

INFEÇÃO VIH E SIDA EM PORTUGAL

– 2020 –



INFEÇÃO VIH E SIDA EM PORTUGAL

– 2020 –

Ficha técnica

Título: Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2020

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 – 2020. Lisboa: DGS/INSA; 2020

Editor: DGS/INSA

Coordenação técnica editorial: INSA

Composição gráfica: Francisco Tellechea, INSA

Colaborações:

DGS

Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA

Isabel Aldir, Joana Bettencourt e Ana Fernandes

Divisão de Epidemiologia e Estatística

Rita Sá Machado e Marina Ramos

INSA

Departamento de Doenças Infecciosas

Helena Cortes Martins e Celeste Moura

Departamento de Epidemiologia

Rita Roquette

Lisboa, novembro de 2020

ISBN(ebook): 978-989-8794-76-5

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	23
I.1. Informação epidemiológica referente ao ano 2019	23
I.1.1. Novos casos de infeção por VIH	23
I.1.2. Novos casos de SIDA	31
I.1.3. Óbitos ocorridos em 2019	35
I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2019)	37
I.2.1. Casos de infeção por VIH	37
I.2.2. Casos de SIDA	55
I.2.3. Óbitos nos casos de infeção por VIH e SIDA	62
Capítulo II – Pessoas que vivem com VIH	65
II.1. Estimativas nacionais	67
II. 2. Estimativas para as cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH	70
Capítulo III – Prevenção e rastreio	77
III.1. Prevenção	79
III.2. Rastreio, diagnóstico e referenciação	82
. Conclusões e perspetivas futuras	87
. Referências	91
. Anexos	93
I - Definição nacional de caso de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	95
II - Lista das doenças definidoras de SIDA	96

Quadros

Quadro 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2019.....	25
Quadro 2 – Novos casos de infeção por VIH ≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.....	25
Quadro 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.....	26
Quadro 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.....	27
Quadro 5 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por origem geográfica e sexo.....	27
Quadro 6 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por modo de transmissão e sexo.....	28
Quadro 7 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por estágio inicial e sexo.....	29
Quadro 8 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais de acordo com o sexo e para as principais formas de transmissão.....	30
Quadro 9 – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2019.....	31
Quadro 10 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.....	32
Quadro 11 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.....	32
Quadro 12 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.....	33
Quadro 13 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por origem geográfica e sexo.....	33
Quadro 14 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por modo de transmissão e sexo.....	34
Quadro 15 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, de acordo com sexo.....	34
Quadro 16 – Óbitos ocorridos em 2019: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.....	36
Quadro 17 – Óbitos ocorridos em 2019: distribuição por sexo e modo de transmissão.....	36
Quadro 18 – Óbitos ocorridos em 2019: 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.....	36
Quadro 19 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição segundo ano de diagnóstico e sexo.....	38
Quadro 20 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.....	41
Quadro 21 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação do estágio inicial.....	43
Quadro 22 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.....	44
Quadro 23 – Casos de infeção por VIH (2009-2019): taxa de novos casos por 10 ⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.....	45
Quadro 24 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2015-2019) nos 15 municípios do continente com as taxas mais elevadas.....	46
Quadro 25 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição segundo o estágio inicial e ano de diagnóstico.....	48
Quadro 26 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.....	50

Quadro 27 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.....	52
Quadro 28 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2019): distribuição por sexo e ano de diagnóstico.....	53
Quadro 29 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2019): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.....	53
Quadro 30 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2019): distribuição por origem geográfica e ano de diagnóstico.....	53
Quadro 31 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2019): distribuição por modo de transmissão e ano de diagnóstico.....	54
Quadro 32 – Casos de SIDA (1983-2019): distribuição por sexo, segundo ano de diagnóstico do estágio.....	55
Quadro 33 – Casos de SIDA (1983-2019): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.....	57
Quadro 34 – Casos de SIDA (1983-2019): distribuição segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.....	58
Quadro 35 – Casos de SIDA (2009-2019): 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 (1983-2019): 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 (1984-2019): distribuição por ano de morte.....	62
Quadro 38 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano de morte.....	63
Quadro 39 – Resultados das estimativas nacionais para o ano 2018: total e por modo de transmissão.....	69

Figuras

Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: proporção por grupo etário para as principais formas de transmissão.....	26
Figura 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: proporção segundo a origem geográfica dos indivíduos para as principais formas de transmissão.....	28
Figura 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: proporção por sexo e modo de transmissão.....	29
Figura 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: proporção de diagnósticos tardios (TCD4+<350 células/mm ³) de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.....	31
Figura 5 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥15 anos) diagnosticados em 2019: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.....	35
Figura 6 – Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2019): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.....	37
Figura 7 – Casos de infeção por VIH (2000-2019): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.....	39
Figura 8 – Casos de infeção por VIH (2000-2019): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.....	39
Figura 9 – Casos de infeção por VIH (2000-2019): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.....	40
Figura 10 – Casos de infeção por VIH (2010-2019): distribuição do número absoluto (A), proporção (B) e taxa (C) de novos casos por grupo etário e ano de diagnóstico.....	42

Figura 11 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2014-2019) por região NUTS III do continente.....	44
Figura 12 – Casos de infeção por VIH (2009-2019): distribuição do número absoluto (A) e percentual (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.....	47
Figura 13 – Casos de infeção por VIH (2010-2019): 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).....	48
Figura 14 – Casos de infeção por VIH (2013-2019): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico, nas principais formas de transmissão.....	49
Figura 15 – Casos de infeção por VIH (1983 a 2019), distribuição segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.....	51
Figura 16 – Casos de infeção por VIH em homens (2000-2019): distribuição percentual segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.....	51
Figura 17 – Casos de SIDA (2000-2019): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.....	56
Figura 18 – Casos de SIDA (2000-2019): taxa de novos casos notificados por ano de diagnóstico do estágio e sexo.....	56
Figura 19 – Taxa média de novos diagnósticos de SIDA (2015-2019) por região NUTS III do continente.....	59
Figura 20 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2010-2019): tendências temporais na frequência de diagnóstico.....	61
Figura 21 – Óbitos em casos de infeção por VIH (2000-2019): distribuição percentual de acordo com o tempo entre o diagnóstico e a morte, segundo o ano de morte.....	63
Figura 22 – Tendências temporais na prevalência da infeção por VIH e frações diagnosticada e não diagnosticada.....	68
Figura 23 – Tendências temporais na incidência estimada da infeção por VIH.....	68
Figura 24 – Preservativos masculinos e femininos: tendências temporais do número de preservativos distribuídos.....	79
Figura 25 – Seringas distribuídas/trocadas: tendências temporais do número de seringas distribuídas/trocadas por tipologia de estruturas.....	80
Figura 26 – Testes rápidos realizados nos Cuidados de Saúde Primários: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.....	82
Figura 27 – Testes rápidos realizados nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.....	83
Figura 28 – Testes rápidos realizados em Organizações não-governamentais e de base comunitária: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.....	83
Figura 29 – N.º de unidades de autotestes para VIH dispensados nas farmácias comunitárias: tendências temporais.....	84

Resumo

Como anteriormente, o relatório conjunto da DGS e INSA apresenta os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, bem como os resultados das estimativas relativas à epidemia nacional para o ano 2018 e as iniciativas de prevenção e rastreio em curso no país.

Durante o ano 2019, de acordo com as notificações efetuadas até 30 de junho de 2020, foram diagnosticados em Portugal 778 novos casos de infeção por VIH, o que corresponde a uma taxa de 7,6 casos por 10^5 habitantes, não ajustada para o atraso da notificação. A maioria dos casos correspondiam a homens (2,3 casos por cada caso comunicado em mulheres), a mediana das idades à data do diagnóstico foi de 38,0 anos e em 24,1% dos novos casos os indivíduos tinham idades ≥ 50 anos. A idade mediana mais baixa (30,0 anos) foi apurada nos casos em homens que têm relações sexuais com homens (HSH), estes correspondem a 65,2% 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, 22,1 casos por 10^5 habitantes. A residência de 50,4% dos indivíduos situava-se na Área Metropolitana de Lisboa (13,7 casos/ 10^5 habitantes) e a região do Algarve apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (13,5 casos/ 10^5 habitantes). A maioria dos novos casos ocorreu em indivíduos naturais de Portugal (55,7%). Embora a transmissão heterossexual se mantenha como a mais frequente, os casos em HSH constituíram a maioria dos novos diagnósticos em homens (56,7%). Na primeira avaliação clínica predominaram os casos assintomáticos, contudo, em 15,0% houve um diagnóstico concomitante de SIDA e 49,7% apresentaram-se tardiamente ($CD4 < 350$ cél/ mm^3). Durante o ano 2019 foram também diagnosticados 172 novos casos de SIDA (1,7 casos/ 10^5 habitantes). A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* foi a doença definidora de SIDA mais frequente, sendo referida em 37,8% dos casos. Foram ainda notificados 197 óbitos ocorridos em 2019, 22,8% dos quais ocorreram nos cinco anos subsequentes ao diagnóstico da infeção.

Entre 1983 e 2019 foram diagnosticados em Portugal 61433 casos de infeção por VIH, dos quais 22835 atingiram estágio SIDA. Entre 2009 e 2018 observou-se uma redução de 47% no número de novos casos de infeção por VIH e de 65% em novos casos de SIDA. Não obstante esta tendência decrescente sustentada, Portugal destaca-se pelas elevadas taxas de novos casos de infeção VIH e SIDA entre os países da Europa ocidental. Como em anos anteriores, o número de novos diagnósticos de infeção por VIH em HSH de idades jovens continua a constituir motivo de particular atenção, reforçando a necessidade de estratégias dirigidas a esta população. Muito embora a evolução em termos de diagnósticos tardios seja encorajadora, o facto de quase metade dos casos serem diagnosticados tardiamente, com particular expressão entre os homens heterossexu-

ais, continua a ser um dado merecedor de toda a atenção e a justificar o investimento em termos de prevenção e promoção do diagnóstico.

As estimativas realizadas para o ano 2018 revelaram que, em Portugal, viviam 41305 pessoas com infeção por VIH, 6,8% das quais não diagnosticadas. A proporção de infeções não diagnosticadas era mais elevada para os casos em homens heterossexuais (13,1%) e mais baixa em utilizadores de drogas injetadas (UDI) (1,4%). O tempo médio entre a infeção e o diagnóstico era 3,4 anos, no final de 2018. Foram pela primeira vez efetuadas estimativas para as 10 cidades portuguesas que aderiram à iniciativa “Cidades na Via Rápida para acabar com a epidemia de VIH”.

Em 2019, foram distribuídos, através do Programa Nacional para a Infeção VIH e Sida (PNVIHSIDA), cerca de cinco milhões e meio de preservativos masculinos e femininos e mais de um milhão e quinhentas mil embalagens de gel lubrificante. No âmbito do Programa Troca de Seringas (PTS) foram distribuídas mais de um milhão e quatrocentas mil seringas entre a população utilizadora de drogas injetadas.

Foram realizados mais de sessenta e seis mil testes rápidos para VIH em diversas estruturas de saúde e estruturas comunitárias, mantendo-se a tendência crescente do número de testes rápidos realizados, numa clara aposta na promoção do acesso atempado ao rastreio e diagnóstico da infeção. Adicionalmente, foram dispensados 3.292 unidades de autoteste para VIH pelas farmácias comunitárias, entre outubro de 2019 e agosto de 2020.

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 and data on prevention and testing initiatives.

In 2019, 778 new HIV infection cases were diagnosed in Portugal, corresponding to a rate of 7.6 new cases/10⁵ inhabitants, not adjusted for reporting delay. Those diagnoses were 2.3 times more frequent in men than in women. The median age of recently diagnosed individuals was 38.0 years and in 24.1% of the cases subjects were aged 50 years or older. The lowest median age was found among men who have sex with men (MSM) cases (30.0 y/o) which correspond to 65.2% of cases diagnosed in individuals under the age of 30 years. The highest diagnosis rate occurred among the 25-29 y/o age group (22.1 cases/10⁵ inhabitants). 50.4% of subjects with a new diagnose of HIV infection resided in Lisbon Metropolitan Area (13.7 cases/10⁵ inhabitants) and the second larger rate of diagnoses was identified in Algarve region (13.5 cases/10⁵ inhabitants). Most cases occurred in subjects born in Portugal (55.7%). As observed in previous years, cases of heterosexual transmission prevailed, however, cases in MSM account for 56.7% of the new diagnoses in men. Clinical characteristics of newly diagnosed cases indicate that the majority was asymptomatic, a concurrent AIDS diagnosis occurred in 15.0% of cases and 49.7% of individuals were late presenters (TCD4+<350 cells/mm³).

One hundred and seventy two new AIDS cases were diagnosed in individuals aged ≥15 years (1.7 cases/10⁵ inhabitants) during 2019. *Pneumocystis pneumonia* was the most frequently reported AIDS-defining illness, reported in 37.8% of AIDS cases. In 2019, 197 deaths occurred in subjects with HIV infection, 22.8% of those happening in the five years following diagnosis.

Between 1983 and 2019, 61433 cases of HIV infection were cumulatively diagnosed in Portugal, of those 22835 AIDS cases. Temporal trends show that between 2009 and 2018 both new HIV and AIDS diagnoses have declined, respectively 47% and 65%. Despite this downward trend, Portugal still exhibits one of the highest rates of new HIV and AIDS diagnosis among European Union countries. As in previous years, the number of new HIV diagnoses in young MSM draw attention and reinforce the need for focused strategies for this specific population. Although the proportion of late diagnoses has slightly decreased, almost half of new cases are in that category, with a higher proportion among heterosexual men, highlighting the importance of investment in prevention and testing promotion.

National estimates revealed that 41305 persons were living with HIV in Portugal by the end of 2018, 6.8% of those undiagnosed. The highest proportion of undiagnosed infections was found to be among heterosexual males (13.1%) and the lowest among IDU (1.4%). Estimated mean time

from infection to diagnosis was 3.4 years. Estimates for the 10 Portuguese cities that have subscribed Fast Track Cities initiative are presented in this report.

National Programme for HIV and AIDS activities concerning prevention during 2019 included the supply of 5.5 million of male and female condoms and 1.5 million lubricant gel, the highest number in recent years, and the distribution of 1.4 million syringes among intravenous drug users population through the needle exchange programme. Testing initiatives supported by the Programme maintained an increasing trend and approximately 66.000 rapid tests were performed in different settings that include primary healthcare sector and community organizations. Self-test devices, entered the market in October 2019 and community pharmacies reported to have sold 3.292 units until August 2020.

Lista de siglas e abreviaturas

- A.M. – Área Metropolitana
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ARS – Administrações Regionais de Saúde
- CAD – Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
- COVID-19 – *Coronavirus Disease*; Doença por Coronavírus, 2019
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DIQ – Dispersão interquartil
- ECDC – *European Centre for Diseases Prevention and Control*
- HSH – Homens que fazem sexo com outros homens
- ERRMD – Equipas de redução de risco e minimização de danos
- IAG – Primo-infeção ou infeção aguda
- 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
- PNVIHSIDA – Programa Nacional para a infeção por VIH e SIDA
- PPE – Profilaxia pós-exposição
- PPj – Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*
- PrEP – *Pre Exposure Prophylaxis* – Profilaxia pré-exposição
- PTS – Programa Troca de Seringas
- R.A. – Região Autónoma
- SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome* / Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus – 2.
- 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), durante o ano de 2019.

À semelhança do ocorrido no ano anterior, a Direção-Geral da Saúde (DGS), através do PNVIH-SIDA, e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) decidiram editar um relatório conjunto que une a vigilância epidemiológica e a monitorização das políticas de saúde e das intervenções específicas destinadas a mitigar o impacto da epidemia por VIH, conquanto estas são duas vertentes complementares que convergem para o mesmo desiderato, acabar com a epidemia por VIH e SIDA em Portugal.

A elaboração deste relatório ocorre numa época singular, em que a humanidade se vê confrontada com a pandemia da COVID-19 provocada pelo SARS-CoV-2, o seu impacto fez-se notar nas mais diversas dimensões, algumas já expectáveis, outras completamente surpreendentes.

É antecipável que a repercussão em termos da distribuição de materiais preventivos e informativos, de rastreios e de consultas no âmbito da profilaxia pré-exposição (PrEP) se venha a notar a quando da elaboração do relatório referente aos dados de 2020, refletindo períodos de maior ou menor confinamento, receios, perceção de risco e reequacionamento de prioridades por parte da população e dos serviços de saúde.

Pese embora este relatório diga respeito a um período anterior à pandemia, a sua repercussão se fez sentir particularmente na capacidade de recolha de informação, nomeadamente de informação de qualidade revelando-se um autêntico desafio nem sempre possível de ultrapassar.

