
	M	3145	48	49	28	28	15	6	13	7	3	6	3348	
Mãe-filho	Sub-total	404	17	15	12	5	9	7	4	5	3	1	482	0,8
	H	185	8	5	6	3	4	2	1	1	1	0	216	
	M	217	9	10	6	2	5	5	3	4	2	1	264	
Transfusão ou hemoderivados	Sub-total	438	3	2	3	7	3	5	0	3	1	3	468	0,8
	H	302	2	0	2	3	2	2	0	1	0	2	316	
	M	136	1	2	1	4	1	3	0	2	1	1	152	
Outro/Não determinado	Sub-total	64	5	12	5	4	10	9	3	3	0	2	117	0,2
	H	33	5	9	2	1	7	3	1	3	0	1	65	
	M	31	0	3	3	3	3	6	2	0	0	1	52	
Não referido	Sub-total	717	26	19	18	14	27	26	28	38	34	38	985	1,6
Total		44101	2076	1971	1789	1776	1734	1404	1426	1428	1235	973	59913	100,0

Legenda: H - Homens; M - Mulheres

Nota: estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes. Os casos associados a transmissão por transfusão e diagnosticados depois do ano de 2000 referem transfusão anterior a 1990 ou recebida no estrangeiro.

ção diminuta do total anual de novos casos. A comparação do número de casos com diagnóstico em 2008 e 2017, revelou que na última década ocorreu uma redução de 93% nos casos em UDI, verificou-se também uma redução do número de casos de transmissão heterossexual em ambos os sexos (47% dos casos em homens e 49% nos casos em mulheres). Na década em análise e até 2012, observou-se uma tendência crescente nos diagnósticos em HSH, após esse ano o número anual de diagnósticos sofreu variações que se revelam ainda difíceis de interpretar. Contudo, na comparação dos casos com diagnósticos em 2008 e 2017 foi de-

tetado um ligeiro decréscimo (6%). Desde 2015 que os casos em HSH correspondem à maioria dos casos reportados em homens, superando em número os novos casos que referem transmissão heterossexual (figura 17).

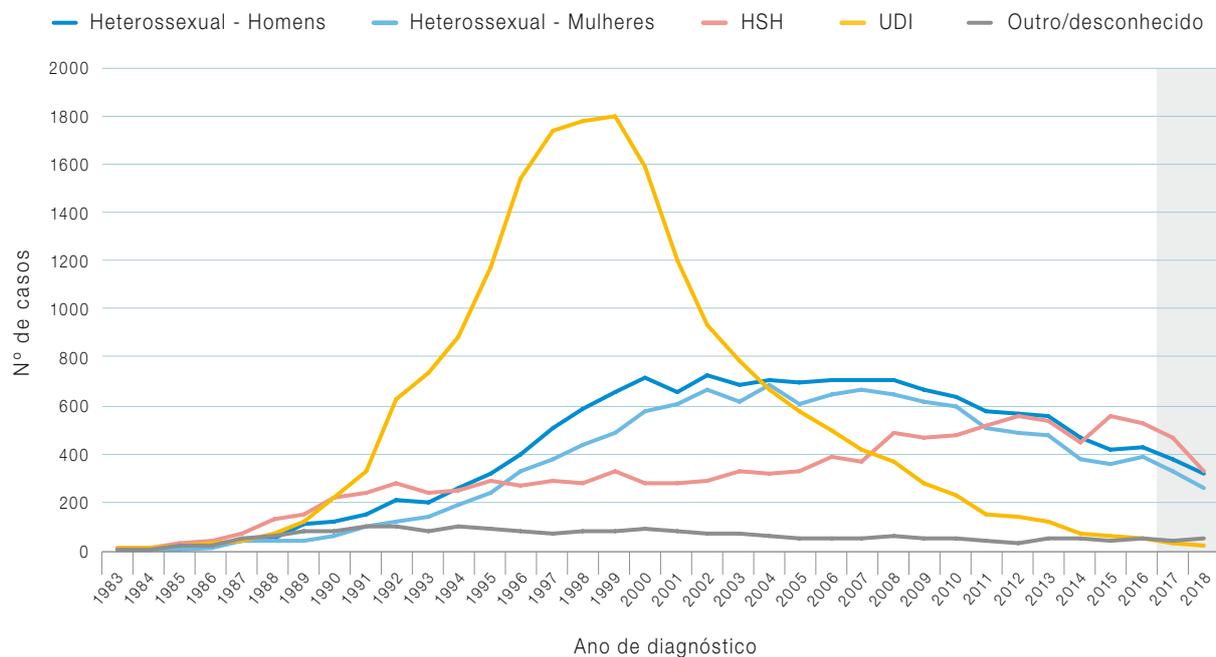


Figura 16 – Casos de infeção por VIH (1983 a 2018), distribuição segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.

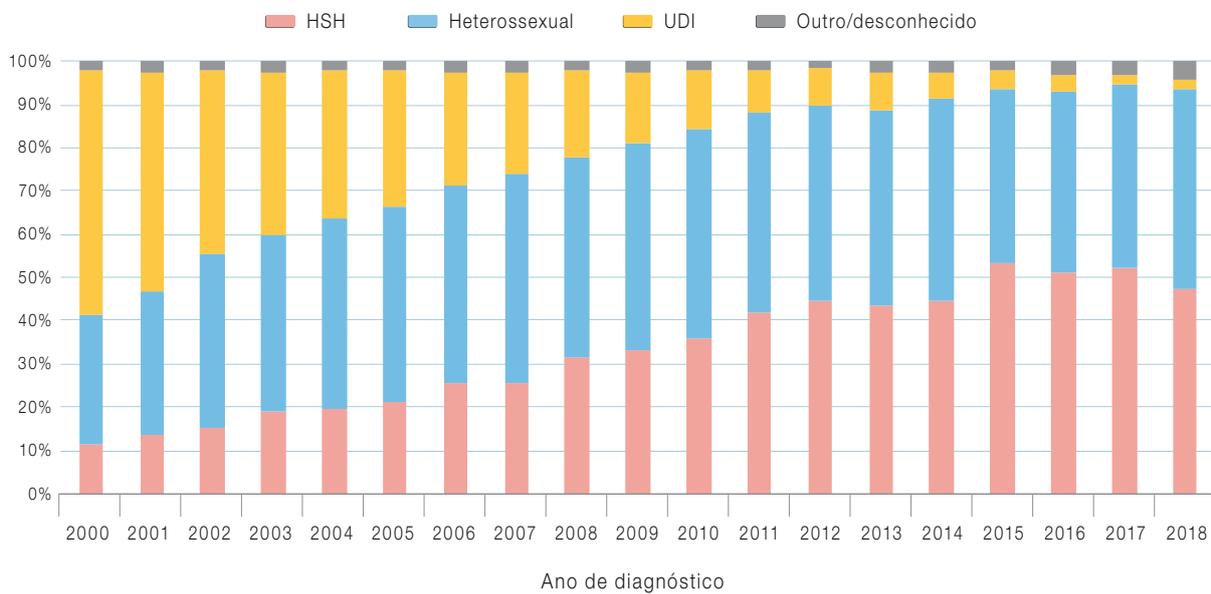


Figura 17 – Casos de infeção por VIH em homens (2000 - 2018); distribuição percentual segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.

Tipo de vírus

Nos casos acumulados a infeção por VIH-1 é a mais frequente, encontrando-se notificados 57131 casos de infeção por esse vírus que correspondem a 95,4% do total dos casos ([quadro 28](#)). Os 1989 casos de infeção por VIH-2 registados constituem 3,3% do total de casos notificados. Os casos registados como VIH1+VIH2 correspondem maioritariamente a casos de infeção por VIH em que o tipo de vírus não foi identificado ou, mais raramente, a infeção dupla.

A análise das características dos casos acumulados de infeção por VIH-2 mostrou que as infeções foram diagnosticadas maioritariamente em mulheres (51,8%; n=1030), que a idade mediana à data do diagnóstico de infeção por VIH-2 era de 43,0 anos e que 65,7% (n=1266) residiam na Área Metropolitana de Lisboa. Nos 1323 casos em que foi disponibilizada informação relativa à naturalidade, apurou-se que 62,4% (n=825)

eram originários de países da África subsariana, a maioria destes (70,8%; n=584) da Guiné-Bissau. Foi referida transmissão por contacto heterossexual em 84,6% (n=1651) dos casos que reportaram infeção por VIH-2. Todos os anos são diagnosticados e notificados casos de infeção por VIH-2 em Portugal.

Casos de infeção por VIH em crianças

A 31 de dezembro de 2018 encontravam-se diagnosticados cumulativamente em Portugal, 606 casos de infeção por VIH em crianças com idade inferior a 15 anos à data do diagnóstico da infeção. A sua distribuição por ano de diagnóstico e sexo é apresentada no [quadro 29](#), onde é possível constatar que os casos se distribuem equitativamente entre sexos. A análise global das tendências engloba os casos pediátricos, no entanto, apresentam-se de seguida, de forma mais detalhada, algumas características destes casos.

Quadro 28 – Casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	VIH 1	VIH 2	VIH 1+2	Não referido	Total
≤2008	41996	1488	417	200	44101
2009	1997	65	11	3	2076
2010	1870	79	18	4	1971
2011	1720	58	6	5	1789
2012	1712	54	6	4	1776
2013	1673	33	9	19	1734
2014	1326	41	8	29	1404
2015	1372	42	4	8	1426
2016	1352	56	5	15	1428
2017	1182	44	2	7	1235
2018	931	29	4	9	973
Total	57131	1989	490	303	59913

Quadro 29 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2018): distribuição por sexo e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
≤2008	257	261	520
2009	8	10	18
2010	5	12	17
2011	7	6	13
2012	3	2	5
2013	6	5	11
2014	2	5	7
2015	1	3	4
2016	0	4	4
2017	2	2	4
2018	2	1	3
Total	293	311	606

Nota: estão registados 2 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.

Tal como se pode verificar no [quadro 30](#), que veicula informação relativa à distribuição dos

casos pediátricos por grupo etário e ano de diagnóstico, 46,2% dos casos foram diagnosticados antes do primeiro ano de vida.

Em 66,2% das crianças está disponível informação relativa ao país de naturalidade, e destas, a maioria (68,3%) nasceu em Portugal. Os nascidos fora do país eram maioritariamente (77,2%) nativos de países da região subsariana de África.

A desagregação dos casos diagnosticados em crianças pelas principais formas de transmissão e ano de diagnóstico, revelou que a via de transmissão mais frequentemente referida foi a transmissão mãe-filho (78,5%) ([quadro 31](#)). Contudo, 84,2% destes casos foram diagnosticados há mais de uma década, verificando-se que as medidas implementadas em Portugal para a prevenção da transmissão vertical resultaram num decréscimo dos novos casos em crianças.

Quadro 30 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2018): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.

Grupo etário	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
0-11 meses	250	7	7	6	2	2	2	1	1	2	0	280	46,2
1-4 anos	110	2	6	0	0	2	3	0	3	1	2	129	21,3
5-9 anos	67	6	3	4	2	2	1	1	0	1	0	87	14,4
10-12 anos	32	2	1	1	0	3	1	1	0	0	0	41	6,8
13-14 anos	61	1	0	2	1	2	0	1	0	0	1	69	11,4
Total	520	18	17	13	5	11	7	4	4	4	3	606	100,0

Quadro 31 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2018): distribuição por modo de transmissão e ano de diagnóstico.

Modo de transmissão	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
Mãe-Filho	401	17	15	12	4	8	7	4	4	3	1	476	78,5
Transusão ou hemoderivados	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	57	9,4
Heterossexual	24	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	4,1
HSH	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1,0
UDI	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	3,0
Outro/Não determinado	6	0	2	0	1	3	0	0	0	0	1	13	2,1
Não referido	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11	1,8
Total	520	18	17	13	5	11	7	4	4	4	3	606	100,0

Nota: Os casos registados na categoria "Transfundido" e diagnosticados depois do ano de 2000 referem transusão anterior a 1990 ou recebida no estrangeiro.

I.2.2 Casos de SIDA

Tal como referido anteriormente, o enquadramento legal vigente determina que, após a notificação inicial, a evolução para estágio de SIDA também carece de notificação específica e tem definição de caso própria² que obriga à presença de uma doença definidora de SIDA. A análise estatística dos casos de SIDA, que é efetuada tendo como eixo o ano de diagnóstico do estágio, inclui aqueles em que este ocorre em simultâneo com o diagnóstico da infeção por VIH, bem como os casos em que a evolução para SIDA acontece após o diagnóstico da infeção. Até 31 de dezembro de 2018, foram diagnosticados cumulativamente em Portugal 22551 casos de SIDA, na maioria (68,3%; 15401) o diagnóstico ocorreu concomitantemente com o diagnóstico da infeção por VIH.

Distribuição temporal

A distribuição dos casos de SIDA por ano de diagnóstico do estágio é apresentada no [quadro 32](#). A partir de 2003 observa-se uma tendência decrescente no número anual de novos diagnósticos de SIDA, que se verifica ser de 67% quando comparamos o número de casos de SIDA com diagnóstico em 2008 e 2017. Consequentemente, na comparação das taxas apuradas para os mesmos anos, 8,0 casos/10⁵ habitantes em 2008 e 2,7 casos por 10⁵ habitantes em 2017 observa-se um decréscimo de 66% ([figura 18](#)).

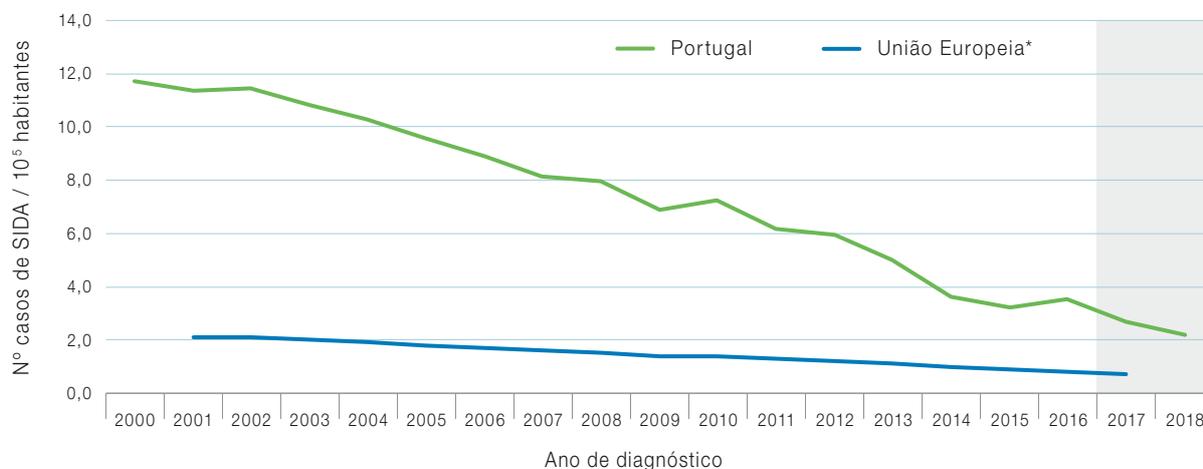
Durante vários anos Portugal foi o país da União Europeia que apresentou a taxa mais elevada de diagnósticos de SIDA, ocupando desde 2012 a segunda posição atrás da Letónia⁹.

Quadro 32 – Casos de SIDA (1983-2018): distribuição por sexo, segundo ano de diagnóstico do estágio.

Ano de diagnóstico SIDA	Homens	Mulheres	Total	Ratio H/M
1983	1	0	1	—
1984	2	1	3	2,0
1985	29	1	30	29,0
1986	34	6	40	5,7
1987	68	15	83	4,5
1988	122	13	135	9,4
1989	170	30	200	5,7
1990	226	30	256	7,5
1991	262	50	312	5,2
1992	380	81	462	4,7
1993	485	102	587	4,8
1994	601	131	732	4,6
1995	711	142	853	5,0
1996	855	187	1042	4,6
1997	901	165	1066	5,5
1998	954	199	1153	4,8
1999	1042	243	1285	4,3
2000	973	237	1210	4,1
2001	980	202	1182	4,9
2002	977	220	1197	4,4
2003	884	251	1135	3,5
2004	857	222	1079	3,9
2005	803	205	1008	3,9
2006	687	251	938	2,7
2007	654	203	857	3,2
2008	618	223	841	2,8
2009	528	200	728	2,6
2010	535	229	764	2,3
2011	482	170	652	2,8
2012	442	181	623	2,4
2013	363	159	522	2,3
2014	290	86	376	3,4
2015	240	93	333	2,6
2016	259	103	362	2,5
2017	200	77	277	2,6
2018	150	77	227	1,9
Total	17765	4785	22551	3,7

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

Nota: está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo pelo que, nesse ano e no global, o total é diferente da soma das partes.



*Fonte: ECDC/WHO Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe report*, 2018.

Figura 18 – Casos de SIDA (2000-2018): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.

Distribuição por sexo

A maioria dos casos de SIDA notificados registou-se em homens (78,8%) e o *ratio* H/M calculado para o total acumulado é de 3,7 (quadro 32), valor superior ao atrás referido para os casos de infeção por VIH (H/M=2,6).

A desagregação por sexo revelou que os casos no sexo masculino mostram, a partir de 2003, tendência decrescente, no entanto, os casos de SIDA em mulheres mantiveram-se relativamente estáveis entre 1998 e 2010, ano a partir do qual se observa igualmente um decréscimo.

A análise comparativa dos valores registados em 2008 e 2017 mostra que a reduções idênticas no número de casos de SIDA em homens e em mulheres, respetivamente de 68% e de 66%. A variação das taxas de novos diagnósticos de SIDA (figura 19) apuradas para os mesmos anos, de 12,2 casos/ 10⁵ habitantes em 2008 para 4,1 em 2017 nos casos de homens e de 4,1 casos/ 10⁵ habitantes em 2008 para 1,4 casos/ 10⁵ habitantes em 2017 para as mulheres, resulta também numa percentagem de redução similar, respetivamente, 66% e 65%.

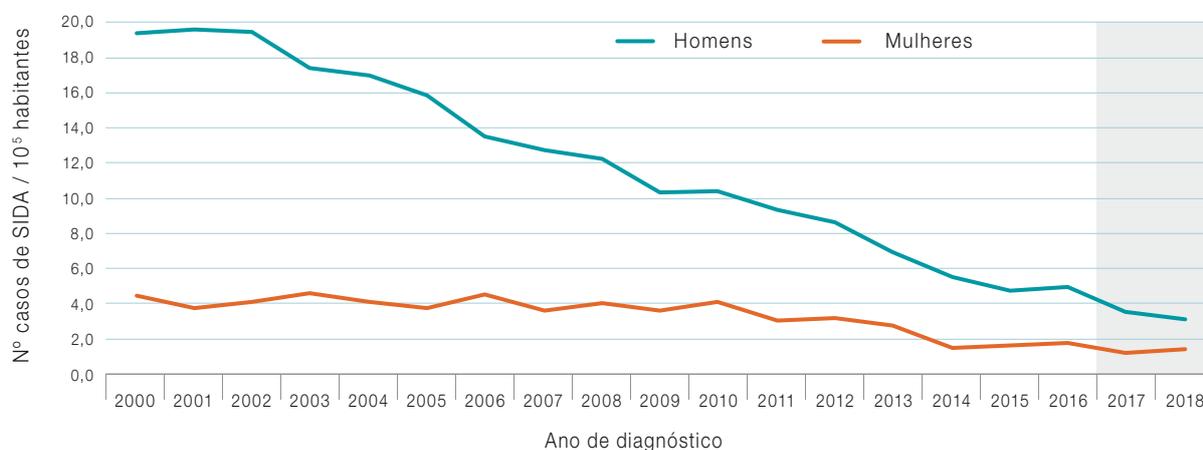


Figura 19 – Casos de SIDA (2000-2018): taxa de novos casos notificados por ano de diagnóstico do estágio e sexo.

Idade ao diagnóstico de SIDA

A distribuição dos casos de SIDA de acordo com o sexo, ano de diagnóstico e idade à data do diagnóstico do estágio é apresentada no [quadro 33](#). Em 69,7% dos casos de SIDA acumulados o diagnóstico de SIDA ocorreu em indivíduos com idades entre 30 e 59 anos.

Contudo, a análise dos casos de SIDA na última década mostrou que em 63,6% a idade ao diagnóstico do estágio era superior ou igual a 40 anos e a comparação das medianas das idades nos casos com diagnóstico em 2008 e em 2017 revela um aumento de 5 anos (40,0 anos vs 45,0 anos).

Quadro 33 – Casos de SIDA (1983-2018): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.

Grupo etário		Ano de diagnóstico										Total		
		≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
<15 anos	Sub-total	139	1	2	2	2	3	1	1	1	2	1	155	0,7
	H	73	0	1	2	2	2	1	1	0	2	1	85	
	M	66	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	70	
15-19 anos	Sub-total	178	4	2	2	4	2	3	2	1	1	0	199	0,9
	H	117	0	2	1	2	1	3	1	1	1	0	129	
	M	61	4	0	1	2	1	0	1	0	0	0	70	
20-24 anos	Sub-total	1322	18	15	14	17	3	10	10	11	4	3	1427	6,3
	H	958	14	7	10	13	3	8	9	8	4	2	1036	
	M	364	4	8	4	4	0	2	1	3	0	1	391	
25-29 anos	Sub-total	3168	47	44	34	26	28	24	18	27	20	17	3453	15,3
	H	2491	29	23	25	18	17	19	11	21	17	11	2682	
	M	676	18	21	9	8	11	5	7	6	3	6	770	
30-39 anos	Sub-total	6847	252	232	173	180	137	97	83	82	58	48	8189	36,3
	H	5696	185	167	126	127	91	71	60	55	42	28	6648	
	M	1151	67	65	47	53	46	26	23	27	16	20	1541	
40-49 anos	Sub-total	3518	219	268	234	205	177	120	107	116	81	65	5110	22,7
	H	2921	161	200	170	148	126	96	80	91	54	41	4088	
	M	597	58	68	64	57	51	24	27	25	27	24	1022	
50-59 anos	Sub-total	1518	120	130	130	110	100	63	66	68	60	56	2421	10,7
	H	1232	92	85	99	75	68	51	49	49	40	39	1879	
	M	286	28	45	31	35	32	12	17	19	20	17	542	
≥60 anos	Sub-total	944	67	71	63	79	72	58	46	56	51	37	1544	6,8
	H	740	47	50	49	57	55	41	29	34	40	28	1170	
	M	204	20	21	14	22	17	17	17	22	11	9	374	
Desconhecido	Sub-total	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0,2
	Total	17687	728	764	652	623	522	376	333	362	277	227	22551	100,0

Legenda: H – Homens; M – Mulheres.

Nota: está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo pelo que, nesse ano e no global, o total é diferente da soma das partes.

Distribuição geográfica

A distribuição geográfica dos casos de SIDA segundo a residência à data da notificação é apresentada no [quadro 34](#) e mostra-se semelhante à registada para o total dos casos de infeção por VIH, com os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal a registarem, cumulativamente e anualmente, o

maior número de casos e as taxas de diagnóstico de SIDA mais elevadas ([quadro 35](#)).

A [figura 20](#) ilustra as taxas médias de diagnósticos de SIDA estimadas para o último quinquénio (2014-2018), por região NUTS III, revelando que foi na Área Metropolitana de Lisboa que se observou a taxa mais elevada.

Quadro 34 – Casos de SIDA (1983-2018): distribuição segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estádio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
Aveiro	394	28	26	27	28	22	12	16	21	15	11	600	2,7
Beja	101	5	5	5	3	4	1	1	3	0	1	129	0,6
Braga	424	14	18	32	29	11	18	5	6	13	0	570	2,5
Bragança	66	3	6	2	2	3	1	1	1	0	0	85	0,4
Castelo Branco	109	5	5	5	9	8	7	2	5	7	3	165	0,7
Coimbra	292	20	11	13	18	10	10	15	13	7	5	414	1,8
Évora	117	4	1	1	3	2	3	2	5	4	0	142	0,6
Faro	671	43	39	45	38	48	14	12	15	10	9	944	4,2
Guarda	64	3	2	1	3	3	3	3	1	2	3	88	0,4
Leiria	354	9	12	17	14	18	16	8	5	7	6	466	2,1
Lisboa	7317	286	349	275	258	225	171	149	146	102	94	9372	41,6
Portalegre	47	2	0	1	2	0	1	0	1	1	2	57	0,3
Porto	4096	171	159	107	114	84	53	53	66	38	33	4974	22,1
Santarém	375	14	22	22	15	13	11	9	8	8	8	505	2,2
Setúbal	2283	73	68	61	59	50	34	33	41	38	34	2774	12,3
Viana do Castelo	127	4	6	5	6	3	6	6	1	2	5	171	0,8
Vila -Real	95	8	12	4	3	0	5	1	4	3	2	137	0,6
Viseu	188	9	9	11	6	5	5	6	7	6	4	256	1,1
R.A. Açores	100	5	4	2	3	1	2	2	2	3	2	126	0,6
R.A. Madeira	150	12	6	9	5	7	2	6	4	3	2	206	0,9
Estrangeiro	116	4	1	3	1	0	0	2	4	1	2	134	0,6
Desconhecido	201	6	3	4	4	5	1	1	3	7	1	236	1,0
Total	17687	728	764	652	623	522	376	333	362	277	227	22551	100,0

Quadro 35 – Casos de SIDA (2009-2018): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aveiro	3,9	3,6	3,8	3,9	3,1	1,7	2,3	3,0	2,2	1,6
Beja	3,2	3,3	3,3	2,0	2,7	0,7	0,7	2,1	0,0	0,7
Braga	1,6	2,1	3,8	3,4	1,3	2,1	0,6	0,7	1,6	0,0
Bragança	2,2	4,4	1,5	1,5	2,3	0,8	0,8	0,8	0,0	0,0
Castelo Branco	2,5	2,5	2,6	4,7	4,2	3,7	1,1	2,7	3,9	1,7
Coimbra	4,6	2,6	3,0	4,3	2,4	2,4	3,6	3,2	1,7	1,2
Évora	2,4	0,6	0,6	1,8	1,2	1,9	1,3	3,2	2,6	0,0
Faro	9,6	8,6	10,1	8,6	10,9	3,2	2,7	3,4	2,3	2,1
Guarda	1,8	1,2	0,6	1,9	1,9	2,0	2,0	0,7	1,4	2,1
Leiria	1,9	2,5	3,6	3,0	3,9	3,5	1,7	1,1	1,5	1,3
Lisboa	12,8	15,5	12,2	11,5	10,1	7,6	6,7	6,5	4,5	4,1
Portalegre	1,7	0,0	0,9	1,7	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9	1,9
Porto	9,4	8,7	5,9	6,3	4,7	3,0	3,0	3,7	2,1	1,9
Santarém	3,1	4,8	4,9	3,3	2,9	2,5	2,1	1,8	1,8	1,9
Setúbal	8,6	8,0	7,1	6,9	5,9	4,0	3,9	4,8	4,5	4,0
Viana do Castelo	1,6	2,4	2,0	2,5	1,2	2,5	2,5	0,4	0,9	2,2
Vila -Real	3,8	5,8	1,9	1,5	0,0	2,5	0,5	2,1	1,6	1,0
Viseu	2,4	2,4	2,9	1,6	1,4	1,4	1,6	1,9	1,7	1,1
R.A. Açores	2,0	1,6	0,8	1,2	0,4	0,8	0,8	0,8	1,2	0,8
R.A. Madeira	4,5	2,2	3,4	1,9	2,7	0,8	2,3	1,6	1,2	0,8
Total	6,9	7,2	6,2	5,9	5,0	3,6	3,2	3,5	2,7	2,2

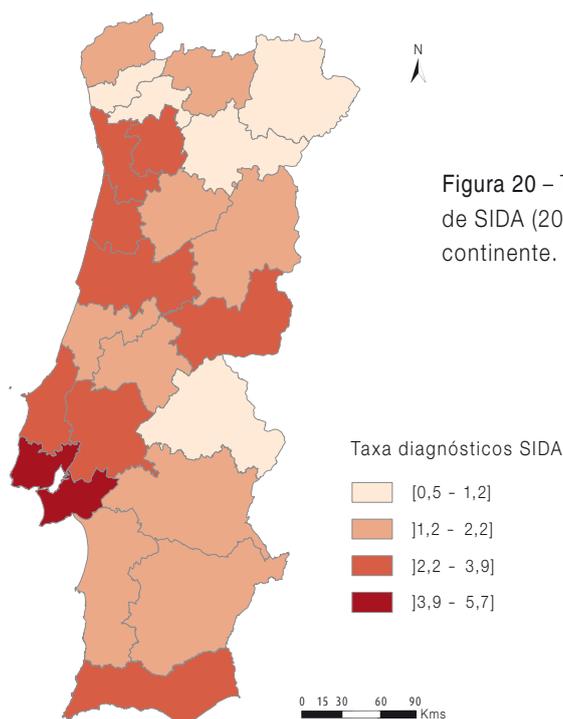


Figura 20 – Taxa média de novos diagnósticos de SIDA (2014-2018) por região NUTS III do continente.

Modo de transmissão

Cumulativamente, o maior número de casos de SIDA registou-se em utilizadores de drogas injetadas (n=9518) (quadro 36). Contudo, os casos com diagnóstico na última década associados a este modo de transmissão correspondem a apenas 23,2% do total de casos com diagnóstico no período (1130/4864) enquanto, para o mesmo intervalo de tempo, os casos referindo transmissão por contacto heterossexual correspondem a 59,7% do total (2904/4864).

A análise das tendências temporais dos diagnósticos de SIDA para as formas de transmissão mais frequentes, avaliando comparativamente

os anos 2008 e 2017, revelou um decréscimo de 87% nos casos associados ao consumo de drogas, de 61% nos casos de transmissão heterossexual e de 49% nos casos em HSH.

Doenças definidoras de SIDA

Na notificação de caso de SIDA é possível registar até quatro doenças definidoras de SIDA que façam parte do quadro inaugural ou que sejam diagnosticadas num período de dois meses após o diagnóstico da primeira doença.

A patologia mais frequentemente referida no total de casos de SIDA acumulados foi a tuberculose pulmonar, identificada em 25,6% dos

Quadro 36 – Casos de SIDA (1983-2018): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico										Total		
		≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
Heterossexual	Sub-total	6358	391	422	387	354	328	241	211	232	173	165	9262	40,7
	H	4410	230	236	243	203	196	168	127	137	104	95	6149	
	M	1947	161	186	144	151	132	73	84	95	69	70	3112	
HSH	Sub-total (H)	2288	84	88	92	92	63	60	69	80	55	34	3005	13,2
UDI	Sub-total	8388	239	239	165	164	115	68	47	40	35	18	9518	42,7
	H	7096	205	201	139	140	94	56	39	35	29	13	8047	
	M	1292	34	38	26	24	21	12	8	5	6	5	1471	
Transfusão ou hemoderivados	Sub-total	212	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	218	1,0
	H	158	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	161	
	M	54	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	57	
Mãe-filho	Sub-total	111	2	1	2	1	3	1	1	3	1	1	127	0,6
	H	52	0	1	2	1	2	1	1	1	1	1	63	
	M	59	2	0	0	0	1	0	0	2	0	0	64	
Outro/Não determinado	Sub-total	16	0	3	0	4	4	2	1	1	0	1	32	0,1
	H	10	0	2	0	1	3	1	0	1	0	0	18	
	M	6	0	1	0	3	1	1	1	0	0	1	14	
Não referido	Sub-total	314	10	11	5	6	8	4	4	6	13	8	389	1,7
Total		17687	728	764	652	623	522	376	333	362	277	227	22551	100,0

Legenda: H – Homens; M – Mulheres.

Nota: está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo pelo que, nesse ano e no global, o total é diferente da soma das partes.

casos, seguida da pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* em 20,9% e da tuberculose extra-pulmonar em 20,4%. A frequência de diagnóstico das doenças mais comuns segundo o modo de transmissão está ilustrada na [figura 21](#), onde é possível verificar que a pneumonia por *P.jiroveccii* foi mais comum nos casos de transmissão sexual do que nos associados a consumo de drogas injetadas, onde predominou a tuberculose.

As tendências temporais de diagnóstico das diversas doenças definidoras de SIDA indicam que na última década verificou-se um decréscimo no número absoluto e relativo de casos que referiam a tuberculose, em qualquer das suas formas clínicas, e um aumento da proporção de casos que indicavam pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, doença esta que, nos três anos mais recentes, se tornou a mais frequente ([figura 22](#)).