Efetivamente, foi impossível a obtenção de informação que permitisse, com o rigor necessário, monitorizar o número de pessoas que se encontram em tratamento e, de entre elas, o número de pessoas com carga viral indetetável (os denominados segundos e terceiros 90 das metas preconizadas pela ONUSIDA), bem como o número de pessoas que se encontram a fazer PrEP. A informação extraída de forma automática através das aplicações informáticas carecia de validação por parte das instituições de saúde e, estando os diversos hospitais completamente absorvidos na prestação de cuidados diretos aos doentes, não se encontraram reunidas as condições para se lhes solicitar esse esforço adicional.

Mas verificaram-se aspetos positivos, tendo a necessária adaptação e redesenho da forma de atendimento e disponibilização da terapêutica antirretroviral às pessoas que vivem com VIH, e outras soluções encontradas nos diferentes níveis de prestação de serviços representam, na realidade, uma oportunidade de melhoria que se pretende manter e melhorar no futuro.

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 12513-B/2019, da DGS publicado em 31 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 2019, 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.

Ainda, na preparação dos referidos ficheiros só são considerados os casos de infeção por VIH-1.

Enquanto para as estimativas nacionais são utilizados todos os casos registados na base, com os ajustes já indicados, para a estimativa relativa a cada cidade foram apenas selecionados os casos que referiam morada no concelho em questão, à data da notificação.

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 (PTS) 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, 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.

Os dados referentes aos testes rápidos realizados em contexto de farmácia comunitária assim como a informação respeitante às unidades de autotestes de VIH dispensados são disponibilizados pela Associação Nacional das Farmácias.

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

CAPÍTULO I

Vigilância epidemiológica

I.1. Informação epidemiológica referente ao ano 2019

I.1.1 Novos casos de infeção por VIH

Até 30 de junho de 2020 foram recebidas no INSA notificações referentes a 778 novos casos de infeção por VIH em que o diagnóstico ocorreu entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2019, todos registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos ([quadro 1](#)). A taxa de novos diagnósticos apurada para o ano em análise é de 7,6 novos casos por 10⁵ habitantes, não corrigida para o atraso de notificação.

Entre 1 de julho de 2019 e 30 de junho de 2020, foram também rececionadas 742 notificações de casos com diagnóstico em anos anteriores e que estavam em atraso.

Quadro 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2019.

	Nº de casos
Adolescentes e adultos (≥15 anos)	778
Crianças (<15 anos)	0
Total	778

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

Os 778 casos diagnosticados durante o ano 2019 em adolescentes e adultos, ocorreram maioritariamente em homens (n=539; 69,3%), representando os casos em mulheres apenas 30,7% (n=239) do total, o que corresponde a um ratio homem/mulher (H/M) de 2,3.

A idade à data de diagnóstico situou-se entre os 25 e os 49 anos em 64,8% dos novos casos, enquanto 24,2% foram diagnosticados em indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos. Embora o maior número de novos diagnósticos tenha ocorrido em indivíduos com idades entre 30 e 39 anos ([quadro 2](#)), a taxa mais elevada, 22,1 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, respetivamente, 33,3 casos/10⁵ homens e 10,9 casos/10⁵ mulheres, a ocorrerem no referido grupo etário.

Quadro 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	Nº Casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes	Nº Casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes	Nº Casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes
15-19 anos	8	1,5	2,9	6	2,5	2,2	14	1,8	2,6
20-24 anos	61	11,3	21,9	11	4,6	4,1	72	9,3	13,1
25-29 anos	91	16,9	33,3	30	12,6	10,9	121	15,6	22,1
30-39 anos	139	25,8	23,1	67	28,0	10,5	206	26,5	16,6
40-49 anos	119	22,1	15,9	58	24,3	7,0	177	22,8	11,2
50-59 anos	80	14,8	11,5	40	16,7	5,1	120	15,4	8,1
≥ 60 anos	41	7,6	3,2	27	11,3	1,6	68	8,7	2,3
Total	539	100,0	11,1	239	100,0	4,4	778	100,0	7,6

A idade mediana à data do diagnóstico, apurada para o total de casos diagnosticados em adolescentes e adultos, foi de 38,0 anos (Dispersão Interquartil-DIQ: 29,0-49,0) (quadro 3). Os casos relativos a homens que têm sexo com outros homens (HSH), apresentaram uma mediana de idades 13 anos inferior à apurada para os casos que referem transmissão heterossexual ou para os casos registados em utilizadores de drogas injetadas (UDI), padrão este já observado nos anos mais recentes. Em 45,6% (135/296) dos casos de transmissão entre HSH a idade à data de diagnóstico foi inferior a 30 anos, enquanto apenas 15,2% (66/433) dos casos de transmissão por contacto heterossexual foram diagnosticados em indivíduos com idades equivalentes (figura 1). Ainda, 65,2% (135/207) dos casos diagnosticados em indivíduos com idades entre 15 e 29 anos referiam transmissão por relações sexuais entre homens. Por outro lado, 34,9% (151/433) dos casos em que a transmissão ocorreu por contacto heterossexual regista-

ram-se em indivíduos com 50 ou mais anos, correspondendo a 80,3% (151/188) dos novos casos registados em indivíduos desse grupo etário.

Quadro 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os novos casos (≥15 anos)	38,0	29,0	49,0
Homens	38,0	28,0	48,0
Mulheres	40,0	32,0	51,0
Heterossexual	43,0	34,0	54,0
HSH	30,0	25,0	39,5
UDI	43,0	31,0	47,0

Legenda: DIQ – Dispersão interquartil

De entre os novos casos com informação relativa à residência, verifica-se que a Área Metropolitana (A.M.) de Lisboa, de acordo com a definição dada pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II

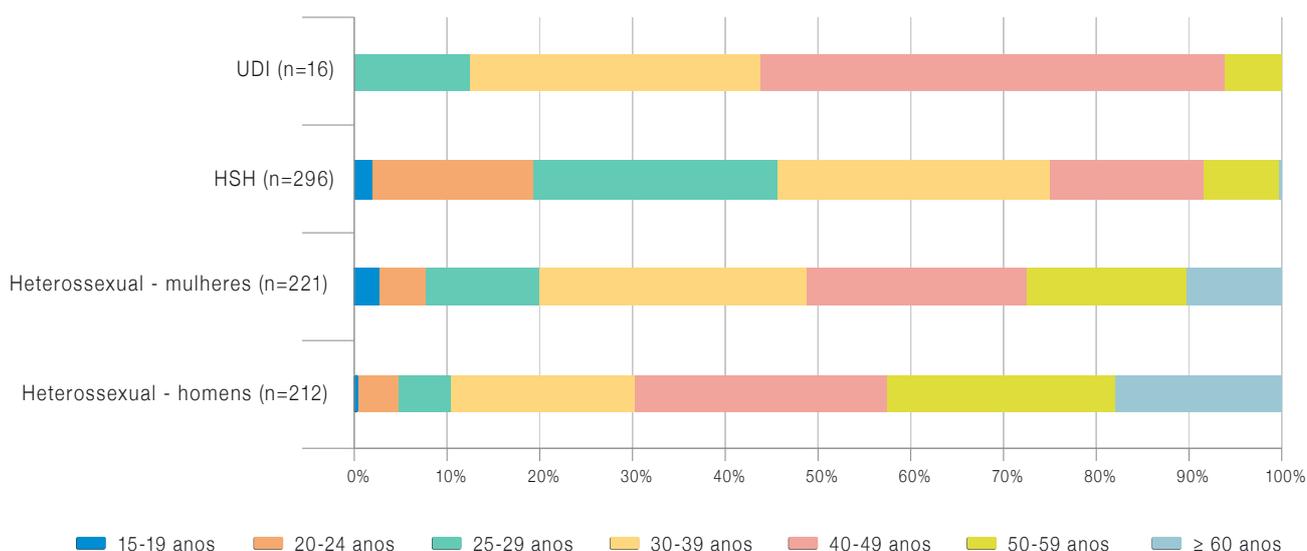


Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: proporção por grupo etário para as principais formas de transmissão.

de 2013⁷, foi a região com maior proporção de novos casos (50,4%; 391/775) e também a que registou a taxa mais elevada de novos diagnósticos (13,7 casos/10⁵ habitantes) (quadro 4). A análise das taxas de novos diagnósticos por distrito revelou que os três distritos com as taxas mais elevadas foram o distrito de Lisboa (15,5 casos/10⁵ habitantes), o distrito de Faro (13,5 casos/10⁵ habitantes) e o distrito de Portalegre (7,7 casos/10⁵ habitantes).

Quadro 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	Nº Casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes
Norte	162	20,8	4,5
Centro	110	14,1	5,0
Área Metropolitana de Lisboa	391	50,3	13,7
Alentejo	26	3,3	3,7
Algarve	59	7,6	13,5
Região Autónoma dos Açores	11	1,4	4,5
Região Autónoma da Madeira	9	1,2	3,5
Residência no estrangeiro	7	0,9	na
Sem informação	3	0,4	na
Total	778	100,0	7,6

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 761 casos e Portugal foi indicado como país de naturalidade na sua maioria (56,9%; 433/761). Dos 328 casos que referiam ter nascido noutra país, 51,2% eram originários de países situados na África subsariana e 39,9% de países da América Latina. A estratificação por sexo revelou uma proporção de casos nascidos fora de Portugal mais elevada entre as mulheres 52,3% (125/239), do que a observada para os homens (37,7%; 203/539). Nos homens nascidos fora de Portugal o maior número de casos ocorreu em indivíduos originários da América Latina (119/203; 58,6%), enquanto que as mulheres

Quadro 5 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	323	59,9	110	46,0	433	55,7
África Subsariana	63	11,7	105	43,9	168	21,6
América latina	119	22,1	12	5,0	131	16,8
Europa Ocidental	11	2,0	3	1,3	14	1,8
Europa Central	2	0,4	0	0,0	2	0,3
Europa de Leste	4	0,7	4	1,7	8	1,0
Outra	4	0,7	1	0,4	5	0,6
Sem informação	13	2,4	4	1,7	17	2,2
Total	539	100,0	239	100,0	778	100,0

nascidas fora de Portugal eram, maioritariamente, originárias de países africanos (84,0%; 105/125).

A análise da informação referente à região de naturalidade, desagregada para as três principais formas de transmissão (figura 2), revelou que nos casos de transmissão heterossexual em mulheres, 46,5% eram oriundas de países da África subsariana, enquanto que nos casos de transmissão heterossexual em homens 62,7% nasceram em Portugal. Nos casos de transmissão em UDI e HSH predominou a naturalidade Portuguesa, contudo, observa-se que nos 123 casos em HSH com naturalidade conhecida e diferente de Portugal, 103 (83,7%) eram originários da América Latina.

Foi possível recolher informação referente ao tipo de vírus identificado, em 760 (97,7%) dos novos casos notificados e em 735 destes (96,7%) a infeção era causada por VIH do tipo 1 (VIH-1). Em 2019 foram diagnosticadas 24 infeções por VIH do tipo 2 (VIH-2). Esses diagnósticos ocorreram maioritariamente em mulheres (83,3%; 20/24), em indivíduos com 50 ou mais anos (66,6%; 16/24) e em nascidos na Guiné-Bissau (75,0%; 18/24).

Considerando os 749 novos casos com diagnóstico em 2019 em que a informação referente ao modo de transmissão não estava omissa, a análise estratificada revelou que em 729 (97,3%) a transmissão ocorreu por contatos sexuais de risco (quadro 6). Ainda, mostrou

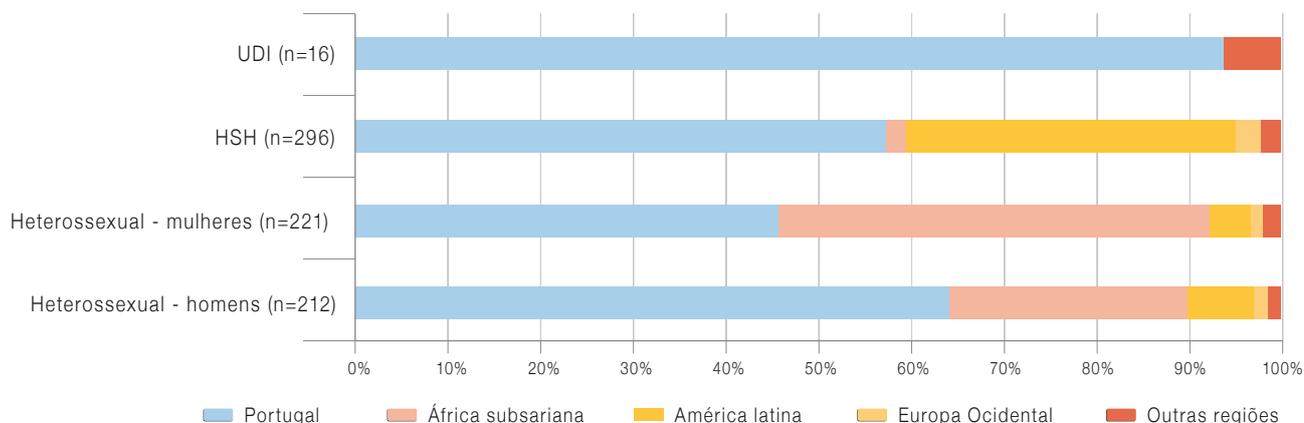


Figura 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: proporção segundo a origem geográfica dos indivíduos, para as principais formas de transmissão.

Quadro 6 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	212	39,3	221	92,5	433	55,7
HSH	296	54,9	0	-	296	38,0
UDI	13	2,4	3	-	16	2,1
Outra	1	0,2	3	1,3	4	0,5
Desconhecido	17	3,2	12	5,0	29	3,7
Total	539	100,0	239	100,0	778	100,0

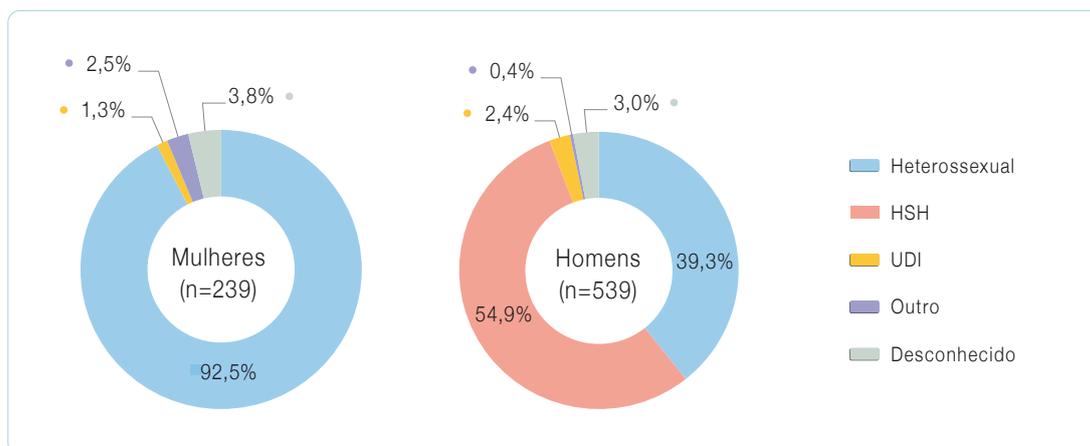


Figura 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: proporção por sexo e modo de transmissão.

que em 57,8% (433/749) dos casos foi apurada transmissão por contacto heterossexual, em 39,5% (296/749) transmissão decorrente de relações sexuais entre homens e em 2,1% (16/749) transmissão associada ao consumo de drogas injetadas.

Na figura 3 é ilustrada a distribuição percentual dos novos casos por categoria de transmissão e sexo. Os casos com diagnóstico em 2019 associados a transmissão por relações sexuais entre homens (n=296) constituíram 54,9% dos novos diagnósticos em homens, valor que ascende a 56,7% se forem considerados apenas os casos com informação sobre a categoria de transmissão (n=523).

A informação relativa ao estágio apurado na avaliação clínica inicial esteve disponível em 754 dos 778 casos com diagnóstico no ano em análise (96,9%), sendo maioritariamente assintómicos (64,0%). Identificaram-se 55 casos em que o diagnóstico foi efetuado na fase aguda da infeção, 89,1% (49/55) dos quais correspondiam a homens, e nestes, 73,5% (36/49) referiam transmissão por relações sexuais com outros homens, e ainda em 15,0% ocorreu um diagnóstico concomitante de SIDA. A estratificação por sexo revelou diferenças nas proporções dos casos nos diferentes estádios (quadro 7).

Quadro 7 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por estágio inicial e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Infeção Aguda	49	9,1	6	2,5	55	7,1
Portador Assintomático	335	62,2	163	68,2	498	64,0
Sintomático Não-SIDA	57	10,6	27	11,3	84	10,8
SIDA	80	14,8	37	15,5	117	15,0
Sem informação	18	3,3	6	2,5	24	3,1
Total	539	100,0	239	100,0	778	100,0

A informação referente ao número de células TCD4+ da primeira avaliação clínica, importante para apuramento da percentagem de diagnósticos tardios, esteve disponível para 77,9% dos casos diagnosticados em 2019. Foram excluídos desta análise 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 49,7% 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 (51,2%) e nos casos de transmissão heterossexual (56,7%).

Em 30,9% dos casos observaram-se valores <200 células/mm³, indicador de doença avançada⁸, proporção que também nos casos de transmissão heterossexual ascendeu a 37,0%.

Na figura 4 resumiu-se a informação relativa à proporção de diagnósticos tardios para dife-

rentes variáveis. À semelhança do observado nos anos anteriores, verifica-se que a estratificação por sexo revela diferença, contudo, sem significado estatístico. A variável idade à data de diagnóstico revela uma tendência crescente nas proporções, acompanhando o aumento da idade e atingindo o valor de 68,1% nos casos com idades de 50 ou mais anos. Merecem relevo a proporção de diagnósticos tardios em casos do sexo masculino referindo transmissão heterossexual (67,3%), que é significativamente superior à observada em mulheres que indicam o mesmo modo de transmissão (46,8%), bem como, e à semelhança do verificado nos anos mais recentes, a menor proporção de diagnósticos tardios entre os casos em HSH (38,3%). Relativamente à origem geográfica, constata-se que nenhum dos casos nascidos em países Europeus apresentou valores nas contagens de linfócitos TCD4+ compatíveis com diagnóstico tardio. A região de residência em que se observou a percentagem mais elevada de diagnósticos tardios foi a Região Centro, 71,4%.

Quadro 8 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: 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+	379	77,3	184	79,0	330	79,3	206	79,2	12	75,0	563	77,9
Nº células TCD4+ <350 cél/mm ³	194	51,2	86	46,7	187	56,7	79	38,3	5	41,7	280	49,7
Nº células TCD4+ <200 cél/mm ³	116	27,8	58	30,5	122	37,0	42	20,4	4	33,3	174	30,9

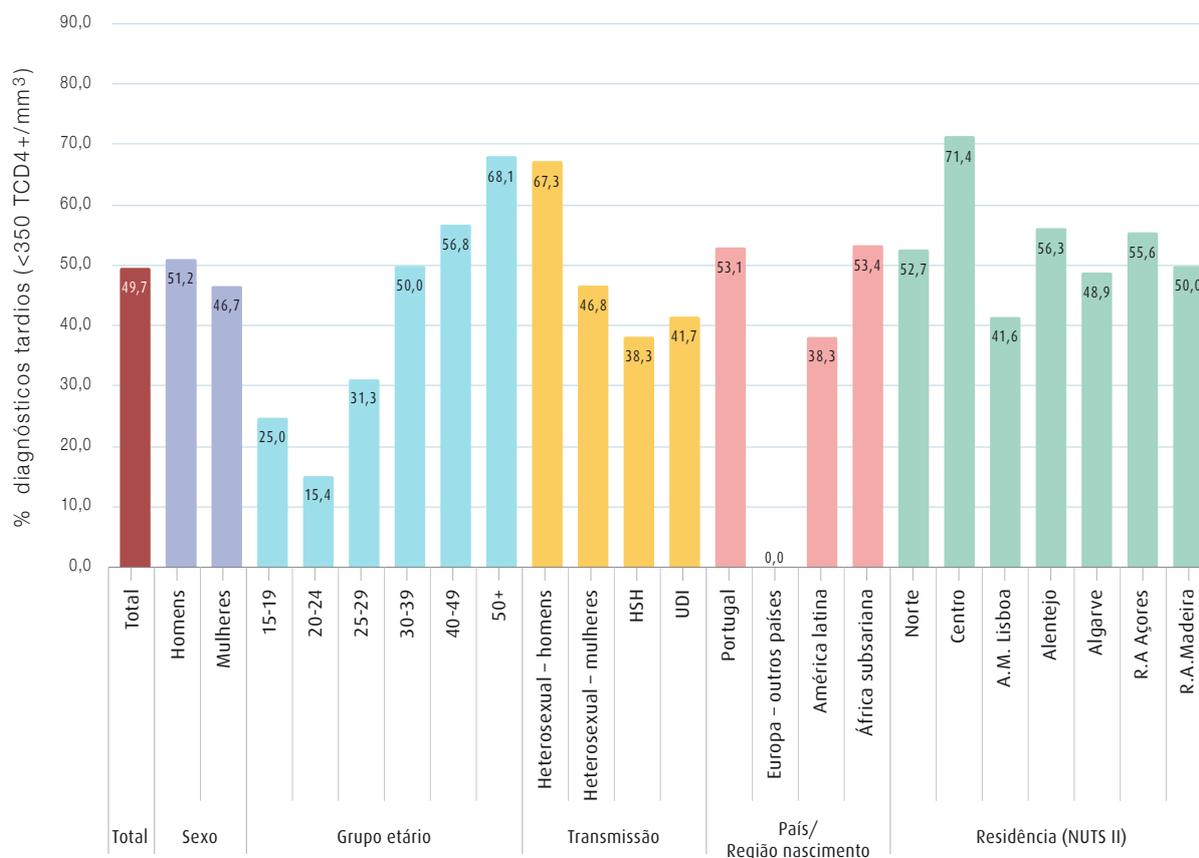


Figura 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2019: proporção de diagnósticos tardios (TCD4+<350 cél/mm³) de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.

1.1.2. Novos casos de SIDA

Durante o ano 2019 foram diagnosticados 172 novos casos de SIDA, todos em adolescentes ou adultos com idades iguais ou superiores a 15 anos (quadro 9). A taxa de novos diagnósticos de SIDA foi assim de 1,7 novos casos de SIDA/10⁵ habitantes. O diagnóstico de SIDA foi concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH na maioria dos casos (n=117; 68,0%); nos restantes (32,0%; n=55) verificou-se evolução para estágio SIDA em casos em que o diagnóstico da infeção ocorreu em anos precedentes.

Quadro 9 – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2019.

	Nº Casos
Adultos (≥15 anos)	172
Crianças (<15 anos)	0
Total	172

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

Dos 172 casos de SIDA diagnosticados em 2019, 112 (65,1%) registaram-se em homens e 60 (34,9%) em mulheres, o que revela um *ratio* H/M de 1,9.

A maioria dos novos casos de SIDA (69,2%) ocorreu em indivíduos com idades igual ou superior a 40 anos. A incidência mais elevada, 3,9 casos/10⁵ habitantes, observou-se no grupo etário 40-49 anos. A desagregação por

sexo revelou para os homens um padrão idêntico (40-49 anos – 5,3 casos/10⁵ habitantes) enquanto que nas mulheres a incidência mais elevada foi observada no escalão 30-39 anos (3,1 casos/10⁵ habitantes) (quadro 10). A idade mediana à data do diagnóstico de SIDA para o total de novos casos de 2019 foi de 45,0 anos (DIQ: 38,0-52,5) (quadro 11). A mediana de idades apurada para os casos de SIDA em homens e para os casos com transmissão heterossexual foi de 46,0 anos, sendo mais elevada do que a encontrada para as mulheres ou para as outras formas de transmissão.

Quadro 10 - Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	Nº Casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes	Nº Casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes	Nº Casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes
15-19 anos	0	-	0,0	1	1,7	-	1	0,6	-
20-24 anos	2	1,8	0,7	0	0,0	0,0	2	1,2	0,4
25-29 anos	8	7,1	2,9	1	1,7	0,4	9	5,2	1,6
30-39 anos	21	18,8	3,5	20	33,3	3,1	41	23,8	3,3
40-49 anos	40	35,7	5,3	21	35,0	2,5	61	35,5	3,9
50-59 anos	27	24,1	3,9	10	16,7	1,3	37	21,5	2,5
≥ 60 anos	14	12,5	1,1	7	11,7	0,4	21	12,2	0,7
Total	112	100,0	2,3	60	100,0	1,1	172	100,0	1,7

Quadro 11 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os novos casos de SIDA (≥15 anos)	45,0	38,0	52,5
Homens	46,0	38,0	53,5
Mulheres	43,0	38,0	50,5
Heterossexual	46,0	39,0	53,0
HSH	37,0	30,0	50,0
UDI	45,0	43,0	48,0

Legenda: DIQ – Dispersão interquartil

A distribuição dos novos casos de SIDA por região NUTS II da residência à data da notificação, mostrada no [quadro 12](#), revela que o maior número de diagnósticos de SIDA (n=88) ocorreu na Área Metropolitana de Lisboa, no entanto, a incidência de SIDA mais elevada verificou-se na região do Algarve (3,4 casos de SIDA/10⁵ habitantes).

Da informação relativa ao país de nascimento ([quadro 13](#)) apurou-se que a maioria dos novos casos de SIDA de 2019 (52,3%) registou-se em

indivíduos nascidos em Portugal. Contudo, a estratificação por sexo mostrou que a proporção de indivíduos nascidos fora de Portugal foi maioritária nos casos de SIDA em mulheres (60,0%).

A desagregação dos novos casos de SIDA por modo de transmissão é apresentada no [quadro 14](#) e mostra que 121 dos 164 casos em que a via de transmissão é conhecida (73,8%) ocorreram em indivíduos que contraíram a infeção por contacto heterossexual.

Quadro 12 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II).

Região NUTS II	Nº Casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes
Norte	33	19,2	0,9
Centro	27	15,7	1,2
Área Metropolitana de Lisboa	88	51,2	3,1
Alentejo	1	0,6	0,1
Algarve	15	8,7	3,4
Região Autónoma dos Açores	1	0,6	0,4
Região Autónoma da Madeira	2	1,2	0,8
Residência no estrangeiro	2	1,2	n.a.
Sem informação	3	1,7	n.a.
Total	172	100,0	1,7

Quadro 13 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%
Portugal	66	58,9	24	40,0	90	52,3
África subsariana	28	25,0	30	50,0	58	33,7
América Latina	10	8,9	5	8,3	15	8,7
Europa Ocidental	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Europa de Leste	0	0,0	1	1,7	1	0,6
Outra	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Sem informação	6	5,4	0	0,0	6	3,5
Total	112	100,0	60	100,0	172	100,0

Quadro 14 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2019: distribuição por origem geográfica e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	69	61,6	52	86,7	121	70,3
HSH	27	24,1	0	–	27	15,7
UDI	11	9,8	2	3,3	13	7,6
Outra	1	0,9	2	3,3	3	1,7
Desconhecido	4	3,6	4	6,7	8	4,7
Total	112	100,0	60	100,0	172	100,0

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 37,8% dos casos, foi

a doença definidora de SIDA mais frequente nos novos casos com diagnóstico em 2019, em ambos os sexos, como pode ser constatado no [quadro 15](#) onde são mostradas as frequências das doenças definidoras de SIDA mais comumente registadas. A desagregação por sexo revela diferenças nas frequências das restantes doenças, observando-se que a segunda doença mais frequente nos homens foi a candidose esofágica, enquanto nas mulheres foi a tuberculose nas formas extrapulmonares.

Quadro 15 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, de acordo com sexo.

Doença definidora de SIDA	Homens (n=112)		Mulheres (n=60)		Total (n=172)	
	n	%	n	%	N	%
Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PPj)	47	42,0	18	30,0	65	37,8
Candidose esofágica	17	15,2	10	16,7	27	15,7
Tuberculose extrapulmonar (todas as formas)	14	12,5	13	21,7	27	15,7
Tuberculose pulmonar	11	9,8	9	15,0	20	11,6
Toxoplasmose cerebral	7	6,3	8	13,3	15	8,7
Doença por citomegalovírus	9	8,0	4	6,7	13	7,6
Sarcoma de Kaposi	8	7,1	0	0,0	8	4,7
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	6	5,4	0	0,0	7	4,1
Criptocose extra-pulmonar	5	4,5	2	3,3	7	4,1
Síndrome de emaciação	5	4,5	2	3,3	7	4,1

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

A análise da frequência de diagnóstico das doenças definidoras de SIDA, após desagregação dos casos de acordo com o modo de transmissão (figura 5), revelou que a PPj foi a doença mais frequente nos casos de transmissão sexual, heterossexual (35,5%) e HSH (44,4%), enquanto a tuberculose, pulmonar (30,8%) e

extrapulmonar (30,8%), foram as mais frequentes em UDI. As segundas doenças mais frequentes nos casos de transmissão heterossexual, em HSH e em UDI foram, respetivamente, a candidose esofágica (18,2%), a doença por citomegalovírus (18,5%), e a pneumocistose (15,4%).

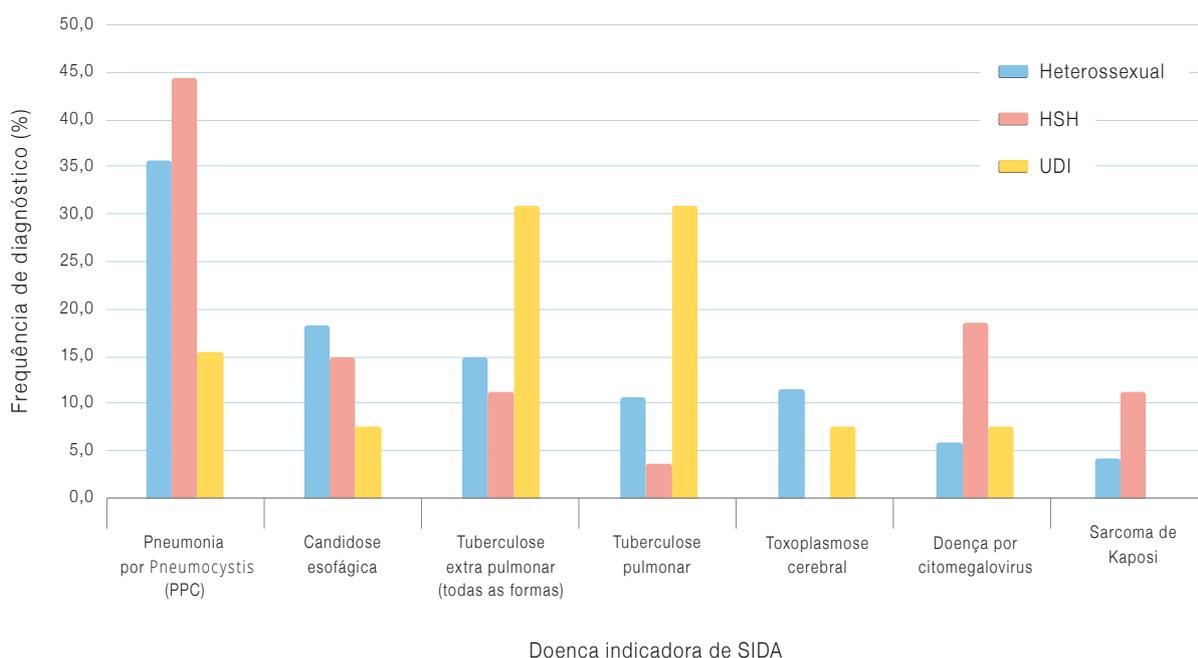


Figura 5 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥ 15 anos) diagnosticados em 2019: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.

I.1.4. Óbitos ocorridos em 2019

Foram comunicados 197 óbitos, ocorridos em 2019 em doentes infetados por VIH, o que corresponde a uma taxa de mortalidade, não padronizada e não ajustada para o atraso de notificação, de 1,9 mortes/10⁵ habitantes. Verificou-se que 91 destes óbitos (46,2%) registaram-se em casos que atingiram estágio SIDA.

Os óbitos ocorreram maioritariamente em homens (73,6%; 145) e a idade mediana à data de óbito foi de 57,0 anos (DIQ: 48,0-67,0)

(quadro 16). Como tem sido verificado nos anos anteriores, os UDI apresentaram a idade mediana mais baixa, 51,0 anos (DIQ: 47,0-56,0), à data do óbito.

A desagregação dos óbitos por sexo e modo de transmissão revelou que o maior número foi registado em casos do sexo masculino e de transmissão heterossexual, tal como mostrado no quadro 17.

Quadro 16 – Óbitos ocorridos em 2019: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os óbitos	57,0	48,0	67,0
Homens	57,0	48,0	67,0
Mulheres	56,5	46,5	65,0
Heterossexual	60,5	53,0	72,0
HSH	57,0	39,0	72,0
UDI	51,0	47,0	56,0

Legenda: DIQ- Dispersão interquartil

Em 43,1% dos óbitos ocorridos em 2019 o tempo decorrido entre o diagnóstico de infeção por VIH e a morte foi superior a 15 anos (quadro 18). Por outro lado, 13,7% 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 (17,3%) ou em casos de transmissão heterossexual (17,5%). Denota-se ainda que ocorreram nos cinco anos após o diagnóstico 29,8% dos óbitos em casos de transmissão heterossexual e que em 62,9% dos óbitos registados em casos de UDI o diagnóstico tinha acontecido há mais de 15 anos.