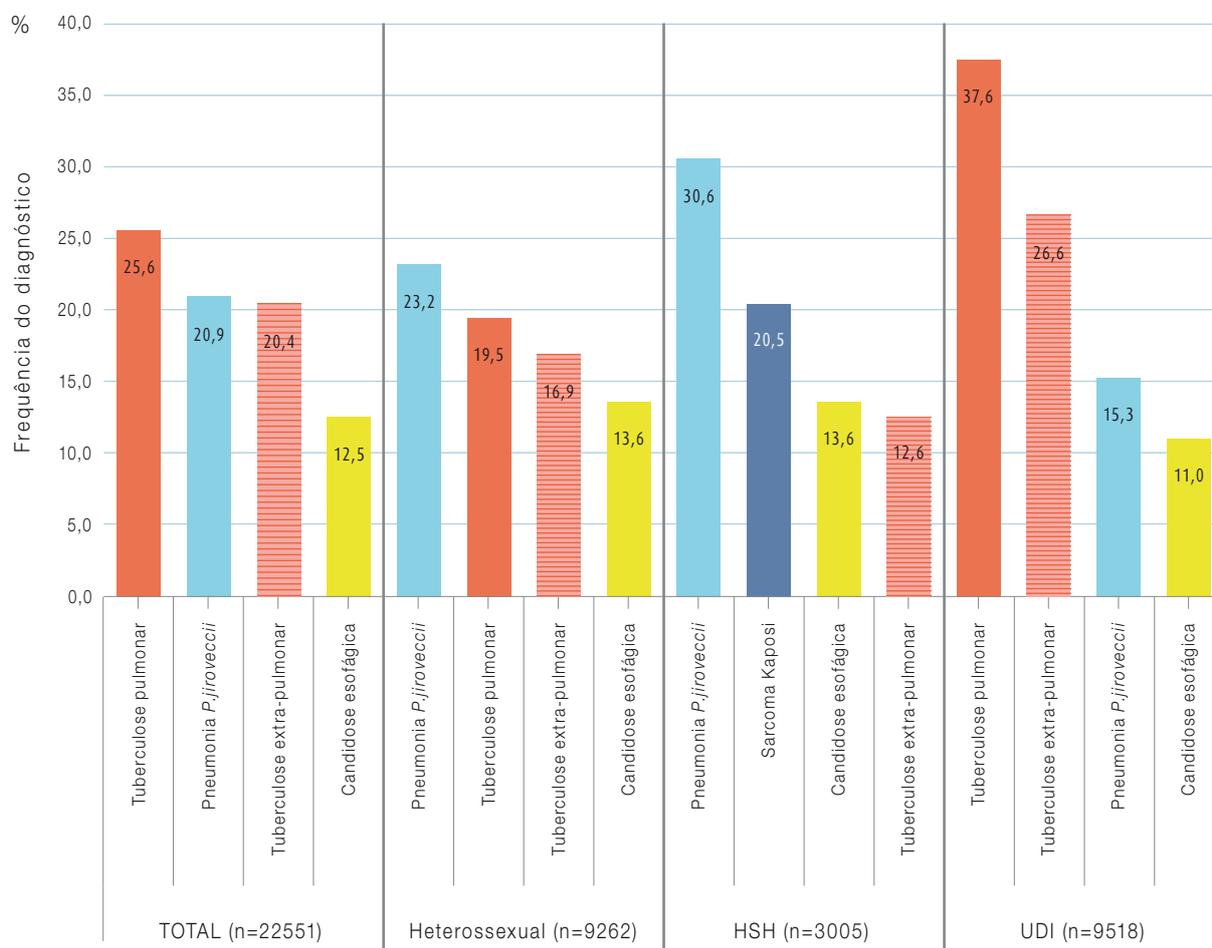


Figura 21 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (1983-2018): Frequência de diagnóstico das doenças mais comuns segundo o modo de transmissão da infeção por VIH.

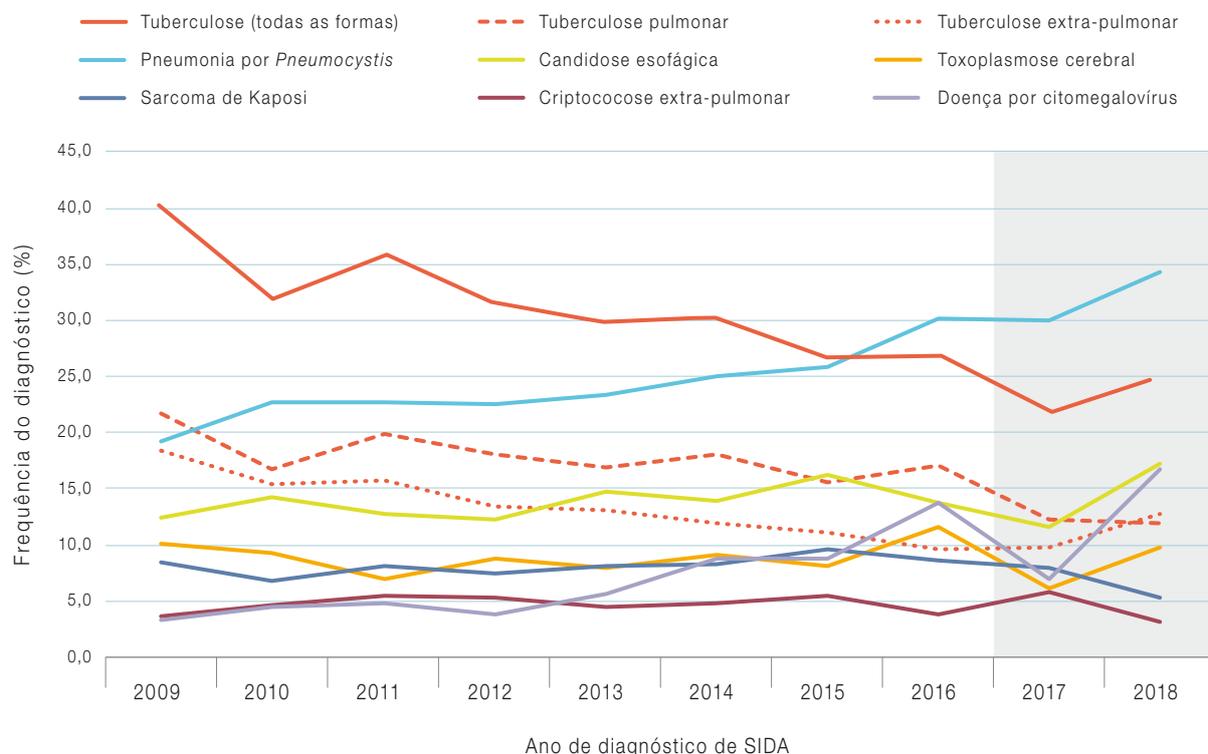


Figura 22– Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2009-2018): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

1.2.3 Óbitos nos casos de infeção por VIH e SIDA

Foram notificados em Portugal, 14958 óbitos ocorreram entre 1984 e 2018 em casos de infeção por VIH, 10783 destes registaram-se em casos que atingiram o estágio SIDA (quadro 37).

Os dados da mortalidade por VIH e SIDA devem ser interpretados com cuidado por ser conhecida a existência de subnotificação, particularmente nos casos mais antigos, situação minorada pela *task-force* de melhoria da qualidade dos dados ocorrida em final de 2017 e início de 2018, que permitiu recuperar cerca de 3200 óbitos nunca comunicados¹⁵. Contudo, tendo em conta a informação recolhida pela vigilância epidemiológica da infeção por VIH e SIDA e a divulgada pelo INE, é possível afirmar

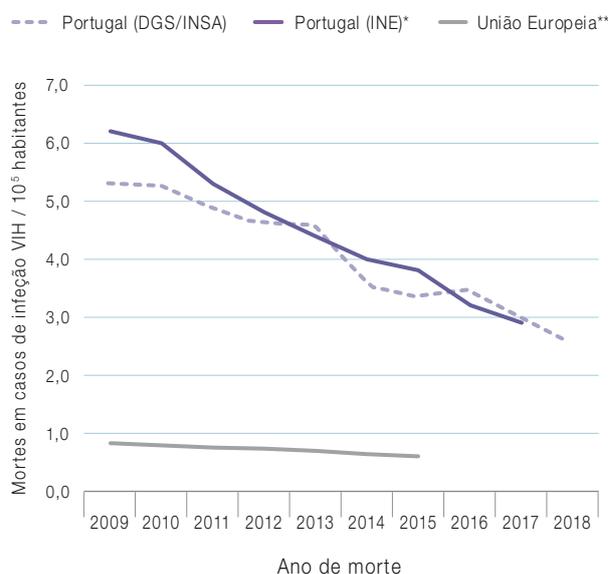
que na última década se regista um decréscimo na mortalidade associada à infeção por VIH, como evidenciado pelas taxas de mortalidade apresentadas na figura 23. Nesta figura é ainda possível verificar que a taxa de mortalidade observada em Portugal é muito superior à observada na União Europeia, à semelhança do já referido para a taxa de novos diagnósticos de infeção e de SIDA.

Características dos óbitos nos casos de infeção por VIH

A análise da informação referente à distribuição geográfica das mortes ocorridas no quinquénio 2014-2018, em pessoas que vivem com infeção por VIH, por região NUTS III, revela que a taxa média de óbitos mais elevada ocorreu na Área Metropolitana de Lisboa (figura 24).

Quadro 37 – Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2018): distribuição por ano de morte.

Ano de diagnóstico SIDA	Mortes em casos de infeção por VIH	Mortes em casos de SIDA
1984	1	1
1985	12	11
1986	20	20
1987	50	48
1988	66	60
1989	115	101
1990	147	128
1991	234	199
1992	322	285
1993	336	305
1994	445	402
1995	608	546
1996	704	630
1997	593	512
1998	556	456
1999	621	501
2000	632	521
2001	702	531
2002	678	560
2003	666	501
2004	596	450
2005	646	448
2006	535	370
2007	573	368
2008	616	349
2009	560	326
2010	559	337
2011	514	308
2012	486	260
2013	477	272
2014	367	207
2015	348	173
2016	359	184
2017	309	161
2018	261	142
Desconhecido	244	110
Total	14958	10783



* Fonte: INE – Taxa de mortalidade por doença pelo VIH.

** Fonte: WHO Europe, *European Health Information Gateway* – Taxa de mortalidade por VIH/SIDA padronizada.

Figura 23 – Óbitos em casos de infeção por VIH (2009-2018): Taxa de mortalidade por ano dos óbitos, Portugal e União Europeia.

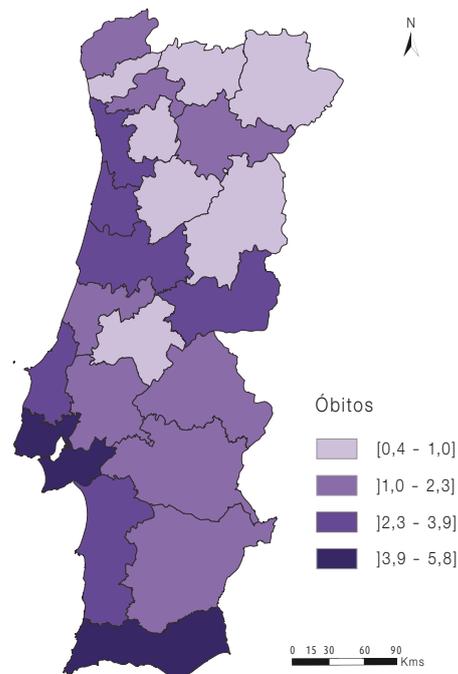


Figura 24 – Óbitos em casos de infeção por VIH (2014-2018): Taxa de mortalidade por região NUTS III do continente.

O [quadro 38](#) sistematiza informação relativa à distribuição dos óbitos segundo o ano de morte por sexo e modo de transmissão. Verifica-se que o maior número de mortes ocorreu em homens (12179; 81,4%) e em UDI (7335; 49,0%).

Como é possível constatar na [figura 25](#), anteriormente a 2000 mais de 60% dos indivíduos com infeção por VIH morriam no primeiro ano após o diagnóstico. O diagnóstico mais precoce e a disponibilização de fármacos mais eficazes, em esquemas terapêuticos assentes

Quadro 38 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1983-2018): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano de morte.

Ano de morte	Total	Sexo		Modo de transmissão			
		Homens	Mulheres	Heterossexual	HSH	UDI	Outro/NR
≤2008	10474	8702	1771	3167	1320	5412	575
2009	560	421	139	254	35	258	13
2010	559	438	121	258	33	257	11
2011	514	398	116	234	46	222	12
2012	486	379	107	227	33	211	15
2013	477	382	95	227	36	207	7
2014	367	284	83	169	33	155	10
2015	348	270	78	175	30	139	4
2016	359	271	88	179	30	146	4
2017	309	225	84	155	32	110	12
2018	261	206	55	130	32	91	8
Não referido	244	203	41	85	20	127	12
Total	14958	12179	2778	5260	1680	7335	683

Legenda: NR-Não referida.

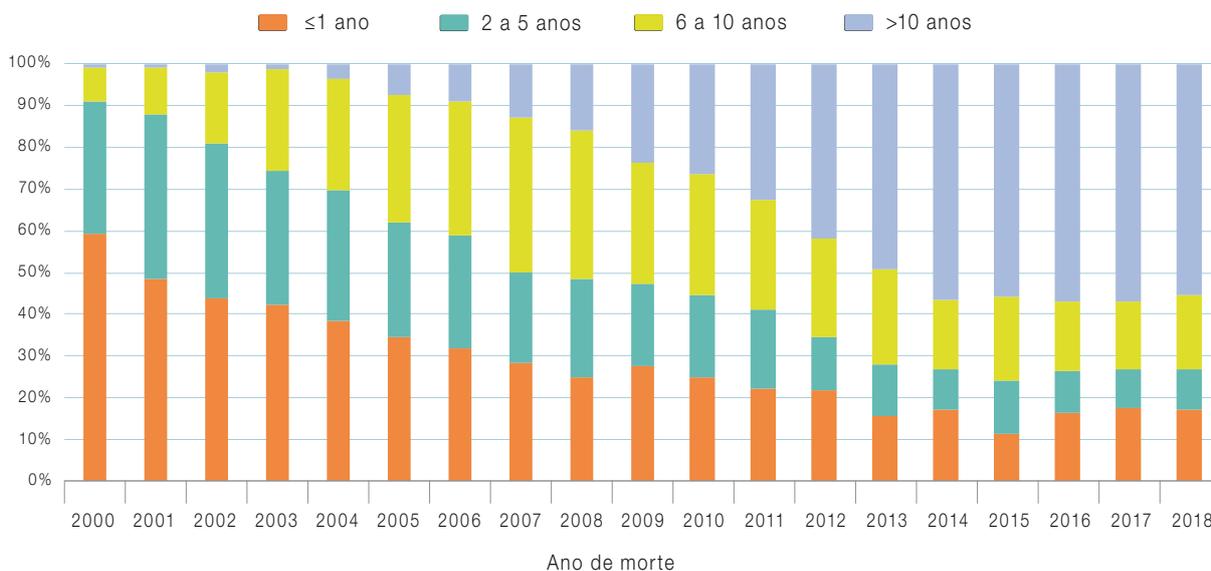


Figura 25 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2018): distribuição percentual de acordo com o tempo entre o diagnóstico e a morte, segundo o ano de morte.

em combinação de dois e posteriormente três antirretrovirais, a terapêutica HAART (*highly active antiretroviral therapy*), conduziu a um aumento da sobrevivência, pelo que atualmente a maioria dos óbitos registam-se em indivíduos em que o diagnóstico ocorreu há mais de dez

anos. No entanto, mais de 20% dos óbitos registados anualmente ocorrem nos 5 anos após o diagnóstico da infeção, 65,9% dos quais em indivíduos que se infetaram por contacto heterossexual (figura 26).

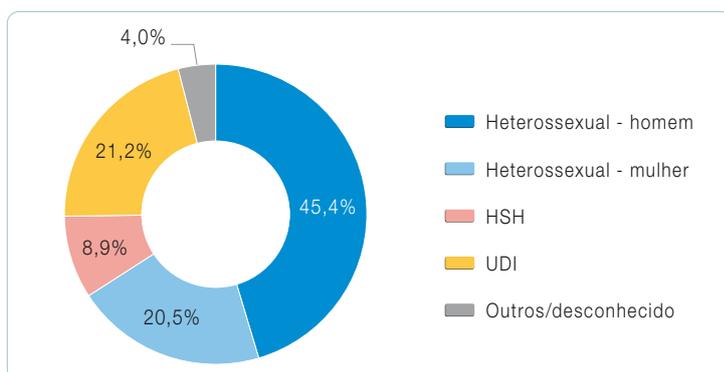


Figura 26 – Óbitos em casos de infeção por VIH ocorridos nos 5 anos após o diagnóstico (2009-2018): distribuição percentual segundo o modo de transmissão.

I.3. Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH – características das epidemias locais

Como referido anteriormente, 10 cidades portuguesas aderiram à iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH” (*Fast-track Cities*), nomeadamente: Lisboa, Porto, Cascais, Amadora, Sintra, Oeiras, Odivelas, Loures, Almada e Portimão. O conhecimento das características recentes das epidemias locais é da maior importância para a definição das estratégias de intervenção local, de modo a poderem ser atingidos os objetivos definidos pela iniciativa.

Assim, foi realizada uma análise das características dos casos com diagnóstico no último quinquénio (2014-2018), em cada uma das referidas cidades, que se apresenta nas páginas seguintes. A seleção dos casos foi efetuada com base na informação relativa ao concelho de residência

à data da notificação de infeção por VIH e a caracterização incluiu: o número e taxa de novos diagnósticos; a distribuição por sexo; a idade ao diagnóstico; o país ou região de naturalidade; o modo de transmissão; o tipo de vírus e os dados recolhidos na avaliação clínica inicial relativos ao estágio clínico e diagnósticos tardios. As diferenças encontradas entre as características das epidemias das 10 cidades reforçam a importância da adequação dos planos e estratégias às realidades locais, mostrando ainda a pertinência da iniciativa.