Quadro 17 – Óbitos ocorridos em 2019: distribuição por sexo e modo de transmissão.

Categoria de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	75	51,7	39	75,0	114	57,9
HSH	18	12,4	0	0,0	18	9,1
UDI	50	34,5	12	23,1	62	31,5
Outro	1	0,7	1	1,9	2	1,0
Desconhecido	1	0,7	0	0,0	1	0,5
Total	145	100,0	52	100,0	197	100,0

Quadro 18 – Óbitos ocorridos em 2019: 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=145)		Mulheres (n=52)		Hetero (n=62)		UDI (n=62)		HSH (n=18)		Total (n=197)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤1 ano	18	12,4	9	17,3	20	17,5	3	4,8	3	16,7	27	13,7
2 a 5 anos	15	10,3	3	5,8	14	12,3	3	4,8	1	5,6	18	9,1
6 a 10 anos	19	13,1	14	26,9	25	21,9	6	9,7	2	11,1	33	16,8
11-15 anos	25	17,2	9	17,3	22	19,3	11	17,7	1	5,6	34	17,3
> 15 anos	68	46,9	17	32,7	33	28,9	39	62,9	11	61,1	85	43,1

I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2020)

De acordo com a informação recolhida das notificações recebidas até 30 de junho de 2020, foram diagnosticados, até 31 de dezembro de 2019, cumulativamente em Portugal, 61433 casos de infeção por VIH, dos quais 22835 atingiram o estágio de SIDA. Foram ainda comunicados 15213 óbitos em indivíduos com infeção por VIH, ocorridos no mesmo período. Na [figura 6](#) é possível observar a distribuição temporal destes diagnósticos e óbitos.

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 é apresentada nos subcapítulos seguintes.

I.2.1. Casos de infeção por VIH

Distribuição temporal

A distribuição dos 61433 casos de infeção por VIH, de acordo com o ano de diagnóstico, é apresentada no [quadro 19](#). Após um período de vários anos em que se verificou um aumento pronunciado no número de casos diagnosticados anualmente, em 1999 foi atingido o maior valor anual de novos diagnósticos, 3358. A partir daí observa-se um decréscimo sustentado no número anual de novos casos, que se apurou ser de 67% entre os diagnósticos ocorridos nos anos 1999 e 2018 e de 47% quando comparados os anos 2009 e 2018.

As taxas anuais de novos diagnósticos refletem também esta tendência decrescente ([figura 7](#)),

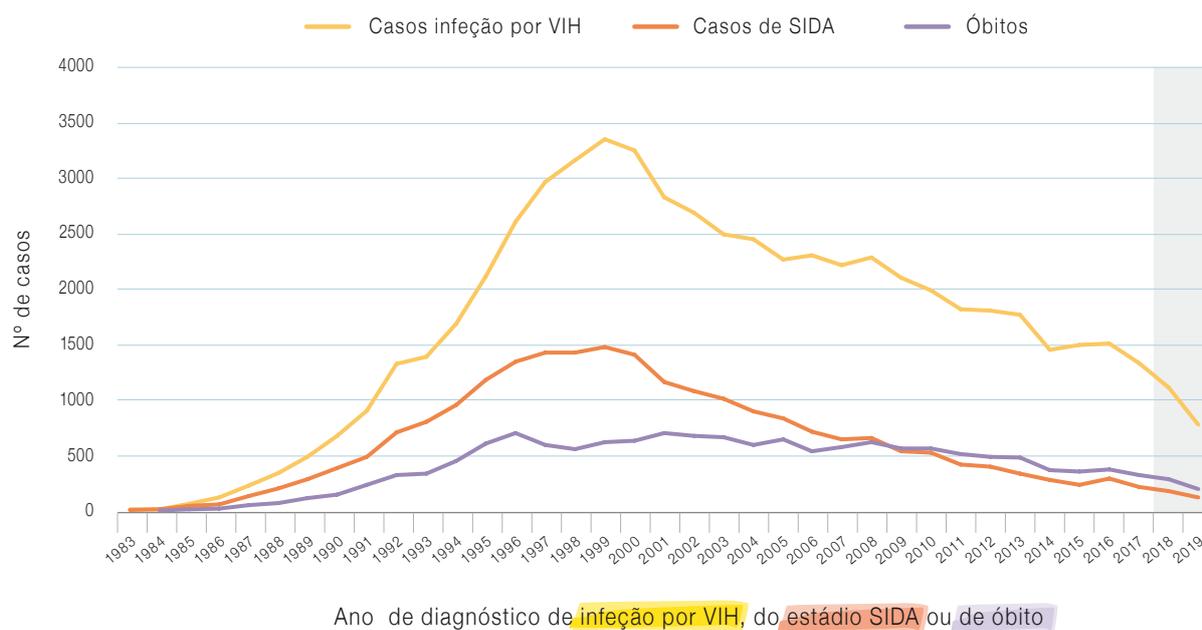


Figura 6 – Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2019): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.

registando-se uma redução de 67% quando analisadas as taxas apuradas para o ano 1999 (32,6 casos por 10⁵ habitantes) e para o ano 2018 (10,8 casos/10⁵ habitantes). Na década mais recente verificou-se uma redução de 45% na taxa de novos diagnósticos: 19,9 casos/10⁵ habitantes em 2009 vs 10,8 casos/10⁵ habitantes em 2018.

O número de casos e respetiva taxa de diagnóstico registados em 2019, (n=778; 7,6 casos/10⁵ habitantes), não foram considerados nas análises das variações pois é esperado que venham ainda a sofrer aumento apreciável devido a atraso nas notificações.

Apesar da redução acima indicada, a taxa anual de novos diagnósticos em Portugal mantém-se como uma das mais elevadas na União Europeia (UE). Nos anos mais recentes, corresponde aproximadamente ao dobro da taxa calculada pelo ECDC para o conjunto dos países que integram a UE⁹.

Distribuição por sexo

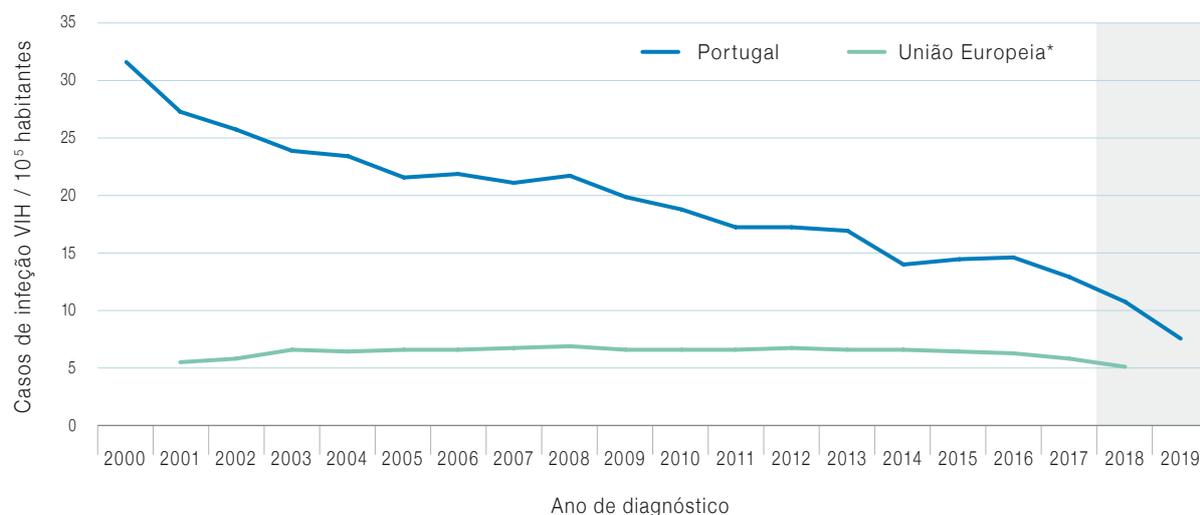
À semelhança do que se observa na maioria dos países do hemisfério norte, a epidemia nacional atinge maioritariamente os indivíduos do sexo masculino. Em todos os anos em observação o número de casos em homens superou o número de casos registados em mulheres (quadro 19). Cumulativamente encontram-se registados 44288 casos em homens, 72,1% do total de casos, o que corresponde a um *ratio* global de 2,6 entre o número de casos em homens (H) e mulheres (M) - H/M. A proporção de casos em homens foi maior nos casos com diagnóstico nas décadas de 80 e 90; entre 2002 e 2010 o valor do *ratio* H/M foi de aproximadamente 2,0. A partir de 2011 observou-se um novo aumento da proporção de diagnósti-

Quadro 19 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição segundo ano de diagnóstico e sexo.

Ano de diagnóstico	Nº de casos			H/M
	Homens	Mulheres	Total	
1983	7	3	10	2,3
1984	10	3	13	3,3
1985	57	5	62	11,4
1986	100	17	117	5,9
1987	182	45	228	4,0
1988	277	63	340	4,4
1989	402	84	486	4,8
1990	548	129	677	4,2
1991	719	184	903	3,9
1992	1056	267	1325	4,0
1993	1098	293	1391	3,7
1994	1308	380	1689	3,4
1995	1637	480	2118	3,4
1996	1966	645	2611	3,0
1997	2305	665	2970	3,5
1998	2358	805	3164	2,9
1999	2562	796	3358	3,2
2000	2395	861	3257	2,8
2001	1993	835	2829	2,4
2002	1826	864	2690	2,1
2003	1696	800	2496	2,1
2004	1625	824	2449	2,0
2005	1549	719	2268	2,2
2006	1546	759	2305	2,0
2007	1462	759	2221	1,9
2008	1553	735	2288	2,1
2009	1410	692	2102	2,0
2010	1329	660	1989	2,0
2011	1266	555	1821	2,3
2012	1267	537	1804	2,4
2013	1254	518	1772	2,4
2014	1043	411	1454	2,5
2015	1102	393	1495	2,8
2016	1087	421	1508	2,6
2017	963	373	1336	2,6
2018	791	318	1109	2,5
2019	539	239	778	2,3
Total	44288	17137	61433	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, 2019.

Figura 7 – Casos de infeção por VIH (2000-2019): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.

cos em homens, atingindo-se um *ratio* de 2,8 em 2015, ano a partir do qual se observa um ligeiro decréscimo.

As tendências observadas no número de novos diagnósticos e nas respetivas taxas apuradas por sexo assemelham-se ao anteriormente descrito para o total de novos casos, registando-se, a partir do ano 2000, uma tendência decrescente em ambos os sexos (figura 8). Pontualmente, em alguns anos recentes, verifi-

cou-se um ligeiro aumento de diagnósticos em homens ou em mulheres que, no entanto, não se transformou numa tendência. As taxas apuradas para 2019 foram de 11,1 novos casos/10⁵ homens e de 4,4 novos casos/10⁵ mulheres, valores que, como referido anteriormente, se espera ainda virem a sofrer variações devido ao atraso na notificação. A variação percentual entre o número anual de novos casos dos anos 2009 e 2018 revelou, para a última década, uma redução maior no número de novos diagnósti-

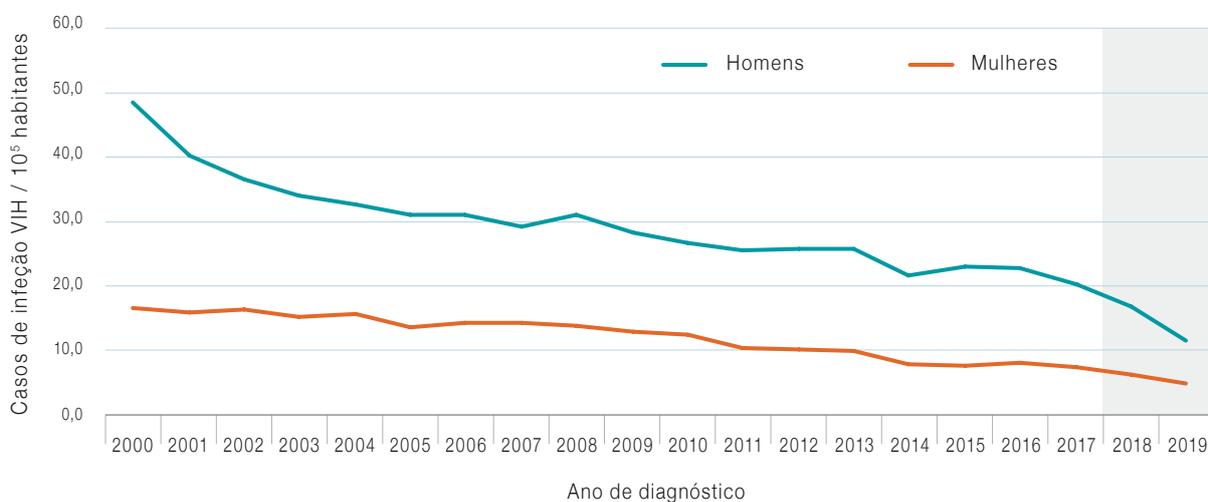


Figura 8 – Casos de infeção por VIH (2000-2019): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

cos ocorridos em mulheres do que em homens (54% vs 44%). 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 54% para o sexo feminino, enquanto para o sexo masculino a redução encontrada foi de 41%.

Idade ao diagnóstico

As idades medianas à data do diagnóstico da infeção por VIH sofreram um aumento temporal progressivo entre os anos 2000 e 2019 (figura 9), registando-se uma diferença de 6 anos entre os valores apurados para os casos com diagnóstico nesses anos, respetivamente, 32,0 e 38,0 anos. A análise após desagregação por modo de transmissão, revelou uma tendência similar para os casos de transmissão por contacto heterossexual, de ambos os sexos, bem como em UDI. O maior aumento da idade mediana ao diagnóstico, 13 anos, foi observa-

do nestes últimos. Nos casos de transmissão heterossexual em homens e mulheres as idades medianas aumentaram, respetivamente, 6 e 7 anos. 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 6,5 anos à observada nas mulheres que registam a mesma forma de transmissão. No sentido inverso, verificou-se uma redução de 4 anos nas idades medianas nos casos em HSH com diagnóstico neste intervalo temporal e que, desde 2006, apresentam a idade mediana mais baixa.

A informação referente à distribuição temporal dos casos notificados por escalão etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo, é apresentada no quadro 20. A maioria dos diagnósticos de infeção por VIH ocorreu em indivíduos com menos de 40 anos (66,0%; 40538) e o grupo etário com maior número de casos acumulados é o grupo 30-39 anos.