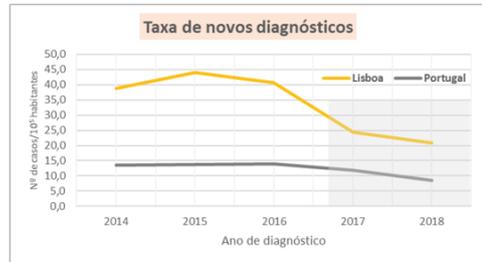
Esta informação foi divulgada, em forma de posters, no Workshop *Fast-track Cities Portugal* que decorreu em Lisboa, em outubro do corrente ano.



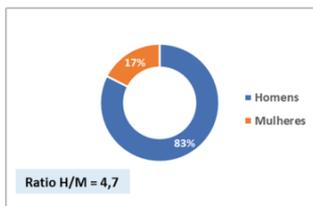
LISBOA

Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

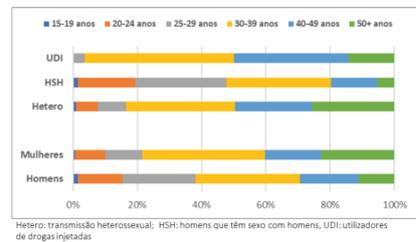
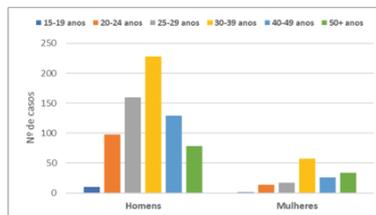
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



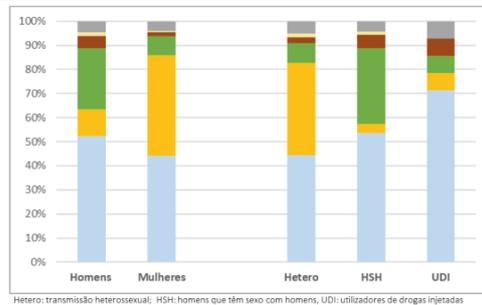
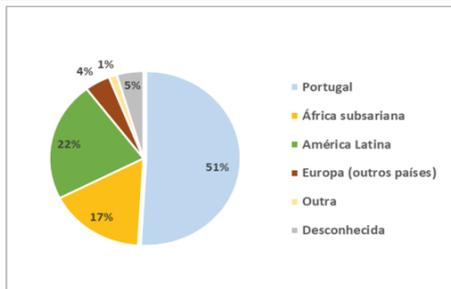
Distribuição por sexo



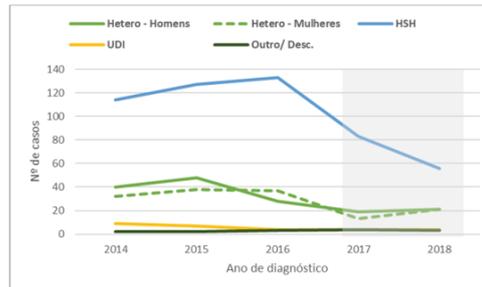
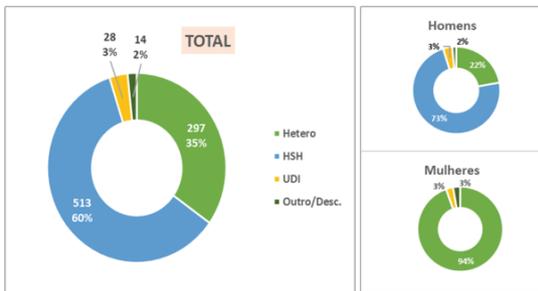
Idade ao diagnóstico



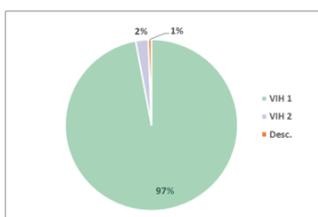
País/Região de naturalidade



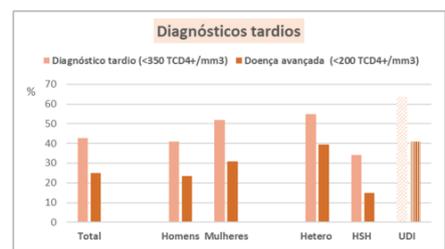
Modo de transmissão



Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial

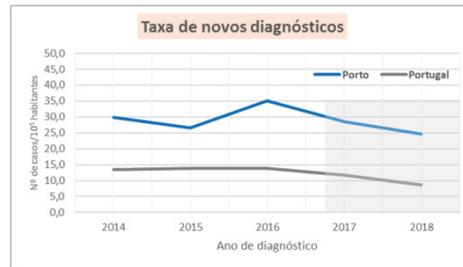
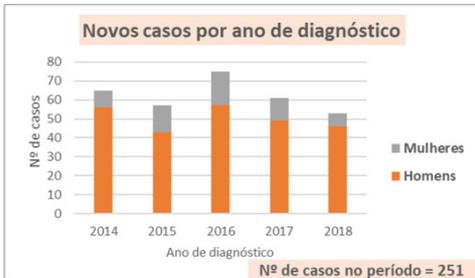




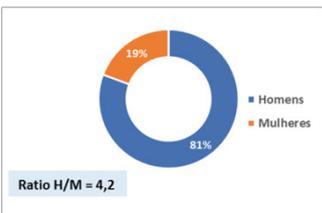
PORTO

Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

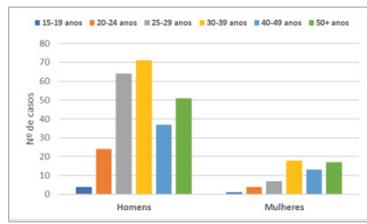
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



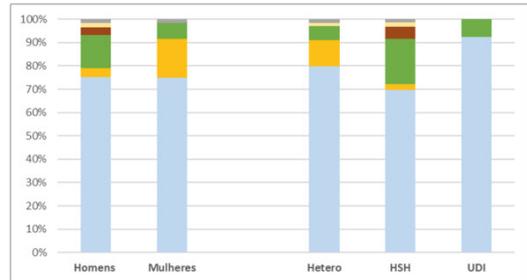
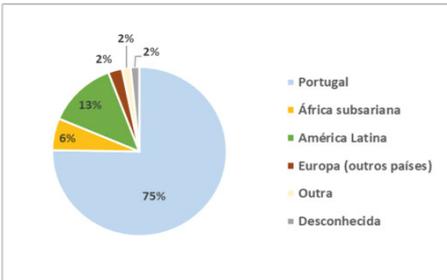
Distribuição por sexo



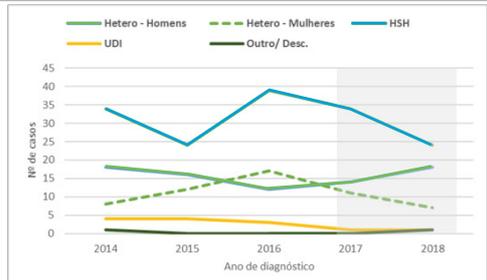
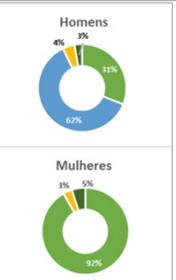
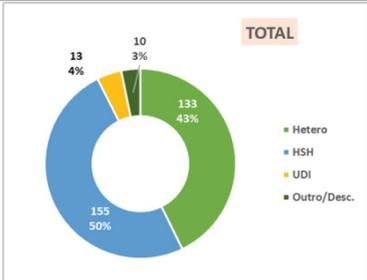
Idade ao diagnóstico



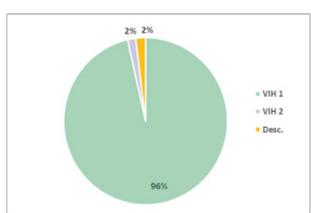
País/Região de naturalidade



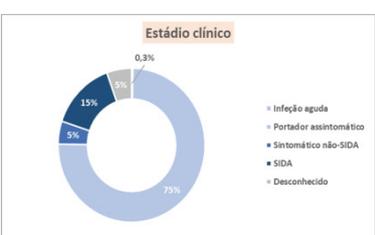
Modo de transmissão



Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial

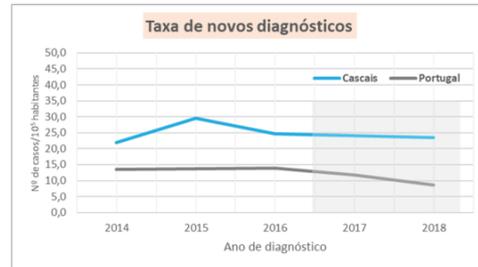




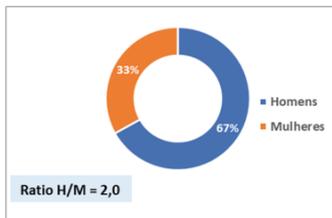
CASCAIS

Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

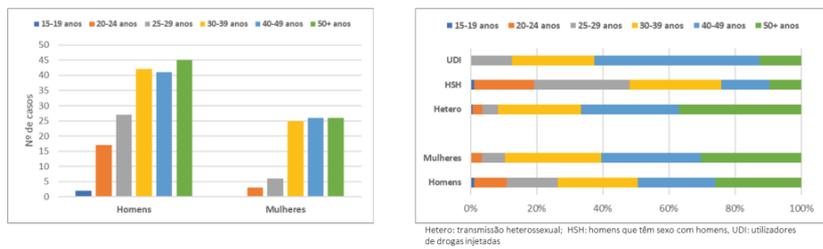
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



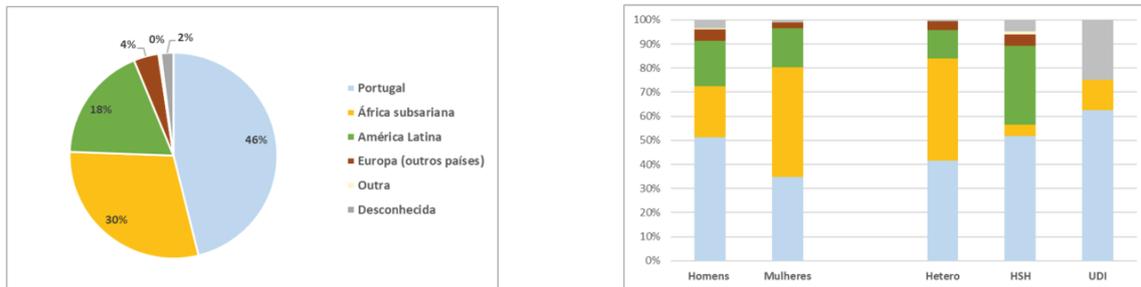
Distribuição por sexo



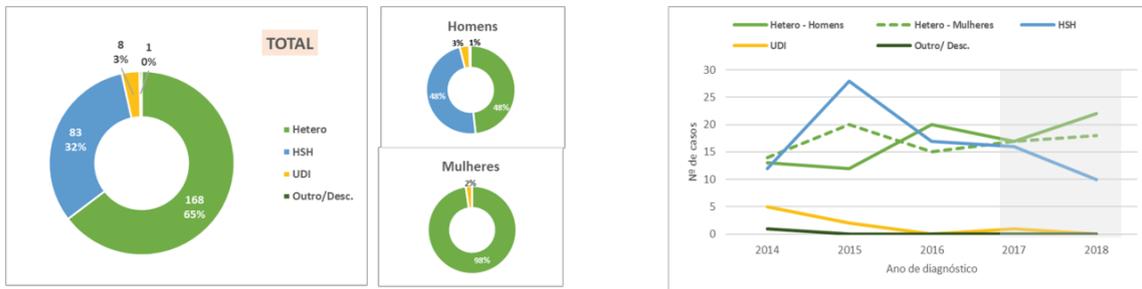
Idade ao diagnóstico



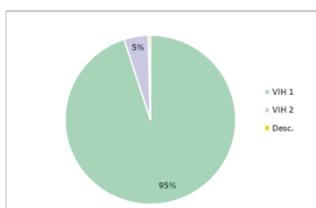
País/Região de naturalidade



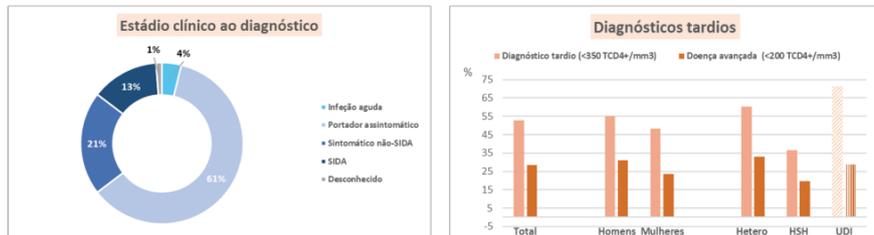
Modo de transmissão



Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial

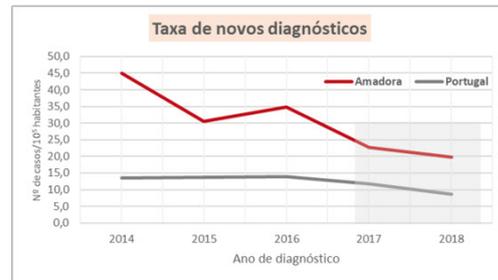




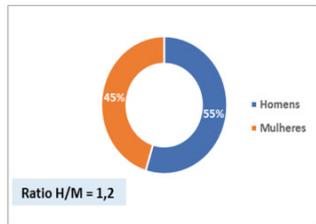
Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

AMADORA

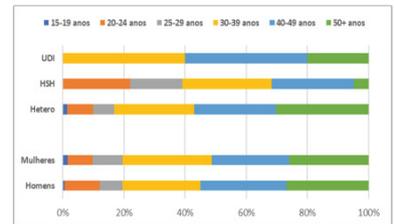
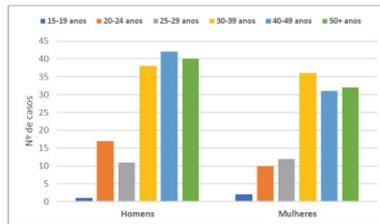
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



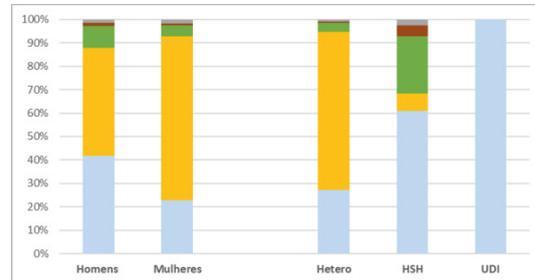
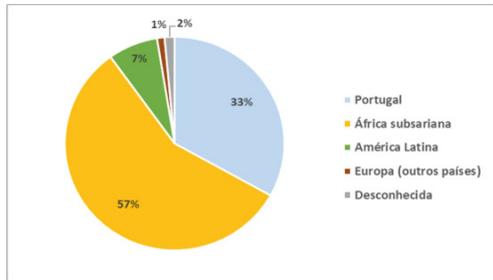
Distribuição por sexo



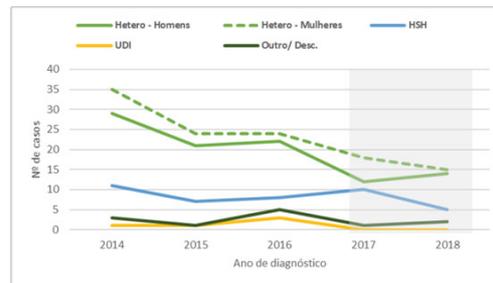
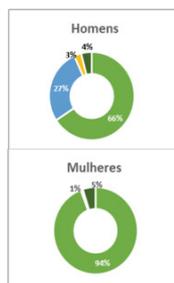
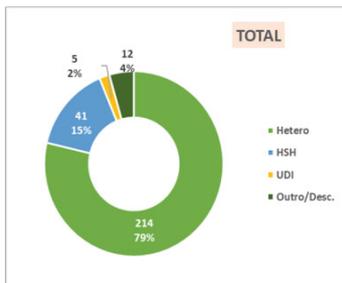
Idade ao diagnóstico



País/Região de naturalidade

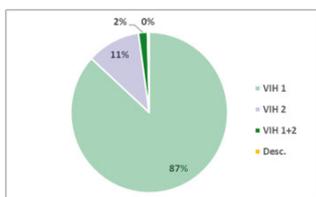


Modo de transmissão

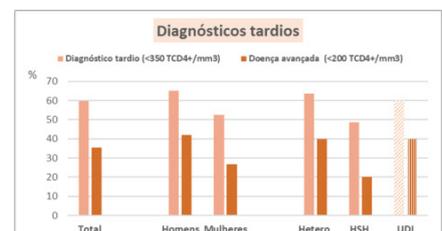


Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas

Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial



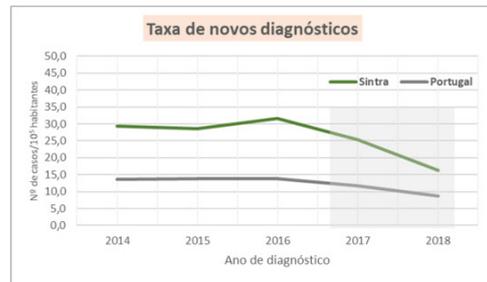
Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas



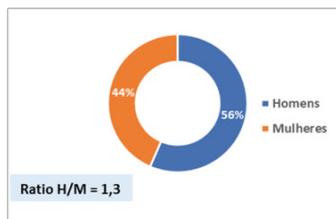
SINTRA

Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

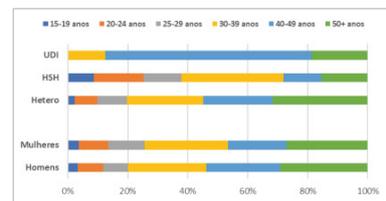
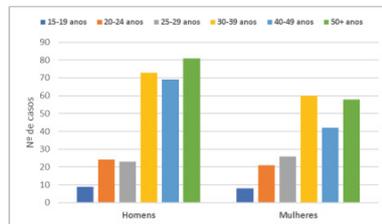
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



Distribuição por sexo

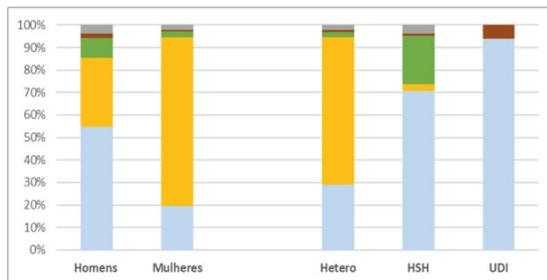
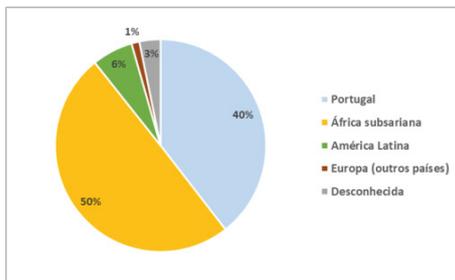


Idade ao diagnóstico



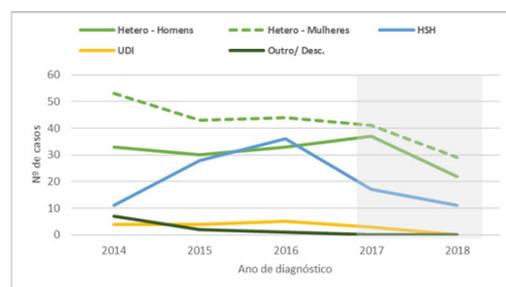
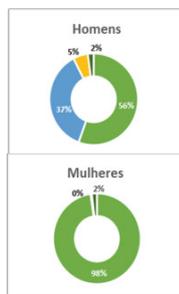
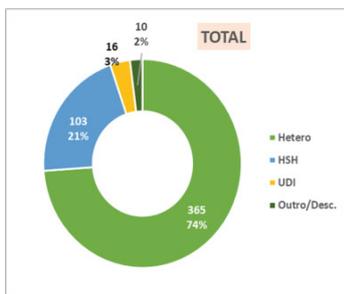
Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas

País/região de naturalidade



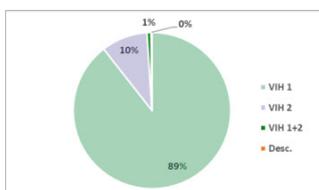
Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas

Modo de transmissão



Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas

Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial



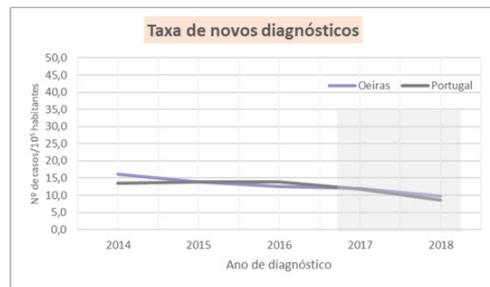
Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas



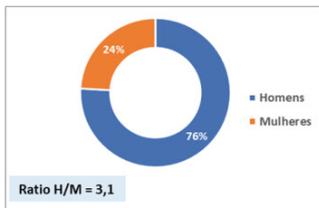
OEIRAS

Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

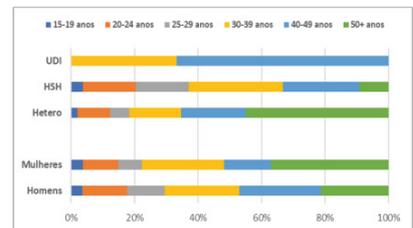
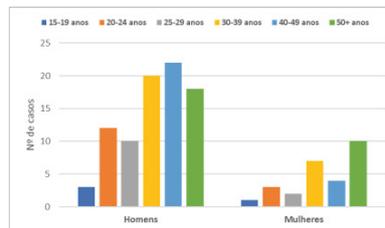
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



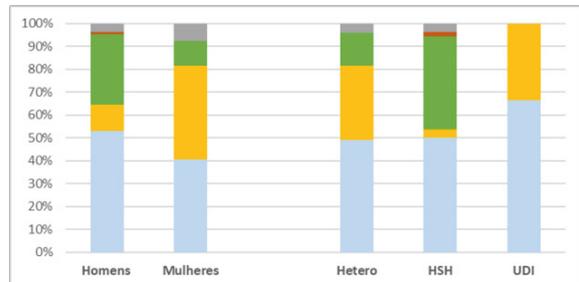
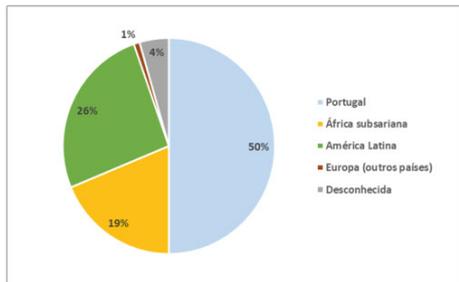
Distribuição por sexo



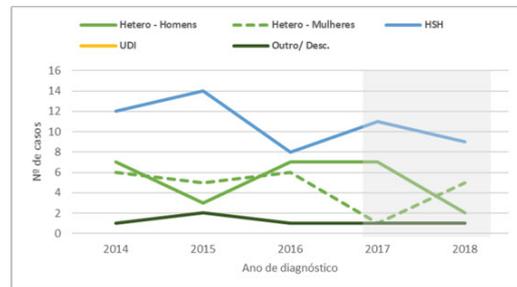
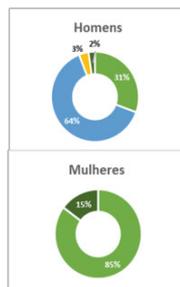
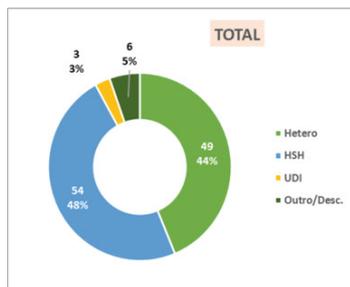
Idade ao diagnóstico



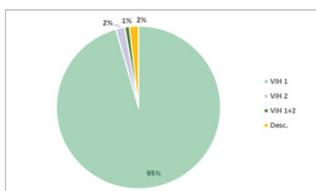
País/Região de naturalidade



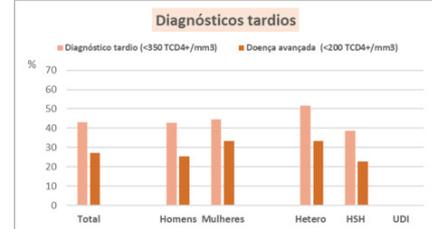
Modo de transmissão



Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial

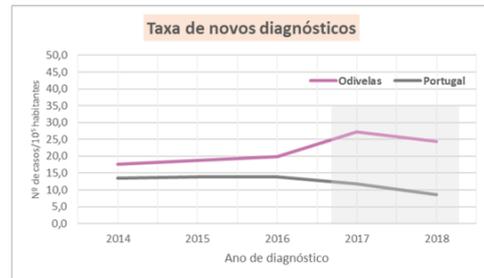
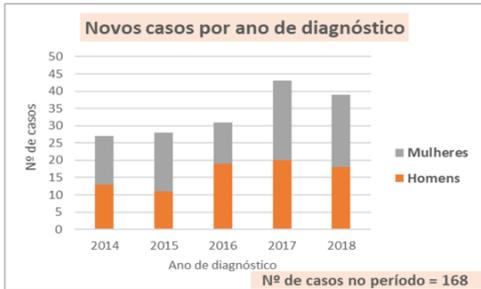




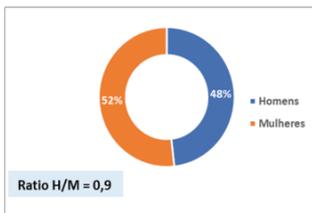
Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

ODIVELAS

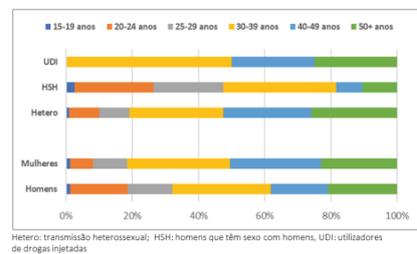
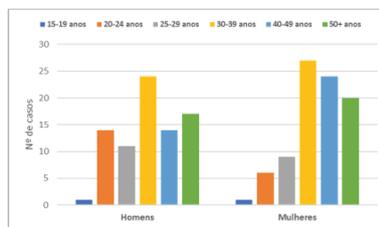
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



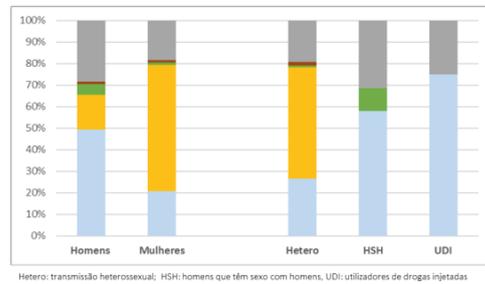
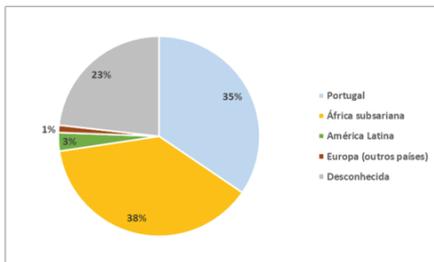
Distribuição por sexo



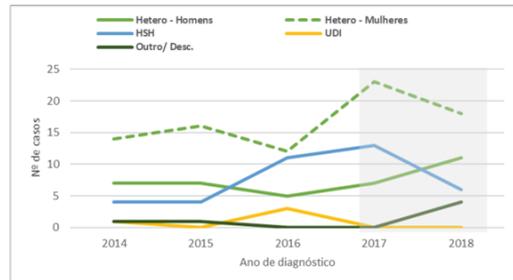
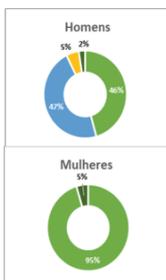
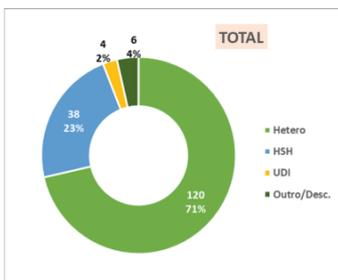
Idade ao diagnóstico



País/Região de naturalidade

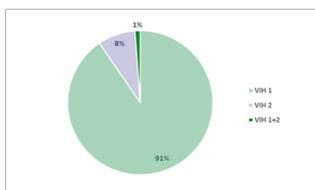


Modo de transmissão

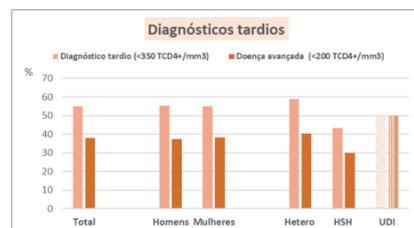


Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas

Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial



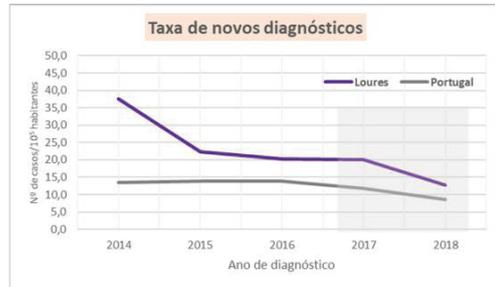
Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas



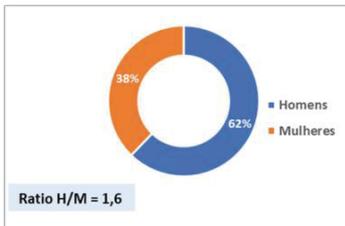
LOURES

Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

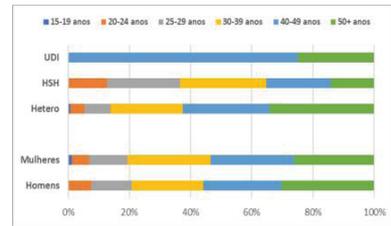
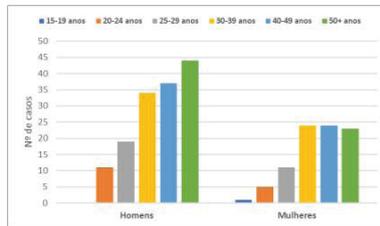
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



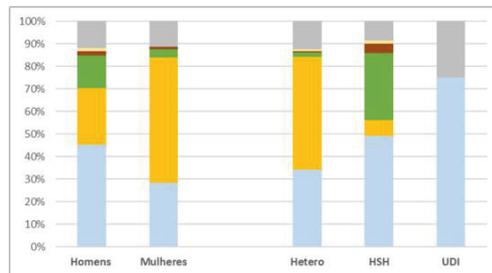
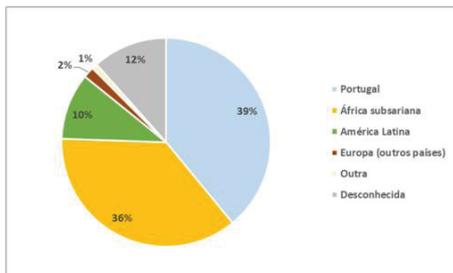
Distribuição por sexo



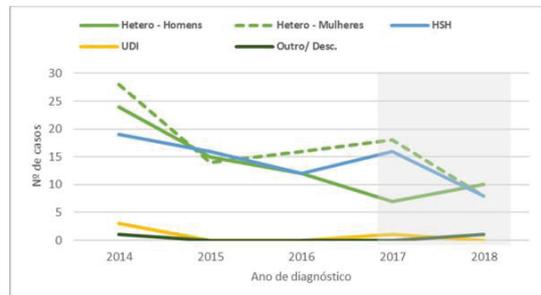
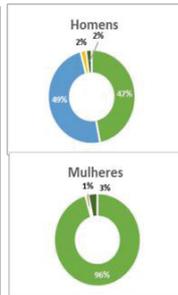
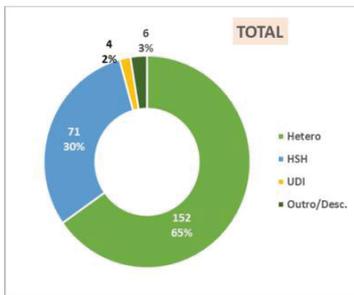
Idade ao diagnóstico



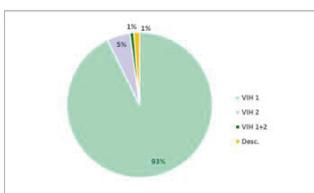
País/região de naturalidade



Modo de transmissão



Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial

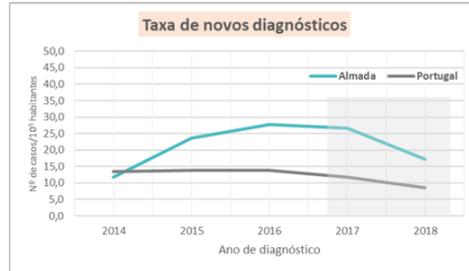
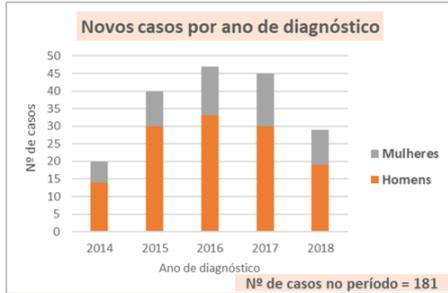