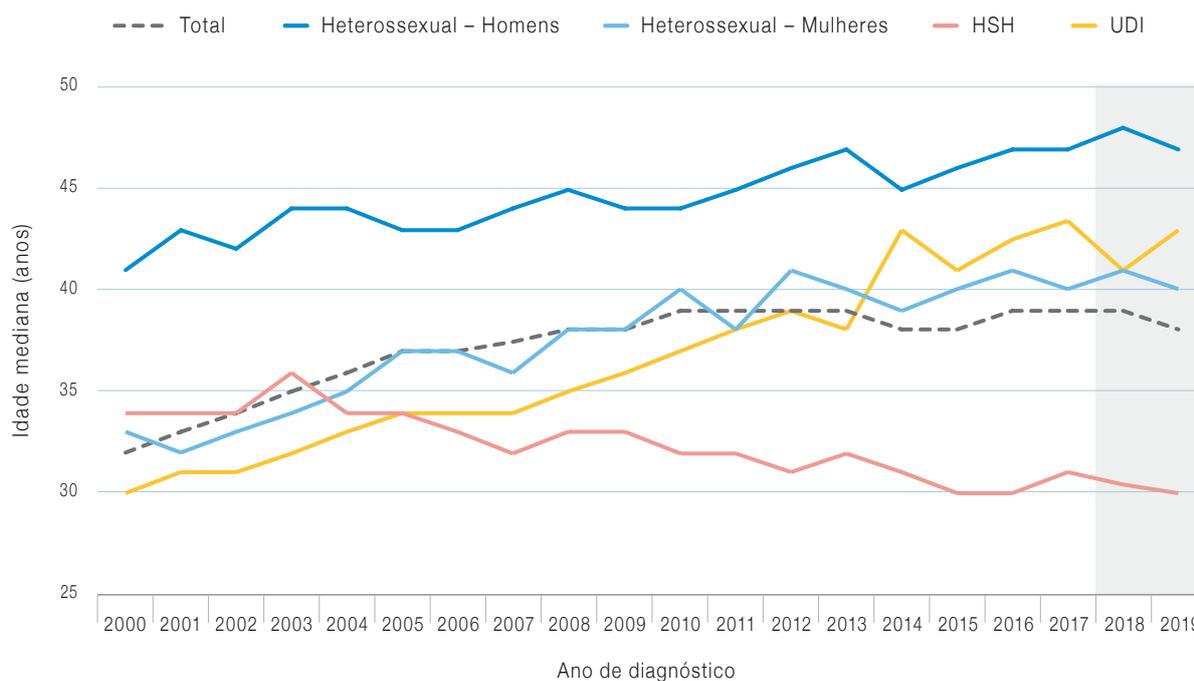


Figura 9 – Casos de infeção por VIH (2000-2019): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

Quadro 20 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	N	%
<15 anos	Sub-total	543	17	13	5	11	7	4	4	5	3	0	612	1,0
	H	268	5	7	3	6	2	1	0	2	2	0	296	
	M	273	12	6	2	5	5	3	4	3	1	0	314	
15-19 anos	Sub-total	1421	31	36	40	34	40	27	25	24	13	14	1705	2,8
	H	806	19	21	27	22	26	21	21	17	9	8	997	
	M	615	12	15	13	12	14	6	4	7	4	6	708	
20-24 anos	Sub-total	5842	156	177	173	142	140	184	154	134	108	72	7282	11,9
	H	3985	102	127	144	111	106	153	119	112	95	61	5115	
	M	1857	54	50	29	31	34	31	35	22	13	11	2167	
25-29 anos	Sub-total	9321	248	197	226	219	193	211	216	190	151	121	11293	18,4
	H	6720	156	143	159	153	148	174	183	150	109	91	8186	
	M	2599	92	54	67	66	45	37	33	40	42	30	3105	
30-39 anos	Sub-total	15530	574	540	475	505	399	392	386	345	294	206	19646	32,0
	H	11717	405	359	326	361	290	279	273	235	209	139	14593	
	M	3812	169	181	149	144	109	113	113	110	85	67	5052	
40-49 anos	Sub-total	7632	514	441	442	419	316	335	358	281	238	177	11153	18,2
	H	5785	352	322	309	289	227	241	260	199	165	119	8268	
	M	1846	162	119	133	130	89	94	98	82	73	58	2884	
50-59 anos	Sub-total	3720	289	277	267	281	219	206	226	207	185	120	5997	9,8
	H	2663	180	186	181	200	145	144	151	147	123	80	4200	
	M	1057	109	91	86	81	74	62	75	60	62	40	1797	
≥60 anos	Sub-total	2145	156	140	175	161	140	136	139	150	117	68	3527	5,7
	H	1538	107	101	117	112	99	89	80	101	79	41	2464	
	M	607	49	39	58	49	41	47	59	49	38	27	1063	
Desconhecido	Sub-total	213	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	218	0,4
	Total	46367	1989	1821	1804	1772	1454	1495	1508	1336	1109	778	61433	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.

A tendência observada no número de novos diagnósticos nos diferentes grupos etários mostrou-se decrescente (figura 10A). Os resultados da análise comparativa relativa ao número de casos com diagnóstico em 2009 e 2018 mostraram que o escalão 15 a 19 anos apresentou a maior redução (71,7%), seguido dos escalões 30-39 anos (54,2%) e 40-49 anos (51,1%). O escalão etário onde se verificou menor redução (34,5%) foi o escalão 20-24

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^{9,10} (figura 10B). As taxas mais elevadas ocorrem, desde 2012, no escalão 25-29 anos (figura 10C) que, nos cinco anos mais recentes, apresentou uma taxa média de 32,2 casos/10⁵ habitantes, seguido do escalão 30-39 anos (24,6 casos/10⁵ habitantes).



Figura 10 – Casos de infeção por VIH (2010-2019): distribuição do número absoluto (A), proporção (B) e taxa (C) de novos casos por grupo etário e ano de diagnóstico.

Distribuição geográfica

As notificações de casos de infeção por VIH recolhem informação relativa ao distrito e concelho de residência, que posteriormente é também sistematizada de acordo com as regiões definidas pela NUTS de 2013⁷. Esta informação esteve disponível em 98,7% dos casos

acumulados e o [quadro 21](#) apresenta a sua distribuição de acordo com a região NUTS II e NUTS III. À data da notificação 52,0% dos casos acumulados residiam na Área Metropolitana de Lisboa.

Quadro 21 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação do estágio inicial.

NUTS II	NUTS III	Ano de diagnóstico											Total	
		≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	N	%
Norte	Sub-total	11913	456	416	404	407	339	323	341	312	252	162	15325	24,9
	Alto Minho	316	17	19	21	12	14	20	13	15	14	7	468	
	Cávado	761	34	37	36	24	34	27	24	30	7	11	1025	
	Ave	505	28	28	17	22	27	20	20	12	15	11	705	
	Área Metropolitana do Porto	9235	312	280	283	289	211	200	237	201	167	95	11510	
	Alto Tâmega	70	7	5	2	2	4	1	2	2	1	1	97	
	Tâmega e Sousa	587	32	31	32	41	39	43	35	40	33	24	937	
	Douro	270	15	14	11	5	7	9	6	6	12	10	365	
	Terras de Trás-os-Montes	169	11	2	2	12	3	3	4	6	3	3	218	
Centro	Sub-total	4403	236	230	251	236	239	233	215	210	173	110	6536	10,6
	Oeste	838	28	29	37	35	33	44	39	25	16	14	1138	
	Região de Aveiro	716	53	52	69	48	46	61	51	60	45	37	1238	
	Região de Coimbra	1007	61	54	54	58	69	58	48	43	47	25	1524	
	Região de Leiria	645	29	40	36	39	40	28	22	23	23	9	934	
	Viseu Dão-Lafões	383	18	17	11	21	16	20	19	15	21	12	553	
	Beira Baixa	179	7	9	11	8	8	4	7	11	6	2	252	
	Médio Tejo	406	28	24	21	15	18	13	18	21	11	6	581	
	Beiras e Serra da Estrela	229	12	5	12	12	9	5	11	12	4	5	316	
A.M. de Lisboa	Sub-total	24309	1086	946	939	897	717	750	734	624	527	391	31920	52,0
	Área Metropolitana de Lisboa	24309	1086	946	939	897	717	750	734	624	527	391	31920	
Alentejo	Sub-total	1762	46	55	48	68	49	58	57	48	39	26	2256	3,7
	Alentejo Litoral	264	6	11	5	19	9	13	7	5	2	2	343	
	Baixo Alentejo	279	9	14	8	6	6	9	11	1	2	0	345	
	Lezíria do Tejo	785	21	22	17	28	17	19	24	28	19	13	993	
	Alto Alentejo	165	5	2	7	2	7	8	5	4	5	8	218	
	Alentejo Central	269	5	6	11	13	10	9	10	10	11	3	357	
Algarve	Sub-total	2311	110	125	97	99	82	84	81	72	76	59	3196	5,2
	Algarve	2311	110	125	97	99	82	84	81	72	76	59	3196	
R.A. dos Açores	Região Autónoma dos Açores	312	14	9	14	8	6	4	15	12	14	11	419	0,7
R.A. da Madeira	Região Autónoma da Madeira	499	24	16	28	25	13	29	17	21	13	9	694	1,1
Residência no estrangeiro		229	4	7	5	6	2	2	13	6	8	7	289	0,5
Não referida		629	13	17	18	26	7	12	35	31	7	3	798	1,3
Total		46367	1989	1821	1804	1772	1454	1495	1508	1336	1109	778	61433	100,0

As taxas médias de novos diagnósticos de infeção por VIH nas diferentes regiões NUTS III do continente, apuradas para o último quinquénio (2015 a 2019) (figura 11) revelam que

o valor mais elevado (21,3 casos/10⁵ habitantes) se verificou na Área Metropolitana de Lisboa, seguindo-se a região do Algarve (16,9 casos/10⁵ habitantes) e a região de Aveiro (14,0

casos/10⁵ habitantes). As taxas de novos diagnósticos apuradas para estas regiões foram superiores à taxa nacional determinada para esse período (12,1 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 22](#) 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 2019.

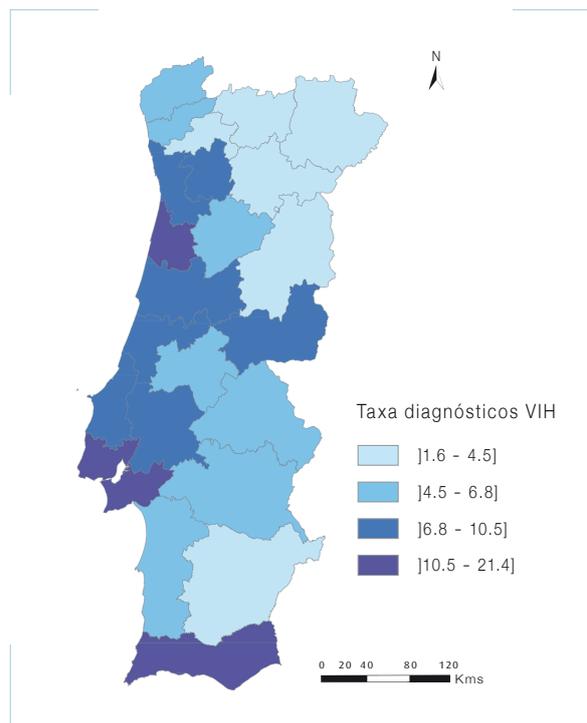


Figura 11 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2015-2019) por região NUTS III.

Quadro 22 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	N	%
Aveiro	1188	81	90	100	74	70	83	75	80	61	49	1951	3,2
Beja	327	10	18	10	10	8	11	13	1	2	0	410	0,7
Braga	1274	62	66	54	46	61	47	44	45	22	24	1745	2,8
Bragança	176	11	2	2	12	3	4	5	6	4	4	229	0,4
Castelo Branco	284	11	12	17	12	12	5	15	16	10	4	398	0,6
Coimbra	982	60	53	51	51	64	57	47	41	47	24	1477	2,4
Évora	269	5	6	11	13	10	9	10	10	11	3	357	0,6
Faro	2311	110	125	97	99	82	84	81	72	76	59	3196	5,2
Guarda	153	10	4	9	10	5	4	6	7	2	4	214	0,3
Leiria	1132	39	49	53	55	59	42	39	33	30	14	1545	2,5
Lisboa	19472	946	809	793	788	647	648	641	522	443	354	26063	42,4
Portalegre	165	5	2	7	2	7	8	5	4	5	8	218	0,4
Porto	9312	314	271	283	310	228	218	248	217	183	105	11689	19,0
Santarém	1081	47	45	33	38	34	32	32	47	27	17	1433	2,3
Setúbal	5489	164	164	172	147	92	143	127	124	96	50	6768	11,0
Viana do Castelo	316	17	19	21	12	14	20	13	15	14	7	468	0,8
Vila -Real	286	21	15	8	4	10	5	5	6	5	8	373	0,6
Viseu	481	21	22	18	24	20	28	22	20	29	14	699	1,1
R.A. Açores	312	14	9	14	8	6	4	15	12	14	11	419	0,7
R.A. Madeira	499	24	16	28	25	13	29	17	21	13	9	694	1,1
Estrangeiro	229	4	7	5	6	2	2	13	6	8	7	289	0,5
Desconhecido	629	13	17	18	26	7	12	35	31	7	3	798	1,3
Total	46367	1989	1821	1804	1772	1454	1495	1508	1336	1109	778	61433	100,0

No [quadro 23](#) apresentam-se as taxas anuais dos novos diagnósticos ocorridos entre 2010 e 2019, por distrito ou região autónoma. Ao longo de todos esses anos a taxa mais elevada foi detetada no distrito de Lisboa, seguido dos distritos Porto, Setúbal e Faro, com ligeiras variações em termos de posição. No ano 2019, a segunda taxa mais elevada observou-se no distrito de Faro, seguindo-se o distrito de Aveiro, contudo, poderão registar-se alterações aos valores apresentados para outros distritos devido a atraso na notificação.

A informação relativa aos 15 concelhos que no quinquénio 2015 a 2019 apresentaram as

taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH mais elevadas, é disponibilizada no [quadro 24](#). Embora os três municípios com maior número de diagnósticos tenham sido Lisboa, Sintra e Porto, o município da Amadora apresentou a segunda taxa de diagnóstico mais elevada. Como já referido anteriormente, a taxa média de diagnósticos de infeção por VIH no país, no quinquénio em análise, foi de 12,1 casos/10⁵ habitantes, constatando-se que, no mesmo período, as taxas de diagnóstico em 8 municípios do país foram superiores ou iguais ao dobro da taxa nacional.

Quadro 23 – Casos de infeção por VIH (2009-2019): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aveiro	11,3	12,6	14,1	10,5	10,0	11,8	10,7	11,5	8,8	7,0
Beja	6,5	11,9	6,6	6,7	5,4	7,6	9,0	0,7	1,4	0,0
Braga	7,3	7,8	6,4	5,5	7,3	5,6	5,3	5,4	2,7	2,9
Bragança	8,1	1,5	1,5	9,1	2,3	3,1	4,0	4,8	3,2	3,2
Castelo Branco	5,6	6,2	8,9	6,3	6,4	2,7	8,2	8,8	5,6	2,2
Coimbra	13,9	12,4	12,1	12,2	15,4	13,8	11,5	10,0	11,6	5,9
Évora	3,0	3,6	6,7	8,0	6,3	5,7	6,4	6,5	7,2	2,0
Faro	24,4	28,0	21,8	22,4	18,6	19,0	18,3	16,4	17,3	13,5
Guarda	6,2	2,5	5,7	6,5	3,3	2,7	4,0	4,8	1,4	2,8
Leiria	8,3	10,4	11,3	11,8	12,8	9,1	8,5	7,2	6,6	3,1
Lisboa	42,0	35,9	35,3	35,3	28,9	28,9	28,5	23,1	19,5	15,5
Portalegre	4,2	1,7	6,1	1,8	6,2	7,3	4,6	3,7	4,7	7,7
Porto	17,3	14,9	15,7	17,2	12,7	12,2	14,0	12,2	10,3	5,9
Santarém	10,3	10,0	7,3	8,5	7,7	7,3	7,3	10,9	6,3	4,0
Setúbal	19,3	19,2	20,1	17,2	10,8	16,8	14,9	14,6	11,3	5,9
Viana do Castelo	6,9	7,8	8,7	5,0	5,9	8,5	5,6	6,5	6,1	3,0
Vila -Real	10,1	7,3	3,9	2,0	5,0	2,5	2,6	3,1	2,6	4,2
Viseu	5,6	5,9	4,8	6,5	5,5	7,7	6,1	5,6	8,2	4,0
R.A. Açores	5,7	3,6	5,7	3,2	2,4	1,6	6,1	4,9	5,8	4,5
R.A. Madeira	9,0	6,1	10,6	9,6	5,0	11,3	6,7	8,3	5,1	3,5
Total	18,8	17,3	17,2	17,0	14,0	14,5	14,6	13,0	10,8	7,6

Quadro 24 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2015-2019) nos 15 municípios do continente com as taxas mais elevadas.

Concelho	Nº total de casos (2015-2019)	Nº casos/10 ⁵ habitantes	Rate ratio (RR)
Lisboa	829	32,7	2,7
Amadora	272	30,2	2,5
Sintra	534	27,6	2,3
Porto	286	26,6	2,2
Portimão	72	26,0	2,1
Sever do Vouga	15	25,9	2,1
Cascais	272	25,7	2,1
Albufeira	49	24,0	2,0
Faro	69	22,6	1,9
Almada	190	22,5	1,9
Penela	6	21,8	1,8
Odivelas	164	20,8	1,7
Loures	189	18,0	1,5
Aveiro	69	17,8	1,5
Lagos	27	17,7	1,5

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 12,1 casos/10⁵ habitantes.

Origem geográfica

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

A informação referente à naturalidade só começou a ser recolhida pelo sistema de vigilância nacional em 2003, pelo que é desconhecida a origem geográfica de 27,5% (16885) dos casos acumulados, no entanto, está disponível informação relativa à nacionalidade em 93,1% (15726) desses casos. Nos casos em que existe informação na variável, apurou-se que

72,8% nasceram em Portugal e que 71,1% (8375 /12118) dos casos nascidos fora de Portugal são originários da África subsariana, 97,0% (8127/8375) dos quais oriundos de países africanos de língua oficial portuguesa.

A distribuição dos casos do último decénio segundo a origem geográfica e o ano de diagnóstico é apresentada na [figura 12](#). A análise comparativa do número de novos casos nos anos 2009 e 2018 mostrou um decréscimo semelhante nos casos em indivíduos nascidos em Portugal (50%) ou em países da África subsariana (49%) e um aumento de 6% no número de novos casos em indivíduos nascidos na América Latina. Até ao ano 2018, inclusive,

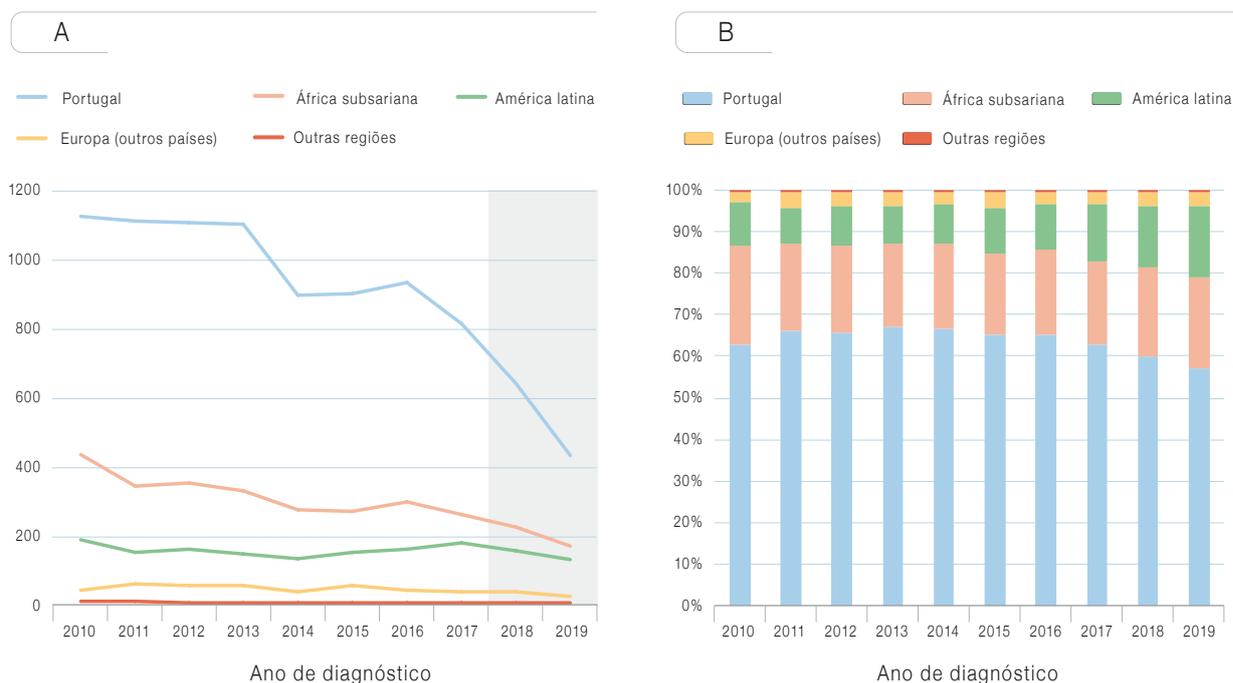


Figura 12 – Casos de infeção por VIH (2009-2019): distribuição do número absoluto (A) e percentual (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

Portugal foi o país de nascimento referido anualmente em mais de 60% dos novos casos, tendo em 2019 essa proporção decrescido para 58%, valor que, no entanto, poderá sofrer alterações devido ao atraso nas notificações.

Estádio clínico inicial

Na Europa, o estadiamento dos casos para efeitos de vigilância epidemiológica da infeção por VIH 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 atual³, não incluindo os valores das contagens de células TCD4+, ou seja, o critério imunológico.

O sistema de vigilância português recolhe, desde os seus primórdios, informação relativa ao estágio clínico. A análise dos dados obtidos,

resumida no quadro 25, revela que a maioria dos casos (58,8%) foi diagnosticada em fase assintomática da infeção e que a proporção de casos com diagnóstico concomitante de SIDA tem sofrido decréscimo, embora de forma lenta.

Embora não seja utilizada no estadiamento, a informação relativa ao valor das contagens de células TCD4+ na avaliação clínica e laboratorial inicial é de conhecida importância para identificação dos casos de apresentação tardia (<350 cél./mm³) e doença avançada (<200 cél./mm³). A figura 13 mostra a proporção de casos em que os valores dessas contagens estão disponíveis, bem como as percentagens anuais de casos que cumprem os critérios de apresentação tardia e doença avançada. É possível constatar o impacto da implementação do SI.VIDA e do SINAVE, na melhoria evidente considerável da completude da informação,

Quadro 25 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): 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
≤2009	4	0,0	26094	56,3	4760	10,3	12966	28,0	2543	5,5	46367
2010	2	0,1	1288	64,8	234	11,8	426	21,4	39	2,0	1989
2011	5	0,3	1168	64,1	249	13,7	360	19,8	39	2,1	1821
2012	7	0,4	1156	64,1	266	14,7	343	19,0	32	1,8	1804
2013	5	0,3	1180	66,6	264	14,9	289	16,3	34	1,9	1772
2014	14	1,0	1011	69,5	154	10,6	247	17,0	28	1,9	1454
2015	25	1,7	1065	71,2	162	10,8	209	14,0	34	2,3	1495
2016	28	1,9	1007	66,8	156	10,3	259	17,2	58	3,8	1508
2017	34	2,5	906	67,8	156	11,7	191	14,3	49	3,7	1336
2018	51	4,6	723	65,2	136	12,3	165	14,9	34	3,1	1109
2019	55	7,1	498	64,0	84	10,8	117	15,0	24	3,1	778
Total	230	0,4	36096	58,8	6621	10,8	15572	25,3	2914	4,7	61433

Legenda: IAG – Infeção aguda; PA – Portador assintomático

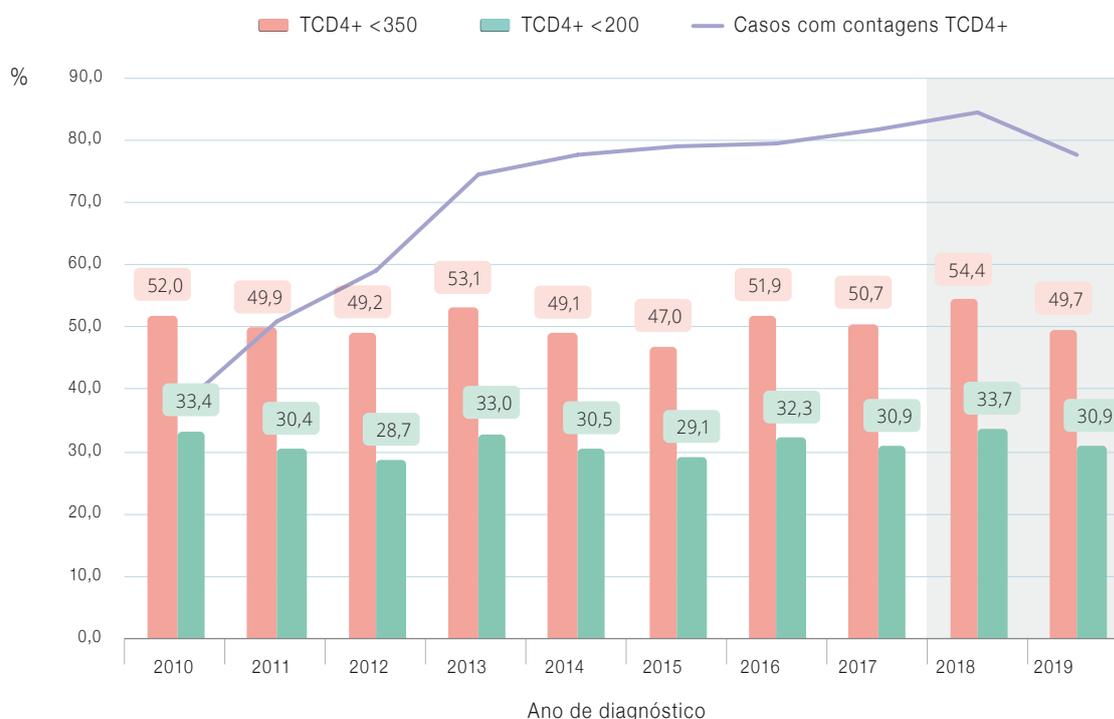


Figura 13 – Casos de infeção por VIH (2010-2019): evolução nas proporções de casos com contagens de células TCD4+ comunicadas e com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada.

evidente nos casos diagnosticados a partir de 2013. Nos anos mais recentes, a percentagem de casos para os quais esteve disponível esta informação ultrapassou os 80%, sendo superior à média observada para os países da União Europeia (69,5%)⁹. Pelos motivos já 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.

A análise das medianas dos valores das contagens de células TCD4+, após desagregação dos casos por modo de transmissão revelou que, entre 2013 e 2019, os casos referentes a HSH apresentaram consistentemente os valores mais elevados, sempre acima de 400 células/mm³, e os casos de transmissão heterossexual em homens apresentaram os valores mais baixos, consistentemente inferiores a 300 células/mm³, o que evidencia, para estes últimos, um diagnóstico mais tardio (figura 14). Observou-se ainda que os valo-

res das medianas das contagens de células TCD4+, nos casos em mulheres infetadas por contacto heterossexual, foram sempre superiores aos verificados nas medianas dos casos de homens infetados pela mesma via. Ainda, que nos 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

A infeção por VIH ocorreu por contacto sexual em 65,1% dos casos com diagnóstico em Portugal ao longo das mais de três décadas da epidemia. A transmissão heterossexual foi referida em 46,2% do total de casos diagnosticados no país até final de 2019, sendo a mais frequente na última década, e os casos de transmissão por sexo entre homens constituem 18,9% do total acumulado (quadro 26). A segunda maior

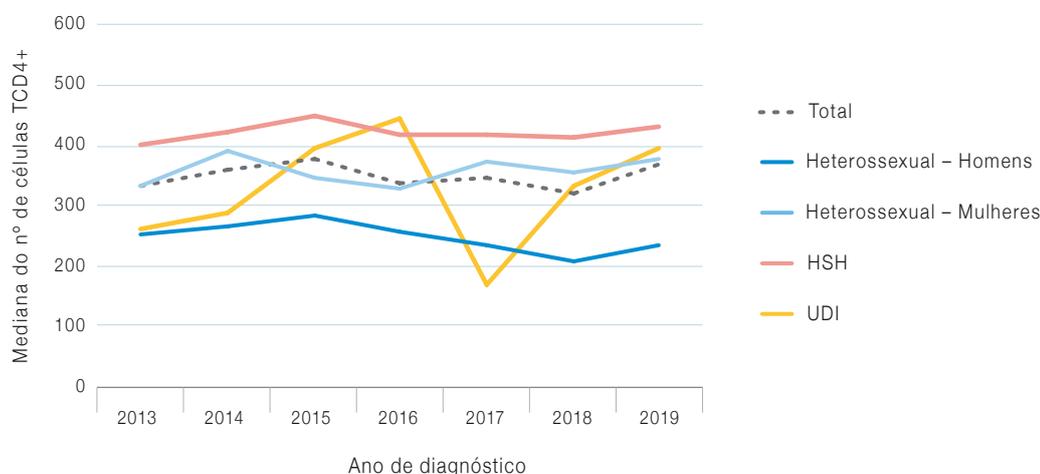


Figura 14 – Casos de infeção por VIH (2013-2019): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico nas principais categorias de transmissão.

fração deste total (31,5%) corresponde a casos que referem infeção por VIH associada ao consumo de drogas injetadas, 95,4% dos quais diagnosticados em décadas anteriores.

No total acumulado dos casos do sexo masculino (n=44288) prevalecem os casos em UDI (36,1%; n=15984), a que se seguem os casos de transmissão heterossexual (34,5%; n=15280) e em HSH (26,3%; n=11627).

As tendências observadas na frequência dos casos segundo os diferentes modos de transmissão revelam grandes variações ao longo das diferentes décadas da epidemia (figura 15). A mais evidente foi verificada para os casos

associados ao consumo de drogas injetadas cujo número sofreu aumento muito acentuado até ao ano 1999, após o que sofreu uma rápida descida e na atualidade constitui uma fração diminuta do total anual de novos casos. A comparação do número de casos com diagnóstico em 2009 e 2018, revelou uma redução de 90% nos casos em UDI, bem como uma redução do número de casos de transmissão heterossexual em ambos os sexos (48% dos casos em homens e 53% nos casos em mulheres). Os diagnósticos em HSH apresentaram uma tendência crescente a partir de 2005 e, embora após 2012 se observe um padrão bastante variável, na comparação dos casos com

Quadro 26 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição por categoria de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico										Total	%	
		≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			2019
Heterossexual	Sub-total	19578	1228	1095	1064	1045	867	799	840	762	648	433	28359	46,2
	H	10611	635	583	567	559	480	434	441	406	352	212	15280	
	M	8964	593	512	497	486	387	365	399	356	296	221	13076	
HSH	Sub-total (H)	6644	487	539	567	556	479	591	576	502	390	296	11627	18,9
UDI	Sub-total	18463	227	151	142	121	63	64	46	32	27	16	19352	31,5
	H	15260	178	122	114	105	57	51	38	27	19	13	15984	
	M	3202	49	29	28	16	6	13	8	5	8	3	3367	
Mãe-filho	Sub-total	426	15	12	5	9	7	5	5	4	1	0	489	0,8
	H	195	5	6	3	4	2	1	1	1	0	0	218	
	M	229	10	6	2	5	5	4	4	3	1	0	269	
Transusão ou hemoderivados	Sub-total	446	2	3	7	4	5	0	3	1	6	4	481	0,8
	H	304	0	2	3	2	2	0	1	0	3	1	318	
	M	142	2	1	4	2	3	0	2	1	3	3	163	
Outro/Não determinado	Sub-total	70	12	4	5	10	10	3	3	2	2	4	125	0,2
	H	39	9	1	2	7	3	1	3	1	1	1	68	
	M	31	3	3	3	3	7	2	0	1	1	3	57	
Não referido	Sub-total	740	18	17	14	27	23	33	35	33	35	25	1000	1,6
	Total	46367	1989	1821	1804	1772	1454	1495	1508	1336	1109	778	61433	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 transusão e diagnosticados depois do ano de 2000 referem transusão anterior a 1990 ou recebida no estrangeiro.

diagnósticos em 2009 e 2018 foi detetado um decréscimo de 17%. 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 16).

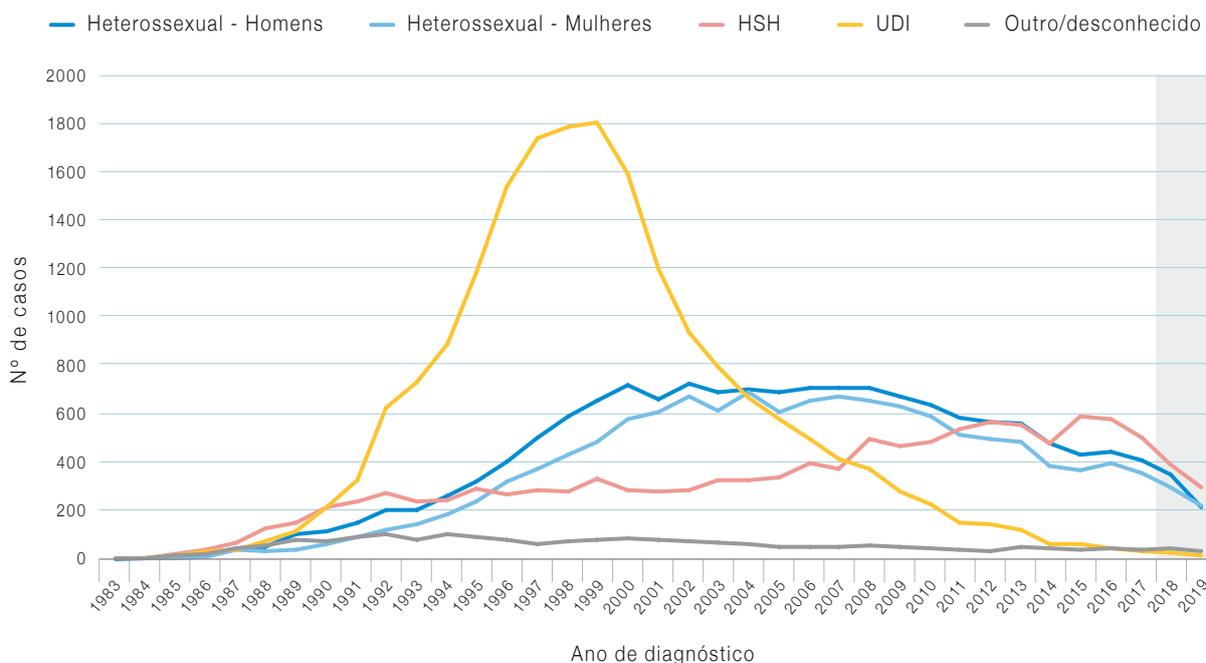


Figura 15 – Casos de infeção por VIH (1983 a 2019), distribuição segundo a categoria de transmissão e ano de diagnóstico.