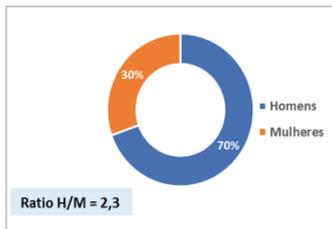
ALMADA

Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

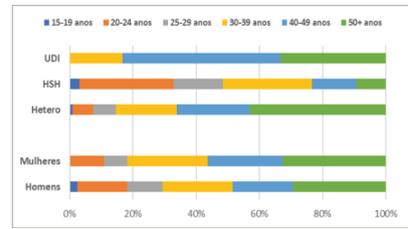
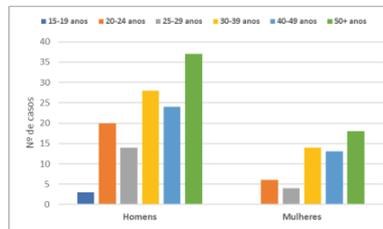
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



Distribuição por sexo

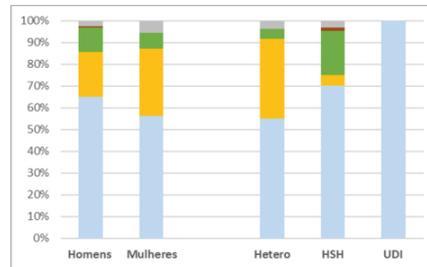
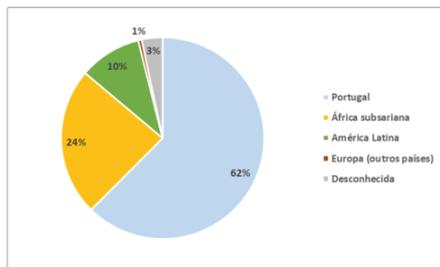


Idade ao diagnóstico



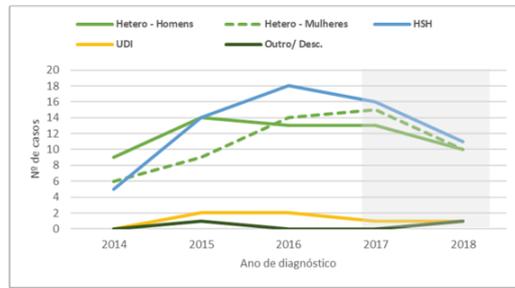
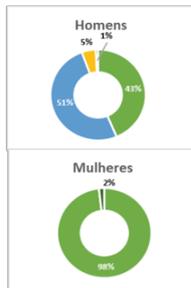
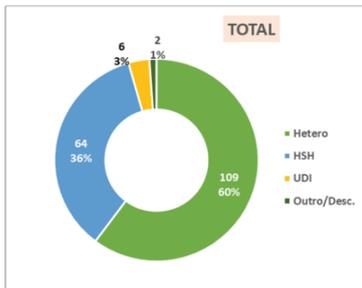
Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas

País/Região de naturalidade



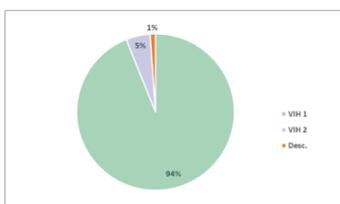
Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas

Modo de transmissão

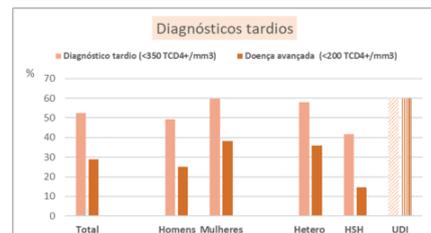


Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas

Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial



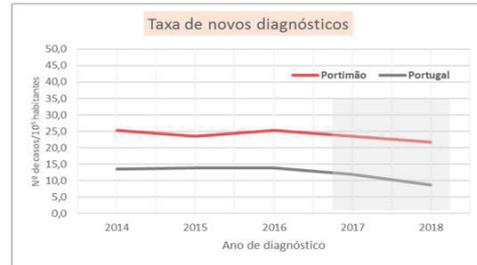
Hetero: transmissão heterossexual; HSH: homens que têm sexo com homens; UDI: utilizadores de drogas injetadas



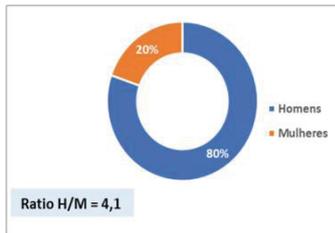
Novos casos de infeção por VIH (2014-2018)*

PORTIMÃO

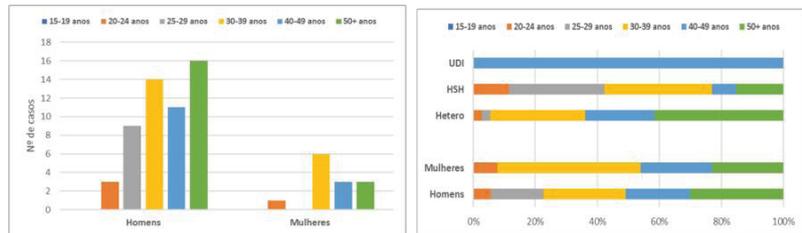
*Fonte DGS/INSA. Notificações recebidas até 30/06/2019



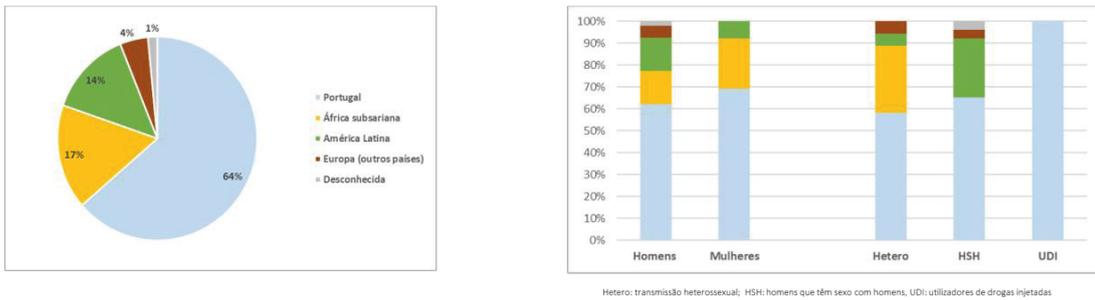
Distribuição por sexo



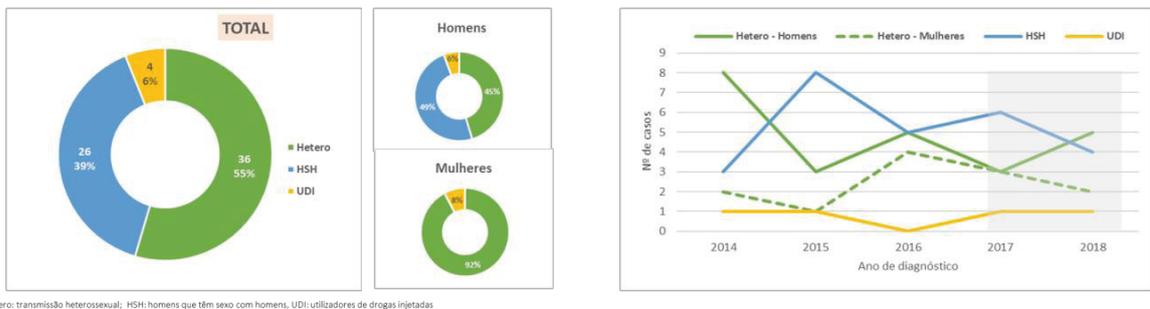
Idade ao diagnóstico



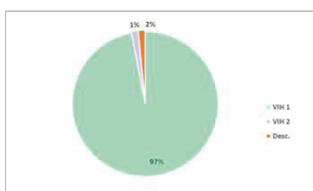
País/Região de naturalidade



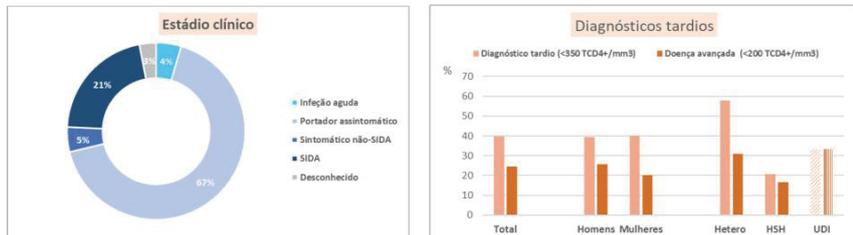
Modo de transmissão



Tipo de vírus



Avaliação clínica inicial



CAPÍTULO II

Pessoas que vivem com VIH

II.1 Estimativas nacionais

A prevalência e a incidência são duas medidas usadas em epidemiologia que permitem conhecer, respetivamente, a dimensão e a dinâmica da epidemia de VIH, contudo, o seu conhecimento à escala do país só é possível através de estimativas obtidas por modelação matemática.

O tempo que medeia entre o momento da infeção por VIH e o diagnóstico depende de diversos fatores, entre outros, a noção de comportamento com risco, a frequência da realização dos testes e o reconhecimento de sintomas sugestivos de infeção aguda. De progressão lenta e assintomática durante grande parte da sua história natural, a infeção por VIH tem assim características que favorecem a existência de uma subpopulação infetada, mas não diagnosticada e que, para além dos impactos negativos que o diagnóstico tardio tem para a saúde individual, inadvertidamente contribui para a disseminação da infeção. Assim, importa também conhecer a dimensão e características da subpopulação que vive, em Portugal, com infeção por VIH não diagnosticada.

Existem diferentes modelos matemáticos que permitem também estimar esta fração da população e nas estimativas até à data realizadas em Portugal optou-se pelo modelo disponibilizado pelo ECDC, *HIV Modelling Tool*⁵. Esta ferramenta usa os dados obtidos na vigilância epidemiológica de rotina e efetua estimativas da prevalência, incidência, fração não diagnosticada e demora diagnóstica (tempo decorrido entre a infeção e o diagnóstico), estando apenas preparada para obter estimativas para a infeção por VIH-1.

Para efeitos da última modelação efetuada, relativa ao ano 2016, foi concebida e aplicada uma estratégia de ajustamento dos dados da vigilância epidemiológica, que teve por objetivo impedir que os óbitos não notificados e as saídas do país incrementassem as estimativas da prevalência⁶. Ao serem efetuadas as estimativas relativas ao ano de 2017, de seguida apresentadas, foi usada a mesma estratégia, tendo sido retirados todos os casos de infeção por VIH registados como vivos, diagnosticados até 1997 e sem seguimento clínico, e ainda, em percentagem progressivamente decrescente, os casos com diagnóstico entre 1998 e 2007 para os quais também não havia evidência de seguimento clínico.

Após este ajustamento, foi aplicada a ferramenta de modelação acima referida, obtendo-se resultados que indicaram que, no final de 2017, existiriam em Portugal 39.820 (39.219-40.485) pessoas a viver com VIH (PVVIH), o que corresponde a uma prevalência nacional de 0,39% (0,38-0,39%). Ainda, foi estimado que 3.087 (2.759-3.549) infeções não estariam ainda diagnosticadas, o que equivale a 7,8% (7,0%-8,8%) das PVVIH que viviam em Portugal no final de 2017. Estima-se ainda que o número de linfócitos TCD4+ fosse inferior a 350 em 1.177 (38,1%) das infeções que não estavam diagnosticadas em 2017.

A [figura 27](#) ilustra as tendências estimadas para as diferentes frações da epidemia e é possível constatar que a fração não diagnosticada estimada sofreu um decréscimo constante desde a segunda metade da década de 90, evidente

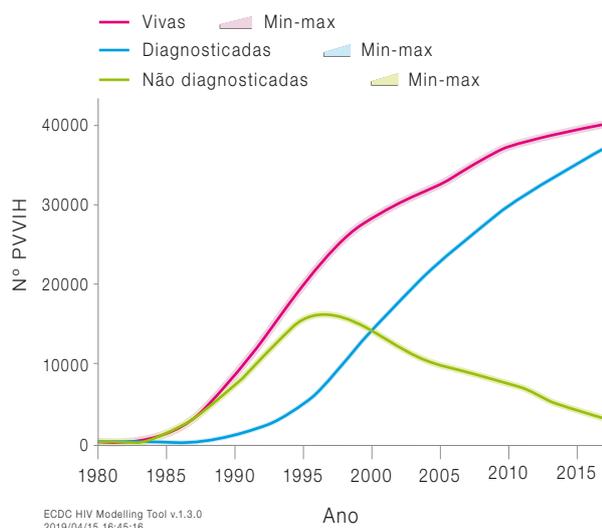


Figura 27 – Tendências temporais na prevalência da infeção por VIH e frações diagnosticada e não diagnosticada.

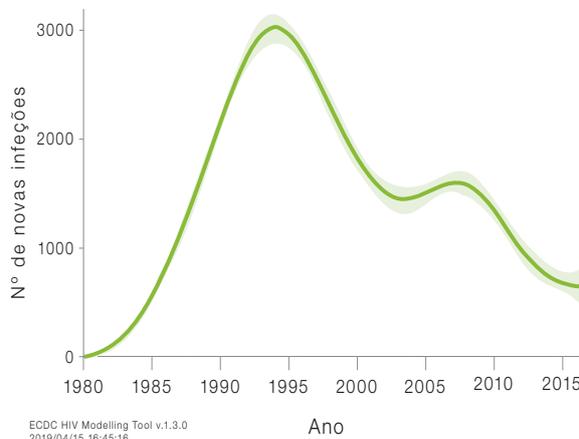


Figura 28 – Tendências temporais na incidência estimada da infeção por VIH

quando são comparadas as proporções calculadas para 2008 e 2017, respetivamente, 23,6% (n=8.830) e 7,8% (n=3.087).

No que se refere à incidência estimada, de acordo com os resultados da modelação, durante o ano 2017 terão ocorrido em Portugal 631 (410-885) novas infeções por VIH, o que corresponde uma taxa de incidência de 6,1 (4,0-8,6) infeções/10⁵ habitantes. Como é possível constatar na [figura 28](#), a incidência nacional terá atingido o seu máximo na primeira metade da década de 90, estimando-se que no ano de 1994 terão ocorrido 2.976 novas infeções (2.841-3.108), após o que se seguiu um decréscimo sustentado até 2003. Entre 2004 e 2007 observou-se um ligeiro aumento de incidência que, pelos dados dos anos subsequentes, terá já sido debelado, uma vez que a curva retomou uma trajetória decrescente, embora a incerteza associada às estimativas para os anos mais recentes condicione a interpretação para esse período.

Outro dos parâmetros que resultam da aplicação do modelo é o cálculo da demora diagnóstica. Assim, estimou-se que em 2017 o tempo médio decorrido entre a infeção por VIH e o seu diagnóstico foi de 3,4 anos (3,2-3,7 anos).

A comparação deste valor com o obtido para o ano 2008 (4,6 anos; 4,5-4,7 anos) evidencia uma tendência temporal decrescente.

Para além das estimativas efetuadas para o total de casos no país, foram também efetuadas estimativas para diferentes populações, especificamente para as formas de transmissão mais frequentes. O [quadro 39](#) resume os resultados dessas estimativas. É possível verificar que existem diferenças marcadas ao nível da fração não diagnosticada, a mais elevada das quais (13,9%) foi encontrada para os casos em homens que adquiriram a infeção por contacto heterossexual e a menor foi encontrada para os UDI (1,5%). Estima-se que em 2017 o maior número de infeções tenha ocorrido entre os HSH (n=265) e o menor entre os UDI (n=2),

Quadro 39 – Resultados das estimativas nacionais para o ano 2017: total e por modo de transmissão.

Estimativa	Total	Modo de transmissão			
		Heterossexual homens	Heterossexual mulheres	HSH	UDI
PVVIH (n)	39820 (39219-40485)	10877 (10509-11377)	10111 (9832-10469)	8948 (8677-9279)	9633 (9464-9998)
PVVIH diagnosticadas (n)	36734 (36303-37291)	9361 (9152-9572)	9131 (8943-9367)	8068 (7900-8297)	9486 (9304-9813)
PVVIH não diagnosticadas (n)	3087 (2759-3549)	1516 (1273-1871)	980 (785-1207)	880 (686-1141)	147 (139-227)
PVVIH não diagnosticadas (%)	7,8 (7,0-8,8)	13,9 (12,0-16,7)	9,7 (7,9-11,5)	9,8 (7,9-12,3)	1,5 (1,4-2,3)
Novas infeções em 2017 (n)	631 (410-885)	171 (34-445)	188 (46-371)	265 (183-390)	2 (1-50)
Demora diagnóstica (anos)	3,4 (3,2-3,7)	5,4 (5,1-5,6)	3,9 (3,7-4,2)	2,5 (2,2-2,7)	5,2 (5,0-5,3)

Legenda: PVVIH-pessoas que vivem com VIH

contudo, a incerteza associada a estes valores é relativamente elevada. No que se refere à demora diagnóstica, as estimativas indicam que os diagnósticos mais precoces ocorrem nos HSH, demora média de 2,5 anos (2,2-2,7 anos), e os mais tardios entre os homens que adquiriram a infeção por contacto heterossexual, 5,4 anos (5,1-5,6 anos). Estes resultados corroboram o apurado relativamente às proporções de diagnósticos tardios, tendo em conta o número de linfócitos TCD4+ na primeira avaliação clínica, e descrito no capítulo I.

Foi recentemente proposto um novo indicador para monitorização da eficácia das estratégias de rastreio da infeção por VIH que, a partir dos dados estimados, calcula a proporção do total de casos não diagnosticados que é diagnosticada anualmente¹⁶. Este indicador é calculado por divisão do número de casos diagnosticados nesse ano pela *pool* de casos não diagnosticados, que é obtida somando o número de casos não diagnosticados estimado por modelação para o ano com o número de diagnósticos ocorridos no ano. Os resultados do cálculo desse indicador mostram que em 2017 foram diagnos-

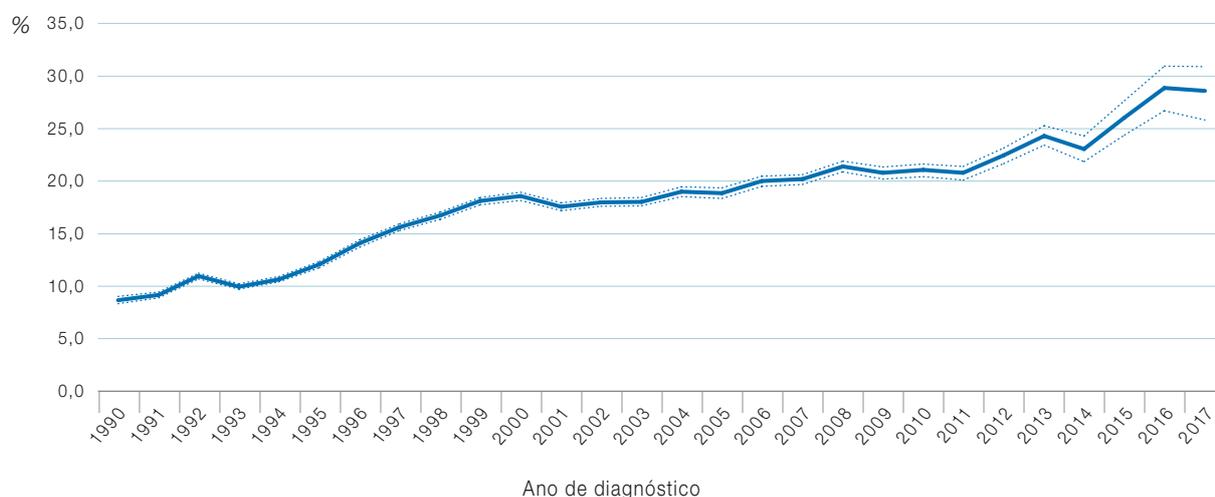


Figura 29 – Tendência temporal na proporção de casos diagnosticados anualmente relativamente à *pool* de casos não diagnosticados.

ticados 28,6% do total de casos de infeção que ainda não estavam diagnosticados. Na tendência encontrada para este novo indicador, ilustrada na [figura 29](#), é possível constatar que

as estratégias implementadas no país têm contribuído para o diagnóstico de uma proporção crescente da *pool* dos casos não diagnosticados.

II.2 Monitorização dos objetivos 90-90-90

Ao assinar a Declaração de Dublin, Portugal assumiu o compromisso de, em 2020, atingir as metas propostas pela ONUSIDA¹² e já anteriormente referidas. Estas consistem no diagnóstico de 90% das PVVIH, no tratamento de 90% das PVVIH diagnosticadas e na supressão viral em 90% das PVVIH em tratamento. Em 2016, Portugal atingiu o primeiro e terceiro 90⁶. De seguida, apresentam-se os resultados da monitorização efetuada para o final do ano 2017.

Pessoas que vivem com VIH diagnosticadas

Como referido anteriormente, foi estimado que no final de 2017 viveriam em Portugal 39.820 (39.219-40.485) pessoas com infeção por VIH, e dessas, 3087 (2.759-3.549) não o saberiam. Com esta informação foi possível constatar que 92,2% das PVVIH em Portugal estavam diagnosticadas.

Pessoas que vivem com VIH diagnosticadas em tratamento antirretroviral

Em 2017, 90,2% [33.163 (33.085- 33.240)] das pessoas que se encontravam em seguimento médico estavam sob tratamento antirretroviral.

Embora a comparação direta com resultados de anos anteriores não seja fácil de estabelecer por diferenças metodológicas utilizadas ao longo dos anos, não há dúvidas que após se assumir, em 2015, o compromisso do tratamento universal, anualmente se tem verificado um incremento no número de pessoas em tratamento.

Decorrente da metodologia utilizada, a análise mais estratificada da população em tratamento, nomeadamente por género, grupos etários, modo de transmissão, não foi possível de realizar.

Pessoas que vivem com VIH diagnosticadas, em tratamento, com supressão virológica

De entre as pessoas sob tratamento, 93,0% [30.842 (30.676 – 31.007)] apresentavam uma carga viral <200 cópias/mL. De forma idêntica ao já exposto, não foi possível fazer esta análise desagregada.

Foi assim possível apurar que Portugal atingiu os 3 objetivos, 3 anos antes do preconizado ([figura 30](#)).



Figura 30 – Resultados da monitorização dos objetivos 90-90-90 para o final de 2017.

CAPÍTULO III

Prevenção e rastreio

III.1 Prevenção

Programa de distribuição gratuita de materiais preventivos – preservativos masculinos, preservativos femininos e gel lubrificante.

Em 2018, o programa de distribuição gratuita de materiais preventivos e informativos permitiu a distribuição de cerca de cinco milhões de preservativos masculinos e femininos e de mais de um milhão e trezentas embalagens de gel lubrificante.

A distribuição de preservativo masculino registou um ligeiro decréscimo no valor de 0,41%, tendo sido entregues às entidades requisitantes um total de 4.732.261 unidades.

Os preservativos masculinos de modelo clássico e extra-forte foram maioritariamente distribuídos entre os trabalhadores do sexo (40% e 39% respetivamente).

Invertendo a tendência do ano anterior, o preservativo feminino registou um aumento de 65%, tendo sido disponibilizadas 170.292 unidades. Cerca de 42% dos preservativos femininos foram distribuídos entre a população geral, seguida dos trabalhadores do sexo (TS), que beneficiaram de 39% desse meio preventivo.

A quantidade de gel lubrificante distribuída registou um aumento significativo, face ao ano de anterior, no valor de 47,5%, tendo sido disponibilizadas 1.355.960 saquetas. As embalagens de gel lubrificante beneficiaram maioritariamente, os trabalhadores do sexo (45%) seguida dos HSH (24%).

A DGS/PNVIHSIDA, através do Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos,

entregou às Administrações Regionais de Saúde (ARS), para distribuição pelas estruturas de saúde do continente, 963.936 unidades de preservativos masculinos e 64.700 unidades de preservativos femininos, totalizando um número superior a um milhão de preservativos.

Programa Troca de Seringas “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão”

A prevenção da infeção por VIH e a redução de riscos e minimização de danos na população que utiliza drogas por via injetável, tem sido um dos objetivos prioritários do Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA, através da disponibilização do Programa Troca de Seringas (PTS) “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão”.

O Programa abrange os 18 distritos do território continental e as regiões autónomas dos Açores e da Madeira e disponibiliza o fornecimento gratuito de material de injeção para consumo e a recolha de seringas usadas, evitando a troca de seringas entre utilizadores e permitindo a diminuição do tempo de retenção de seringas utilizadas.

Implementado em 1993, o PTS já distribuiu cerca de 60.000.000 (sessenta milhões) de seringas. Durante 2018, foram distribuídas 1.300.134, maioritariamente pelas equipas de redução de risco e minimização de danos (76%), seguidas pelas farmácias comunitárias (21%). As unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários foram responsáveis pela distribuição de 1% de seringas, mantendo-se a tendência decrescente do número de seringas

distribuídas nestas estruturas, encontrando-se atualmente apenas 23 unidades com participação ativa no PTS.

Profilaxia Pré-Exposição da Infeção por VIH (PrEP)

Mais de três décadas após a descrição dos primeiros casos de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (VIH), e na ausência de uma vacina preventiva, as estratégias combinadas de prevenção, de natureza comportamental e biomédica, assumem um papel fundamental na prossecução dos objetivos que nos propomos atingir.

A profilaxia pré-exposição (PrEP), utilizando antirretrovirais para prevenção de novas infeções entre os que se encontram em situação de risco acrescido, é uma destas estratégias que, se utilizada adequadamente pode reduzir o risco de transmissão do VIH em mais de 90%.

A PrEP passou a estar disponível em Portugal em fevereiro de 2018, através de um Programa de Acesso Precoce (PAP), nos termos das Circulares Normativas Conjuntas n.ºs 01 e 02/2018 do INFARMED/ACSS/DGS/SPMS^{17,18}, que terminou em fevereiro de 2019 quando ficou concluída a avaliação pelo INFARMED do primeiro fármaco para essa utilização específica¹⁹.

As consultas de PrEP, iniciadas em 2018, foram sofrendo uma expansão geográfica ao longo dos meses subsequentes e estão atualmente disponíveis em todas as regiões de Portugal Continental, muito embora a maior expressão tenha lugar na região litoral do país.

Com uma procura crescente, as pessoas que acorrem a esta consulta são maioritariamente do sexo masculino, cisgénero, na terceira década de vida, muito escolarizadas, e em clara situação de risco acrescido de infeção por VIH. O início desta estratégia de prevenção permitiu reforçar a informação referente à necessidade da utilização de preservativos e distribuí-los, bem como diagnosticar e tratar outras infeções sexualmente transmissíveis, contribuindo desse modo para o corte da cadeia de transmissão das mesmas.

A acessibilidade a esta consulta pode ser efetuada de múltiplas maneiras, incluindo-se a possibilidade de autorreferenciação, por forma a se reduzirem eventuais barreiras. No presente, a referenciação tem sido maioritariamente através de organizações de base comunitária, o que uma vez mais vem reforçar o papel e a importância de um trabalho conjunto, complementar.

Atingiu-se agora um milhar de pessoas sob PrEP e embora seja inquestionável a mais-valia desta estratégia em termos de prevenção individual, se queremos tirar benefícios em termos de saúde pública temos que, de forma responsável mas célere, implementar estratégias que nos permitam chegar a uma maior número de pessoas que, ao se encontrarem em risco de infeção, beneficiam de acesso à mesma.

III.2 Rastreio, diagnóstico e referenciação

A aposta no diagnóstico precoce da infeção por VIH tem sido uma prioridade do Programa Nacional, com vista ao cumprimento da meta da ONUSIDA de diagnosticar 90% das pessoas que vivem com a infeção. Esta aposta tem justificado um significativo investimento em iniciativas que promovam o acesso ao teste rápido de rastreio da infeção por VIH em diferentes contextos, com vista à identificação precoce dos casos e a quebra do ciclo de transmissão. Estas iniciativas, a par de estratégias robustas de referenciação adequada dos casos reativos para o Serviço Nacional de Saúde, são um garante de que cada vez mais pessoas conheçam atempadamente o seu estatuto serológico para a infeção VIH e que quem vive com a infeção aceda ao melhor e mais adequado tratamento.

Cuidados de Saúde Primários

Em 2018, foram contabilizados 257.485 testes VIH realizados por prescrição médica dos Cuidados de Saúde Primários, valor que se mantém constante em comparação com o apurado para os últimos 3 anos.

Por outro lado, a disponibilização do teste rápido nos Cuidados de Saúde Primários, numa perspetiva de não perder oportunidades de diagnóstico, registou um crescimento significativo em 2018, tendo sido realizados 17.025 testes em 38 ACES, identificando-se 40 casos reativos (0,23%). De facto, desde a implementação da estratégia de realização do teste rápido nos Cuidados de Saúde Primários em 2013, tem-se verificado um crescimento acentuado do número de testes realizados, assinalando-

se um crescimento de mais de 400%, nos últimos 5 anos (3.860 testes em 2014 e 17.025 testes em 2018) (figura 31).

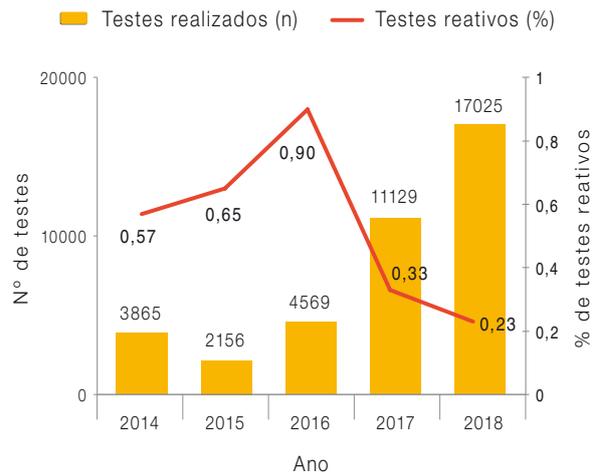


Figura 31 – Testes rápidos realizados nos Cuidados de Saúde Primários: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.

Centros de Aconselhamento e Detecção precoce do VIH (CAD)

Encontram-se em funcionamento 15 CAD nos distritos de Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Porto, Setúbal, Viana do Castelo e Viseu, tendo sido registados em 2018, um total de 8.789 testes rápidos realizados, com uma proporção de reativos de 1,30%. A atividade dos CAD registou uma redução de 45% no número de testes realizados nos últimos 5 anos. Em contrapartida, a proporção de casos reativos tem vindo a aumentar (figura 33).



Figura 32 – Testes rápidos realizados nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.

A redução do tempo de afetação dos profissionais a esses serviços, com implicações significativas no horário de funcionamento, poderá explicar a tendência decrescente no número de atendimentos e, conseqüentemente, no número de testes realizados.

Rastreo de Base Comunitária

As organizações não-governamentais e de base comunitária têm desempenhado um papel importante em todos os níveis da resposta nacional à infeção por VIH, por vírus das hepatites B e C (VHB e VHC) e outras infeções sexualmente transmissíveis. A proximidade e o conhecimento dos contextos onde vivem as populações mais vulneráveis às infeções por VIH, VHB, VHC e outras sexualmente transmissíveis, colocam as organizações de base comunitária numa posição privilegiada na abordagem dessas populações, permitindo levar até elas respostas de saúde e de cariz social que, de outro modo, não estariam acessíveis.

Volvidos cinco anos desde a implementação generalizada do teste rápido de VIH, através dos projetos desenvolvidos por organizações de base comunitária e financiadas pelo Ministério da Saúde, verifica-se um crescimento anual do número de testes realizados, atingindo-se em 2018 o total de 25.029 testes, com uma proporção de 1,45% de resultados reativos (figura 33).

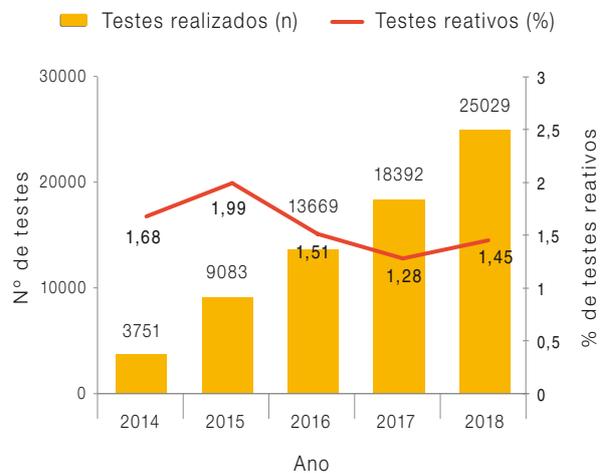


Figura 33 – Testes rápidos realizados em Organizações não-governamentais e de base comunitária: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.

A monitorização destes projetos (através de relatórios semestrais de execução e de visitas de acompanhamento e monitorização) tem permitido identificar algumas áreas de melhoria que se vão refletindo nos avisos de abertura dos concursos anuais. O estímulo à maior procura e atempada identificação dos casos de infeção configura-se cada vez mais um critério a ter em conta no investimento financeiro deste tipo de iniciativas.

Assim, procurando incentivar o incremento desta atividade, o último concurso para financiamento de projetos desta tipologia privilegiou a

modalidade de pagamento de um preço compreensivo por sessão de rastreio, à semelhança do que já se verifica no âmbito do Acordo entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e o Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos.