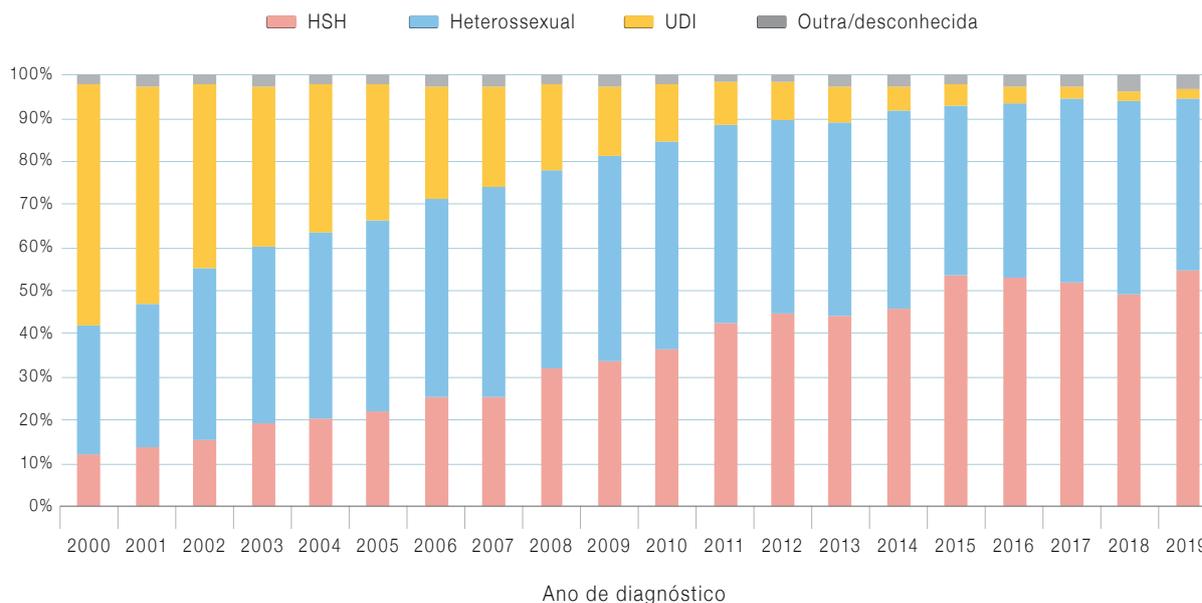


Figura 16 – Casos de infeção por VIH em homens (2000 - 2019): distribuição percentual segundo a categoria de transmissão e ano de diagnóstico.

Tipo de vírus

Encontram-se notificados 58596 casos de infeção por VIH-1, o que corresponde a 95,4% do total dos casos acumulados, e 2030 casos de infeção por VIH-2 (3,3%) ([quadro 27](#)). 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.

Todos os anos são diagnosticados e notificados casos de infeção por VIH-2 em Portugal. As 2030 infeções por VIH-2 com diagnóstico no país ocorreram maioritariamente em mulheres (52,5%; n=1065), a idade mediana à data do seu diagnóstico foi de 43,0 anos e 64,1% (n=1301) eram residentes da Área Metropolitana de Lisboa. Nos 1364 casos em que foi disponibilizada informação relativa à naturalidade, apurou-se que 63,0% (n=859) eram originários de países da África subsariana, a maioria des-

tes (71,5%; n=614) da Guiné-Bissau. Foi referida transmissão por contacto heterossexual em 83,4% (n=1693) dos casos que reportaram infeção por VIH-2.

Casos de infeção por VIH em crianças

Em Portugal, até 31 de dezembro de 2019 foram diagnosticados e notificados, cumulativamente, 611 casos de infeção por VIH em crianças com idade inferior a 15 anos à data do diagnóstico. A sua distribuição por ano de diagnóstico e sexo é apresentada no [quadro 28](#), onde é possível constatar que os casos se distribuem equitativamente entre sexos.

Apresentam-se de seguida, de forma mais detalhada, algumas características dos casos pediátricos, embora estes sejam também considerados na análise global das tendências da epidemia em Portugal.

Quadro 27 – Casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	VIH 1	VIH 2	VIH 1+2	Não referido	Total
≤2009	44184	1556	425	202	46367
2010	1888	79	18	4	1989
2011	1751	59	6	5	1821
2012	1739	55	6	4	1804
2013	1709	34	10	19	1772
2014	1375	41	8	30	1454
2015	1440	43	4	8	1495
2016	1434	56	4	14	1508
2017	1281	46	2	7	1336
2018	1060	37	3	9	1109
2019	735	24	1	18	778
Total	58596	2030	487	320	61433

Quadro 28 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2019): distribuição por sexo e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
≤2009	267	273	542
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	3	5
2018	2	1	3
2019	0	0	0
Total	295	314	611

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 29](#), 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 66,6% das crianças está disponível informação relativa ao país de naturalidade, e destas, a maioria (68,1%) nasceu em Portugal ([quadro 30](#)). Os nascidos fora do país eram maioritariamente (77,7%) nativos de países da região subsariana de África.

A desagregação dos casos diagnosticados em crianças pelas principais categorias de transmissão e ano de diagnóstico, revelou que a via de transmissão mais frequentemente referida

Quadro 29 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2019): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.

Grupo etário	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	N	%
0-11 meses	258	7	6	2	2	2	1	1	3	0	0	282	46,2
1-4 anos	113	6	0	0	2	3	0	3	1	2	0	130	21,3
5-9 anos	74	3	4	2	2	1	1	0	1	0	0	88	14,4
10-12 anos	36	1	1	0	3	1	1	0	0	0	0	43	7,0
13-14 anos	61	0	2	1	2	0	1	0	0	1	0	68	11,1
Total	542	17	13	5	11	7	4	4	5	3	0	611	100,0

Quadro 30 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2019): distribuição por origem geográfica e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Portugal	África subsariana	Outra	Não referida	Total
≤2009	250	75	26	191	542
2010	7	3	0	7	17
2011	5	3	1	4	13
2012	3	2	0	0	5
2013	3	6	0	2	11
2014	3	4	0	0	7
2015	2	2	0	0	4
2016	1	2	1	0	4
2017	3	2	0	0	5
2018	0	2	1	0	3
2019	0	0	0	0	0
Total	277	101	29	204	611

foi a transmissão mãe-filho (78,9%) (quadro 31). No entanto, importa realçar que 87,8% destes casos foram diagnosticados há mais de uma década, e que as medidas implementadas em

Portugal, para a prevenção da transmissão vertical, resultaram num decréscimo dos novos casos em crianças.

Quadro 31 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2019): distribuição por categoria de transmissão e ano de diagnóstico.

Modo de transmissão	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	N	%
Mãe-Filho	423	15	12	4	8	7	4	4	4	1	0	482	78,9
Transfusão ou hemoderivados	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	57	9,3
Heterossexual	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	3,8
HSH	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1,0
UDI	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	3,1
Outro/Não determinado	6	2	0	1	3	0	0	0	0	1	0	13	2,1
Não referido	9	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	11	1,8
Total	542	17	13	5	11	7	4	4	5	3	0	611	100,0

Nota: Os casos registados na categoria "Transfusão ou hemoderivados", diagnosticados depois do ano de 2000, referem transfusão anterior a 1990 ou recebida no estrangeiro.

1.2.2 Casos de SIDA

O enquadramento legal vigente determina a obrigatoriedade de notificação específica dos casos de SIDA, para os quais existe uma definição de caso própria,^{3,4} que obriga à presença de uma doença definidora de SIDA.

A análise estatística dos casos de SIDA inclui aqueles em que o diagnóstico do estágio é concomitante com o diagnóstico da infeção por VIH, bem como os casos em que a evolução para SIDA acontece posteriormente, e tem como eixo o ano de diagnóstico do estágio.

Até 31 de dezembro de 2019, foram diagnosticados cumulativamente em Portugal 22835 casos de SIDA, na maioria (68,2%; 15572) o seu diagnóstico ocorreu em simultâneo 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](#). O número anual de novos diagnósticos de SIDA apresenta, a partir de 2003, uma tendência decrescente. A comparação do número de casos de SIDA com diagnóstico nos anos 2009 e 2018, revela uma redução de 65%. Consequentemente, na comparação das taxas apuradas para os mesmos anos, 6,9 casos/10⁵ habitantes em 2009 e 2,5 casos por 10⁵ habitantes em 2018 observa-se um decréscimo de 64% ([figura 17](#)).

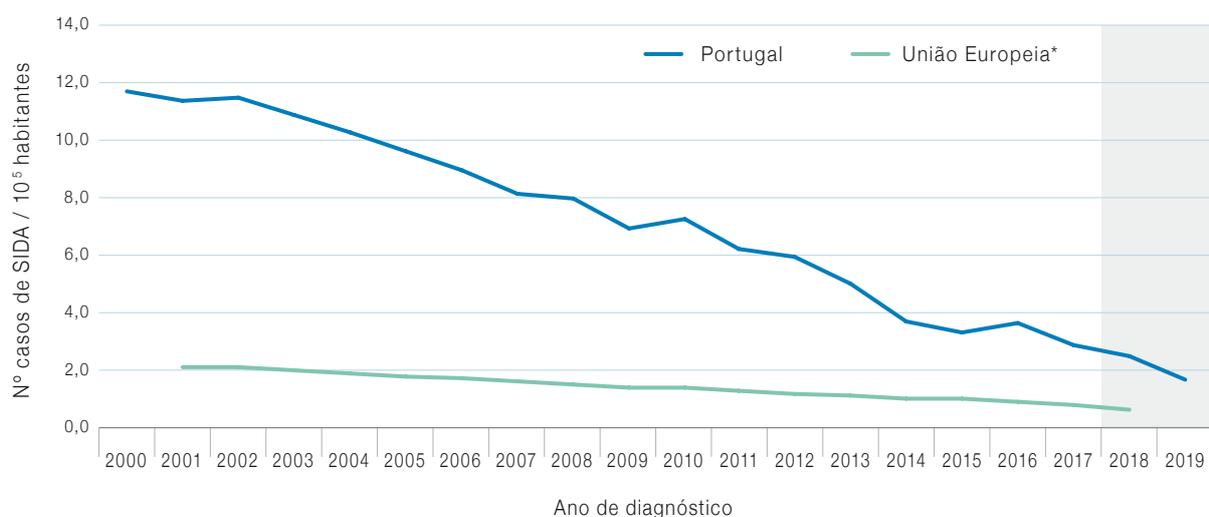
Portugal foi, durante vários anos, o país da União Europeia com a taxa mais elevada de diagnósticos de SIDA. Desde 2012 ocupa a segunda posição atrás da Letónia, contudo, as taxas anuais observadas têm valores de aproximadamente o quádruplo da taxa média europeia⁸.

Quadro 32 – Casos de SIDA (1983-2019): 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	123	13	136	9,5
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	602	131	733	4,6
1995	711	142	853	5,0
1996	855	187	1042	4,6
1997	903	165	1068	5,5
1998	955	199	1154	4,8
1999	1046	243	1289	4,3
2000	974	237	1211	4,1
2001	981	203	1184	4,8
2002	977	221	1198	4,4
2003	886	253	1139	3,5
2004	856	222	1078	3,9
2005	804	205	1009	3,9
2006	689	253	942	2,7
2007	656	204	860	3,2
2008	619	222	841	2,8
2009	532	200	732	2,7
2010	538	229	767	2,3
2011	484	170	654	2,8
2012	443	182	625	2,4
2013	364	161	525	2,3
2014	295	87	382	3,4
2015	244	96	340	2,5
2016	268	107	375	2,5
2017	215	81	296	2,7
2018	171	85	256	2,0
2019	112	60	172	1,9
Total	17960	4874	22835	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, 2019.

Figura 17 – Casos de SIDA (2000-2019): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.

Distribuição por sexo

Os casos de SIDA acumulados registaram-se maioritariamente em homens (78,7%) e o *ratio* H/M calculado para o total de casos é de 3,7 (quadro 32).

A desagregação da informação estatística, por sexo e ano de diagnóstico do estágio, revelou que o número de casos no sexo masculino apresenta tendência decrescente a partir de 2003, enquanto os casos de SIDA em mulhe-

res mantiveram-se relativamente estáveis entre 1998 e 2010, decrescendo no período posterior. A análise comparativa do número de casos registados em 2009 e 2018 mostra reduções de 68% e de 67% no número de casos de SIDA diagnosticados, respetivamente, em homens e em mulheres.

Na figura 18 são apresentadas as taxas de novos diagnósticos de SIDA por sexo. As taxas apuradas para os anos 2009 e 2018 nos casos de homens foram, respetivamente,

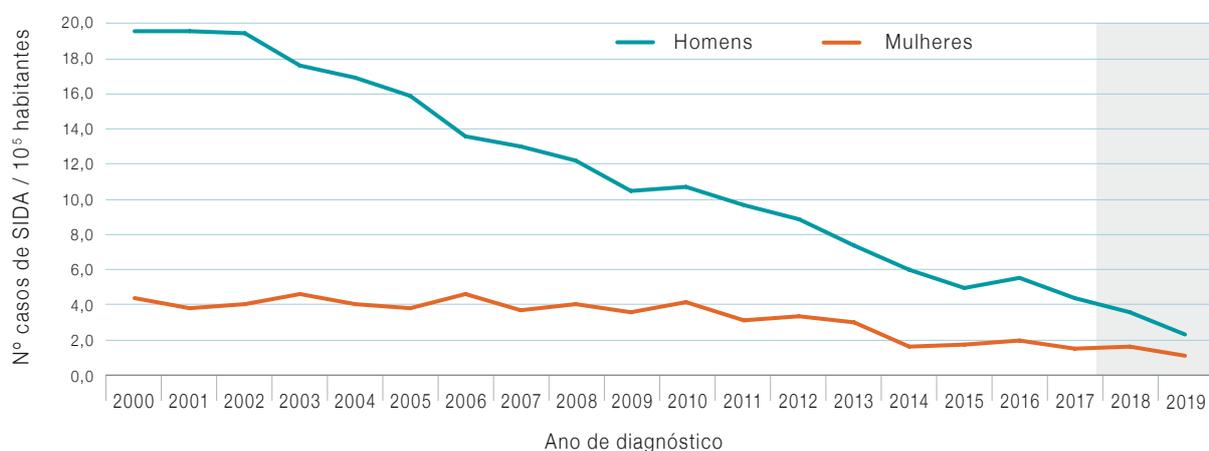


Figura 18 – Casos de SIDA (2000-2019): taxa de novos casos notificados por ano de diagnóstico do estágio e sexo.

10,5 casos/10⁵ habitantes e 3,5 casos/10⁵ habitantes e a sua comparação revela uma redução de 67%. Relativamente às taxas apuradas para os mesmos anos no sexo feminino, verificam-se valores de 3,6 casos/10⁵ habitantes em 2008 e 1,6 casos/10⁵ habitantes em 2018, correspondendo a uma redução de 57%.

Idade ao diagnóstico de SIDA

Em 58,9% dos casos de SIDA acumulados, o diagnóstico de SIDA ocorreu em indivíduos com idades entre 30 e 49 anos, como apresentado no [quadro 33](#). No entanto, a análise dos casos com diagnóstico de SIDA na última década mostrou que em 65,1% a idade ao diagnóstico do

Quadro 33 – Casos de SIDA (1983-2019): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	N	%
<15 anos	Sub-total	141	2	2	2	3	1	1	1	2	1	0	156	0,7
	H	73	1	2	2	2	1	1	0	2	1	0	85	
	M	68	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	71	
15-19 anos	Sub-total	183	2	2	4	2	3	2	1	1	0	1	201	0,9
	H	118	2	1	2	1	3	1	1	1	0	0	130	
	M	65	0	1	2	1	0	1	0	0	0	1	71	
20-24 anos	Sub-total	1350	15	14	17	3	11	10	11	4	4	2	1441	6,3
	H	980	7	10	13	3	9	9	8	4	3	2	1048	
	M	370	8	4	4	0	2	1	3	0	1	0	393	
25-29 anos	Sub-total	3218	44	34	27	29	25	18	29	25	18	9	3476	15,2
	H	2523	23	25	19	17	20	11	23	21	12	8	2702	
	M	694	21	9	8	12	5	7	6	4	6	1	773	
30-39 anos	Sub-total	7106	234	175	180	139	97	86	84	64	53	41	8259	36,2
	H	5886	169	128	126	92	71	62	57	46	31	21	6689	
	M	1220	65	47	54	47	26	24	27	18	22	20	1570	
40-49 anos	Sub-total	3739	268	234	206	177	122	107	124	88	74	61	5200	22,8
	H	3085	200	170	149	126	98	80	95	60	48	40	4151	
	M	654	68	64	57	51	24	27	29	28	26	21	1049	
50-59 anos	Sub-total	1642	131	130	110	100	65	69	69	60	65	37	2478	10,9
	H	1326	86	99	75	68	52	51	50	40	46	27	1920	
	M	316	45	31	35	32	13	18	19	20	19	10	558	
≥60 anos	Sub-total	1011	71	63	79	72	58	47	56	52	41	21	1571	6,9
	H	787	50	49	57	55	41	29	34	41	30	14	1187	
	M	224	21	14	22	17	17	18	22	11	11	7	384	
Desconhecido	Sub-total	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0,2
	Total	18443	767	654	625	525	382	340	375	296	256	172	22835	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.

estádio era superior ou igual a 40 anos. A comparação das medianas dessas idades nos casos com diagnóstico em 2009 e em 2018 revela um aumento de 5,5 anos (41,0 anos vs 46,5 anos) na idade ao diagnóstico de SIDA.