Farmácias comunitárias

A publicação do Despacho n.º 2522/2018, de 12 de março ²⁰, e das circulares normativas conjuntas da DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 30 de abril ²¹ e de 24 de agosto de 2018 ²², veio permitir a realização de testes rápidos para VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas, sem necessidade de prescrição médica prévia, conforme anteriormente previsto no n.º 4 do artigo 68.º do Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho ²³. O início da realização de testes rápidos de VIH e VHC nas farmácias ocorreu em Cascais em outubro de 2018, através de cerimónia oficial englobada no contexto da iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, presidida pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e que contou com a presença do Diretor Executivo Adjunto da ONUSIDA. Desde a implementação da estratégia, já foram realizados 1020 testes rápidos de VIH (54,7%), VHC (40,1%) e VHB (5,2%), em 21 farmácias do concelho de Cascais, com proporções de resultados reativos de 1,3% para VIH, e 2,0% para VHC. O teste para VIH, VHC e VHB foi realizado pela primeira vez, respetivamente, em 41,4%, 44,3% e 41,2% dos utentes, sendo o principal motivo para a sua realização a ocorrência de uma relação sexual desprotegida (53,7%).

Autoteste VIH

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2016, as primeiras recomendações e diretrizes globais relativas ao autoteste para VIH, como mais uma estratégia que visa ultrapassar as barreiras ao diagnóstico e aumentar o acesso atempado ao teste, em complementaridade com todas as estratégias de rastreio já existentes. O autoteste para VIH é um processo pelo qual uma pessoa que deseja conhecer o seu estatuto serológico, adquire o dispositivo, faz uma colheita de sangue, realiza o teste e interpreta o resultado, em contexto de privacidade, sem necessidade da presença de um técnico.

Ao proporcionar uma oportunidade para que as pessoas realizem o autoteste, esta estratégia permite alcançar pessoas, eventualmente em situação de risco, e que, por receio de discriminação ou quebra de anonimato, não recorrem aos serviços de saúde e comunitários disponíveis.

Seguindo as recomendações da OMS, Portugal preparou o quadro jurídico-técnico que passou a permitir o acesso direto aos dispositivos de autodiagnóstico das infeções por VIH, VHB e VHC, com a publicação do Decreto-Lei n.º 79/2018 de 15 de outubro de 2018 ²⁴ da Presidência do Conselho de Ministros e a circular normativa conjunta n.º 08/DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 20 de maio de 2019 ²⁵. O primeiro autoteste para VIH já está a ser disponibilizado através das farmácias comunitárias desde outubro de 2019, registando-se no primeiro mês um volume de vendas de aproximadamente 400 unidades.

Conclusões e perspetivas futuras

As diferentes estratégias, gizadas e implementadas ao longo dos anos, conduziram Portugal a uma posição que nos deve orgulhar, e o número anual de novos diagnósticos de infeção por VIH e de estágio SIDA tem-se apresentado decrescente desde o ano 2000. Contudo, e porque a dimensão inicial da nossa epidemia foi proporcionalmente e comparativamente mais expressiva, Portugal mantém-se entre os países da União Europeia que apresentam as taxas mais elevadas destes diagnósticos⁹, o que faz com que a epidemia continue a constituir um enorme desafio para a Saúde Pública nacional.

Apesar destas características, as estimativas realizadas para a epidemia nacional revelaram que apenas 7,8% das pessoas infetadas por VIH no país não estão diagnosticadas e ainda que essa proporção tem vindo a diminuir nos últimos anos, o que significa que os esforços realizados para chegar aos grupos mais vulneráveis, nos quais a prevalência é mais elevada, têm tido sucesso. Contudo, Portugal continua a apresentar elevadas proporções de diagnósticos tardios (55,8%), superiores às da União Europeia (48,6%). Ou seja, estamos a diagnosticar mais, mas continuamos a diagnosticar as pessoas em fases mais avançadas da infeção e esta realidade é mais acentuada na população heterossexual do sexo masculino (70,2%) e com idades superiores a 50 anos (70,7%).

Assim, importa melhorar as estratégias de rastreio implementadas por forma a se chegar mais cedo às PVVIH. A manutenção das respostas comunitárias, o alargamento da realização do teste rápido nas farmácias comunitárias a outras regiões do país, a criação de alertas nos sistemas de informação dos cuidados de saúde primários para que o teste seja proposto

às pessoas que apresentem condições indicadoras de infeção, são algumas das melhorias a introduzir a curto prazo, com vista à obtenção de melhores resultados, com impacto no diagnóstico precoce da infeção.

Atenta a distribuição geográfica dos casos de infeção no país, iniciativas como as “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH e SIDA” afiguram-se fulcrais na prossecução dos objetivos traçados, certos de que com o envolvimento dos municípios e dos parceiros locais surjam contributos importantes para a redução da incidência e da fração não diagnosticada no país.

Esta é uma doença que pelas suas características e determinantes sociais, obriga a uma ação concertada entre respostas formais e não formais na área da saúde, mas igualmente a uma profunda articulação intersectorial. Limitar a ação à saúde condicionará, de modo negativo, os resultados obtidos.

Não será por demais celebrarmos o facto de Portugal ter atingido, com dados referentes ao ano de 2017, os objetivos 90-90-90, traçados pela ONUSIDA para se atingirem até 2020. É motivo de grande regozijo e reflete o trabalho de TODOS, ao longo dos anos.

O facto de sabermos que o conseguimos não nos deve tranquilizar, mas tão somente servir-nos de estímulo e desafio para continuarmos a fazer mais e melhor, mantendo a trajetória de sucesso. Os desafios que nos esperam serão muitos e, ensina-nos a história, alguns inesperados.

Mas teremos que ser capazes de os enfrentar e ultrapassar, honrando assim a memória de todos os que faleceram na sequência desta

infeção, ou que vivem infetados ou afetados pela mesma.

O conhecimento que se detém, terá que ser cada vez mais aplicado de forma eficiente e eficaz. Numa era em que estão disponíveis diversas ferramentas de prevenção, como sejam os preservativos masculinos e femininos, o Programa Troca de Seringas, a PrEP, a profilaxia pós exposição (PPE) e o Tratamento como Prevenção, será desejável que o número de novos casos de infeção em Portugal (embora com tendência marcadamente decrescente) seja ainda menor. A informação sobre a disponibilização das estratégias de prevenção deve estar acessível a toda a população, com vista à tomada de consciência da importância da sua correta utilização. Ao mesmo tempo, os serviços de saúde devem estar preparados para responder atempada e adequadamente, nomeadamente no que respeita às necessidades de PrEP e PPE, e particularmente no caso da PrEP, deve ser equacionada a realização de consultas descentralizadas em outros níveis de prestação de cuidados, incluindo em contexto comunitário, obviando assim eventuais constrangimentos de acesso atempado e adesão da população que dela necessita.

O retorno que se pode conquistar com a implementação de programas de prevenção é bem ilustrado com o sucesso obtido pelo Programa Troca de Seringas, que mantém a sua atualidade enquanto ferramenta robusta de prevenção e de redução de riscos e minimização de danos, mas é importante que se adapte às novas realidades da população que utiliza drogas. A articulação do PTS com os programas de consumo vigiado, assim como a necessidade de repensar a composição do *kit* são desafios que se colocam a breve trecho e que importa priorizar.

De forma mais ou menos patente, as questões do estigma e da discriminação mantêm-se igualmente atuais, pelo que a comunicação eficaz de conhecimento científico robusto, nomeadamente do conceito de indetetável ser sinónimo de intransmissível, se mostra da maior importância.

Mas os esforços terão igualmente de ser dirigidos para estratégias que promovam a ligação e religação das pessoas aos cuidados de saúde que necessitam, tanto mais que estamos a tratar de uma doença crónica, o que condiciona cuidados não finitos.

Mas tudo assenta no essencial: conhecimento. O conhecermos a nossa realidade enquanto País, enquanto região, enquanto cidade, será determinante. O compromisso na contínua melhoria dos dados de vigilância epidemiológica, incluindo na identificação dos casos em que o diagnóstico ocorreu fora do país, nos dados da cascata do tratamento e na sua desagregação para as diferentes formas de transmissão, nas resistências primárias circulantes é para manter, bem como na avaliação dos resultados obtidos com as diferentes estratégias adotadas.

Queremos continuar a trabalhar com e para todos, acreditando que só assim faz sentido.

Referências

1. Portaria n.º 258/2005, de 16 de março, que integra a infeção pelo VIH na lista das doenças de declaração obrigatória. D.R. I Série B, n.º 53. Revoga a Portaria n.º 103/2005, de 25 de janeiro.
2. Despacho n.º 15385-A/2016, de 21 de dezembro, da Direção Geral da Saúde, que atualiza a lista de doenças de declaração obrigatória e as respetivas definições de caso. D.R., 2.ª série, N.º 243, 1.º Suplemento.
3. Despacho n.º 5855/2014, de 5 de Maio, da Direção Geral de Saúde, que determina a data de início da utilização obrigatória da aplicação informática de suporte ao SINAVE. D.R., 2.ª série, N.º 85.
4. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1993; No. 37: 23-28
5. ECDC HIV Modelling Tool [software application]. Version 1.3.0 Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017. Acessível em: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-modelling-tool>
6. Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA. Infeção VIH e SIDA. Desafios e Estratégias- 2018. DGS, 2018.
7. Regulamento (UE) n.º 868/2014 da Comissão, de 8 de agosto de 2014, que altera os anexos do Regulamento (CE) n.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à instituição de uma Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS).
8. Antinori T, Coenen D, Costagiola et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Med. 2011 Jan;12(1):61-4. doi: 10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x.
9. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018-2017 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018.
10. Direção-Geral da Saúde. Norma nº29/2017 de 29/12/2017. Abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1) no Adolescente e no Adulto.
11. Tavoschi L, Gomes Dias J, Pharris A; EU/EEA HIV Surveillance Network. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004-15: an analysis of surveillance data. Lancet HIV. 2017 Nov;4(11).
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Cities ending the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016
13. Governo de Portugal/Ministério da Saúde. Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH. Relatório do grupo de trabalho nomeado pelo Despacho n.º 5216/2017. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017.
14. Decisão de execução da Comissão de 22 de junho de 2018, que revoga a Decisão 2000/96/CE e a Decisão 2002/253/CE, que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão n.º 1028/2013/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. J.O. L 170/1 de 6.7.2018
15. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP. Infeção por VIH/SIDA em Portugal: Situação a 31 de dezembro de 2017. Doc.149. INSA, 2018.

16. Sasse A. Letter to the editor: New metrics to monitor progress towards global HIV targets: using the estimated number of undiagnosed HIV-infected individuals as denominator. *Euro Surveill.* 2016;21(50):pii=30424. DOI:<http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.50.30424>
17. Circular Normativa Conjunta n.º 01/2018 do INFARMED/ACSS/DGS/SPMS de 1 de março de 2018, sobre o Programa de Acesso Precoce para Profilaxia de Pré-exposição da infeção por VIH-1 no Adulto.
18. Circular Normativa Conjunta n.º 02/2018 do INFARMED/ACSS/DGS/SPMS de 13 de março de 2018, sobre o Programa de Acesso Precoce para Profilaxia de Pré-exposição da infeção por VIH-1 no Adulto.
19. Ofício Circular n.º 105/2019 INFARMED – conclusão do pedido de avaliação prévia do medicamento TRUVADA (emtricitabina + tenofovir). *Diário da República*, n.º 50 de 12 de março, determina a realização de testes rápidos para VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas.
20. Circular Normativa Conjunta da DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 30 de abril de 2018 determina o normativo técnico para a realização de testes rápidos para VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas.
21. Circular Normativa Conjunta da DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 24 de agosto de 2018, reformula o normativo técnico para a realização de testes rápidos para VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas.
22. Decreto-Lei n.º 145/2009, publicado na 1.ª série do *Diário da República* n.º 115/2009, de 17 de junho, estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios e transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2007/47/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Setembro.
23. Decreto-Lei n.º 79/2018 - *Diário da República* n.º 198/2018, Série I de 2018-10-15, da Presidência do Conselho de Ministros, permite a dispensa direta ao público dos dispositivos de diagnósticos in vitro destinados ao auto-diagnóstico da infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH).
24. Circular Normativa Conjunta n.º 08/DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 20 de maio de 2019, determina o normativo técnico para a dispensa direta ao público dos dispositivos de diagnósticos in vitro destinados ao auto-diagnóstico da infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) nas farmácias ou em locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica.

Anexos

ANEXO I – Definição nacional de caso de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

Fonte: Despacho n.º 15385-A/2016, de 21 de dezembro, da Direção Geral da Saúde, que determina a lista de doenças de declaração obrigatória e as respetivas definições de caso. D.R., 2.ª série, N.º 243, 1º Suplemento.

Critérios clínicos (SIDA)

– Pessoa que apresenta uma das manifestações clínicas referidas na definição europeia de caso de SIDA para:

a) **Adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 13* anos:** i) Critérios baseados na referência *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1993*; n.º 37, pp. 23 -28.

b) **Crianças com idade inferior a 13* anos de idade:** ii) Critérios baseados na referência *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. European case definition for AIDS surveillance in children – revision 1995. HIV/AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1995*; n.º 48, pp. 46 -53.

Critérios laboratoriais (VIH)

– **Adultos, adolescentes e crianças com idade igual ou superior a 18 meses:** Pelo menos um dos três critérios:

a) Resultado positivo de um teste de rastreio para a pesquisa de anticorpos anti -VIH ou de um teste de rastreio combinado (anticorpos anti -VIH e antigénio p24 do VIH), confirmado por um teste mais específico de pesquisa de anticorpos (por ex., por Western blot);

b) Resultado positivo da pesquisa de anticorpos em dois testes imunoenzimáticos (EIA), confirmado por um resultado positivo de um terceiro teste EIA,

c) Resultados positivos em duas amostras separadas de pelo menos uma das três pesquisas seguintes:

i) Deteção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);

ii) Deteção do VIH pelo teste do antigénio p24 VIH, confirmada por teste de neutralização;

iii) Isolamento do VIH.

– **Crianças com menos de 18 meses:** Resultados positivos em duas amostras distintas (excluindo o sangue do cordão umbilical) de pelo menos uma das três pesquisas seguintes:

a) Isolamento do VIH;

b) Deteção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);

c) Deteção do VIH pelo teste do antigénio p24 VIH, confirmada por teste de neutralização, no caso de crianças com pelo menos 1 mês.

Critérios epidemiológicos: Não aplicável.

Definição de caso:

Caso possível: Não aplicável.

Caso provável: Não aplicável.

Caso confirmado:

– **Infeção por VIH:** Pessoa que preenche os critérios laboratoriais da infeção por VIH.

– **SIDA:** Pessoa que preenche os critérios clínicos relativos à SIDA, bem como os critérios laboratoriais relativos à infeção por VIH.

Nota: * A definição europeia de caso de SIDA, na sua actualização publicada em 2012, alterou dos 13 anos para os 15 anos, a idade limite usada na classificação de casos como pediátricos ou adolescentes/adultos.

ANEXO II – Lista das doenças definidoras de SIDA

Fonte: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1993; No. 37: 23-28

- Cancro do colo do útero, invasivo
- Candidíase da traqueia, brônquios ou pulmões
- Candidíase do esófago
- Coccidiomicose, disseminada ou extrapulmonar
- Criptococose extra-pulmonar
- Criptosporidíase intestinal crónica (com diarreia de duração superior a 1 mês)
- Doença por citomegalovírus de qualquer órgão que não o fígado, baço ou ganglionar, em indivíduo com idade > 1 mês.
- Encefalopatia por VIH
- Herpes simplex: úlcera mucocutânea crónica (duração > 1 mês), bronquite, pneumonite ou esofagite, em indivíduo com idade superior a 1 mês.
- Histoplasmosse disseminada ou extra-pulmonar
- Infeções bacterianas, múltiplas ou recorrentes, em criança com idade < 13* anos
- Isosporíase intestinal crónica (com diarreia de duração superior a 1 mês)
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Linfoma de Burkitt (ou designação equivalente)
- Linfoma imunoblástico (ou designação equivalente)
- Linfoma, primitivo, do cérebro
- *Mycobacterium avium complex* (MAC) ou *Mycobacterium kansasii* disseminado ou extrapulmonar
- *Mycobacterium*, infeção por outras espécies ou espécies não identificadas, disseminada ou extrapulmonar
- Pneumonia bacteriana recorrente (pelo menos dois episódios em 12 meses), em adulto ou adolescente com idade > 13* anos
- Pneumonia intersticial linfoide e/ou hiperplasia linfoide pulmonar (complexo PIL/HLP) numa criança idade < 13* anos.
- Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (ex *Pneumocystis carinii*)
- Retinite por citomegalovírus, com perda de visão
- Sarcoma de Kaposi
- Septicemia, recorrente, por *Salmonella* (não tifóide)
- Síndrome de emaciação por VIH
- Toxoplasmose cerebral, em doente com mais de 1 mês de idade
- Tuberculose extra-pulmonar
- Tuberculose pulmonar, em adulto ou adolescente com idade > 13* anos

Nota: * A definição europeia de caso de SIDA, na sua actualização publicada em 2012, alterou dos 13 anos para os 15 anos, a idade limite usada na classificação de casos como pediátricos ou adolescentes/adultos.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt



Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal
Tel.: (+351) 217 519 200
Fax: (+351) 217 526 400
E-mail: info@insa.min-saude.pt
www.insa.pt