Distribuição geográfica

O padrão de distribuição geográfica dos casos de SIDA, segundo a residência à data da notificação, mostra-se semelhante ao observado para o total dos casos de infeção por VIH, com

os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal a registarem, cumulativamente e para a maioria dos anos, o maior número de casos e as taxas de diagnóstico de SIDA mais elevadas ([quadros 34 e 35](#)).

As taxas médias de diagnósticos de SIDA, estimadas para o último quinquénio (2015-2019), por região NUTS III, são apresentadas na [figura 19](#). As regiões com as taxas médias mais elevadas foram a A.M. de Lisboa, Algarve, Região de Aveiro e Beira Baixa.

Quadro 34 – Casos de SIDA (1983-2019): distribuição segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estádio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	N	%
Aveiro	422	27	27	28	22	12	16	21	15	11	14	615	2,7
Beja	106	5	5	3	4	1	2	3	0	1	0	130	0,6
Braga	438	18	32	29	11	18	5	6	13	0	5	575	2,5
Bragança	70	6	2	2	3	1	1	1	0	0	1	87	0,4
Castelo Branco	115	5	5	9	8	7	2	5	7	3	1	167	0,7
Coimbra	313	11	13	17	10	10	15	13	7	5	2	416	1,8
Évora	121	1	1	3	2	3	2	5	4	0	0	142	0,6
Faro	721	39	46	39	48	15	14	23	15	17	15	992	4,3
Guarda	67	2	1	3	3	3	3	1	2	3	3	91	0,4
Leiria	363	12	17	14	18	17	8	5	7	6	3	470	2,1
Lisboa	7618	350	276	259	227	173	151	151	114	110	75	9504	41,6
Portalegre	49	0	1	2	0	1	0	1	1	2	1	58	0,3
Porto	4270	159	108	113	86	54	54	65	39	37	23	5008	21,9
Santarém	390	22	22	16	13	11	9	9	9	8	1	510	2,2
Setúbal	2356	69	61	59	50	35	34	41	38	35	13	2791	12,2
Viana do Castelo	131	6	5	6	3	6	6	1	2	5	1	172	0,8
Vila -Real	103	12	4	3	0	5	1	4	3	2	0	137	0,6
Viseu	196	9	10	6	5	5	6	7	6	4	6	260	1,1
R.A. Açores	105	4	2	3	1	2	2	2	3	2	1	127	0,6
R.A. Madeira	162	6	9	5	7	2	6	4	3	2	2	208	0,9
Estrangeiro	120	1	3	2	0	0	2	4	1	2	2	137	0,6
Desconhecido	207	3	4	4	4	1	1	3	7	1	3	238	1,0
Total	18443	767	654	625	525	382	340	375	296	256	172	22835	100,0

Quadro 35 – Casos de SIDA (2009-2019): 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									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aveiro	3,8	3,8	3,9	3,1	1,7	2,3	3,0	2,2	1,6	2,0
Beja	3,3	3,3	2,0	2,7	0,7	1,4	2,1	0,0	0,7	0,0
Braga	2,1	3,8	3,4	1,3	2,1	0,6	0,7	1,6	0,0	0,6
Bragança	4,4	1,5	1,5	2,3	0,8	0,8	0,8	0,0	0,0	0,8
Castelo Branco	2,5	2,6	4,7	4,2	3,7	1,1	2,7	3,9	1,7	0,6
Coimbra	2,6	3,0	4,0	2,4	2,4	3,6	3,2	1,7	1,2	0,5
Évora	0,6	0,6	1,8	1,2	1,9	1,3	3,2	2,6	0,0	0,0
Faro	8,6	10,3	8,8	10,9	3,4	3,2	5,2	3,4	3,9	3,4
Guarda	1,2	0,6	1,9	1,9	2,0	2,0	0,7	1,4	2,1	2,1
Leiria	2,5	3,6	3,0	3,9	3,7	1,7	1,1	1,5	1,3	0,7
Lisboa	15,5	12,3	11,5	10,2	7,7	6,7	6,7	5,0	4,8	3,3
Portalegre	0,0	0,9	1,7	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9	1,9	1,0
Porto	8,7	5,9	6,2	4,8	3,0	3,0	3,7	2,2	2,1	1,3
Santarém	4,8	4,9	3,6	2,9	2,5	2,1	2,1	2,1	1,9	0,2
Setúbal	8,1	7,1	6,9	5,9	4,1	4,0	4,8	4,5	4,1	1,5
Viana do Castelo	2,4	2,0	2,5	1,2	2,5	2,5	0,4	0,9	2,2	0,4
Vila -Real	5,8	1,9	1,5	0,0	2,5	0,5	2,1	1,6	1,0	0,0
Viseu	2,4	2,7	1,6	1,4	1,4	1,6	1,9	1,7	1,1	1,7
R.A. Açores	1,6	0,8	1,2	0,4	0,8	0,8	0,8	1,2	0,8	0,4
R.A. Madeira	2,2	3,4	1,9	2,7	0,8	2,3	1,6	1,2	0,8	0,8
Total	6,9	7,2	6,2	6,0	5,0	3,6	3,2	3,5	2,7	2,2

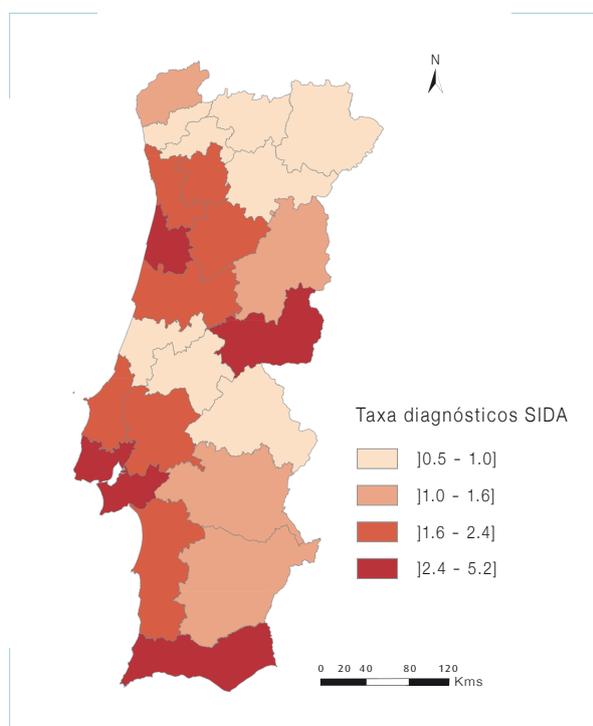


Figura 19 – Taxa média de novos diagnósticos de SIDA (2015-2019) por região NUTS III.

Modo de transmissão

A desagregação dos casos de SIDA segundo o modo de transmissão permite identificar que o maior número de casos se regista em utilizadores de drogas injetadas (n=9553) (quadro 36). No entanto, na análise dos casos com diagnóstico na década mais recente verifica-se que os casos em UDI correspondem apenas a 20,8% do total de casos com diagnóstico neste período (915/4392), sendo mais frequentes os casos que referem transmissão por contacto heterossexual, que correspondem a 61,1% do total (2684/4392). A análise das tendências temporais dos diagnósticos de SIDA para as formas de transmissão mais frequentes, analisando comparativamente os anos 2009 e 2018, revelou um decréscimo de 90% nos casos associados ao consumo de drogas, de 50% nos casos de transmissão heterossexual e de 17% nos casos em HSH.

Quadro 36 – Casos de SIDA (1983-2019): distribuição por categoria de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	N	%
Heterossexual	Sub-total	6752	423	388	355	330	244	216	242	181	184	121	9436	41,3
	H	4641	237	244	204	196	170	130	143	109	106	69	6249	
	M	2110	186	144	151	134	74	86	99	72	78	52	3186	
HSH	Sub-total (H)	2384	89	94	92	64	63	69	82	61	40	27	3065	13,4
UDI	Sub-total	8638	240	165	165	115	68	47	41	39	22	13	9553	41,8
	H	7310	202	139	140	94	56	39	36	32	17	11	8076	
	M	1328	38	26	25	21	12	8	5	7	5	2	1477	
Transfusão ou hemoderivados	Sub-total	215	0	1	2	1	0	1	0	0	0	2	222	1,0
	H	159	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	161	
	M	56	0	0	2	0	0	1	0	0	0	2	61	
Mãe-filho	Sub-total	114	1	2	1	3	1	1	3	1	1	1	129	0,6
	H	52	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	64	
	M	62	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	65	
Outro/Não determinado	Sub-total	16	3	0	4	4	2	1	1	0	1	2	34	0,1
	H	10	2	0	1	3	1	0	1	0	0	1	19	
	M	6	1	0	3	1	1	1	0	0	1	1	15	
Não referido	Sub-total	324	11	4	6	8	4	5	6	14	8	6	396	1,7
	Total	18443	767	654	625	525	382	340	375	296	256	172	22835	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.

Doenças definidoras de SIDA

São consideradas doenças definidoras de SIDA as que constam da lista publicada no [Anexo II](#) deste relatório. 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 25,5%

(n=5822) dos casos, seguida da pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* em 21,1% (n=4795) e da tuberculose extrapulmonar em 20,3% (n=4631). No entanto, ao analisar a informação para os casos associados aos três principais modos de transmissão, observam-se diferenças. Assim, as doenças mais frequentes nos casos de transmissão heterossexual são a PPj (23,4%), a tuberculose pulmonar (19,4%) e a tuberculose extrapulmonar (16,8%); nos casos em HSH são a PPj (30,6%), o sarcoma de Kaposi (20,4%) e a candidose esofágica (13,6%), e nos casos em UDI são a tuberculose pulmonar (37,6%),

a tuberculose extrapulmonar (26,6%) e a PPj (15,3%).

A frequência de diagnóstico das diversas doenças definidoras de SIDA variou ao longo das diferentes décadas da epidemia. A análise das tendências temporais observadas na última década revela 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 quatro anos mais recentes, tornou-se a mais frequente (figura 20).

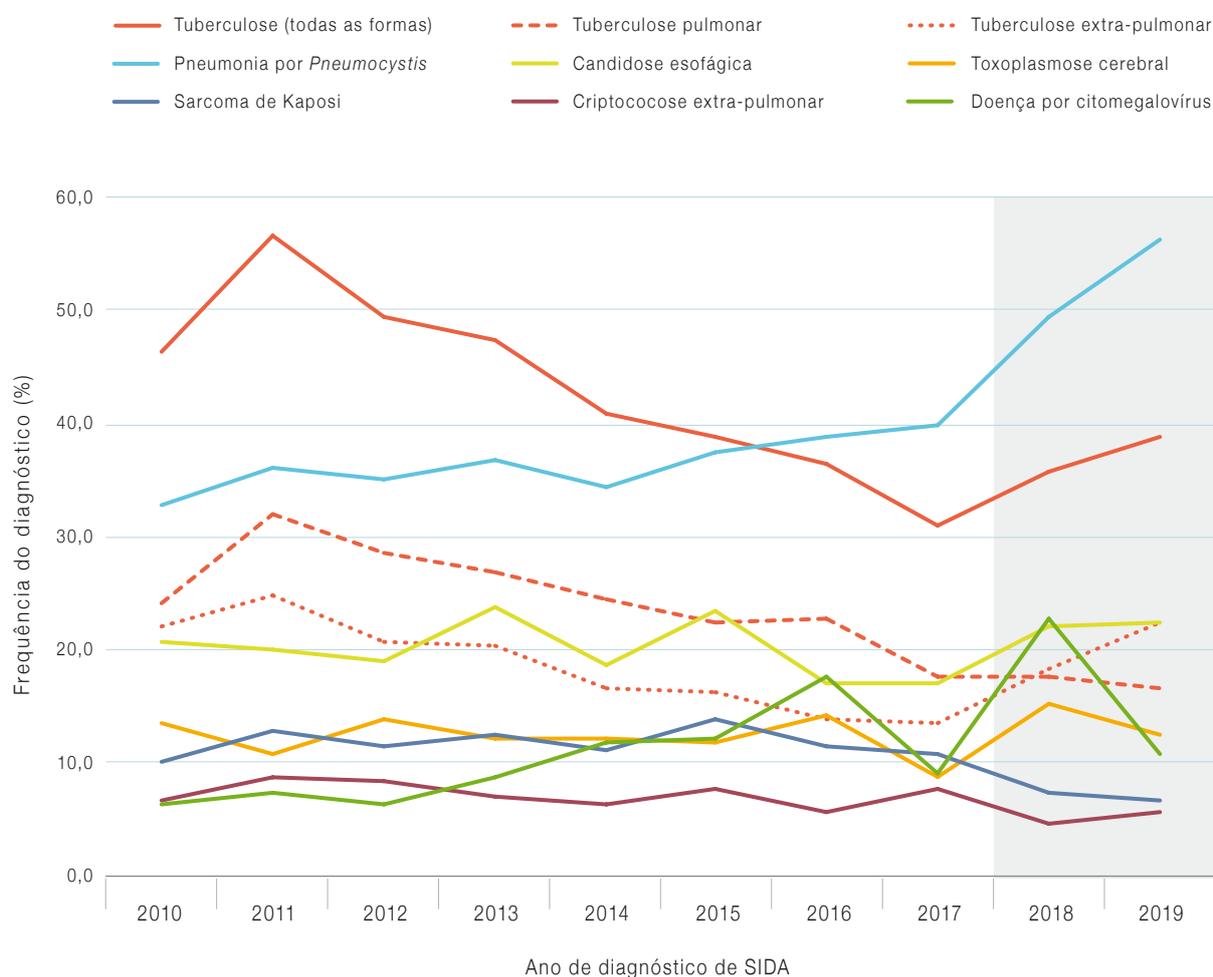


Figura 20 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2010-2019): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

I.2.3 Óbitos nos casos de infeção por VIH e SIDA

Foram notificados em Portugal, 15213 óbitos que ocorreram entre 1984 e 2019 em casos de infeção por VIH, 10905 dos quais registaram-se em casos que atingiram o estágio SIDA (quadro 37).

Características dos óbitos nos casos de infeção por VIH

De acordo com a informação recolhida e sistematizada no quadro 38, referente à distribuição dos óbitos segundo o ano de morte por sexo e categoria de transmissão, o maior número de mortes ocorreu em homens (12366; 81,3%) e em UDI (7417; 48,8%).

Na década mais recente registaram-se 3933 óbitos, dos quais 48,4% (n=1902) em casos de transmissão heterossexual, 41,2% (n=1619) em utilizadores de drogas injetadas e 8,3% (n=328) em HSH.

O diagnóstico mais precoce e a disponibilização de fármacos e esquemas terapêuticos mais eficazes, conduziu a um aumento da sobrevivência nos casos de infeção por VIH e SIDA, pelo que atualmente a maioria dos óbitos regista-se em indivíduos em que o diagnóstico ocorreu há mais de dez anos, por oposição ao que se verificava no ano 2000, quando cerca de 60% dos óbitos ocorriam no ano subsequente ao diagnóstico (figura 21). Nos anos mais recentes mantém-se anualmente uma proporção acima dos 20% de óbitos que ocorrem nos 5 anos após o diagnóstico da infeção por VIH, 65,9% dos quais em indivíduos que se infetaram por contacto heterossexual.

Quadro 37 – Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2019): distribuição por ano de morte.

Ano de morte	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	631	520
2001	703	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	560	338
2011	514	308
2012	487	260
2013	479	273
2014	368	208
2015	351	176
2016	371	189
2017	322	167
2018	284	155
2019	197	91
Desconhecido	246	112
Total	15213	10905

Quadro 38 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1983-2019): distribuição por sexo e categoria de transmissão, segundo o ano de morte.

Ano de morte	Total	Sexo		Modo de transmissão			
		Homens	Mulheres	Heterossexual	HSH	UDI	Outro/NR
≤2009	11034	9124	1909	3419	1356	5671	588
2010	560	439	121	258	33	258	11
2011	514	398	116	235	47	222	10
2012	487	380	107	227	33	212	15
2013	479	384	95	228	36	208	7
2014	368	284	84	170	33	155	10
2015	351	273	78	176	31	139	5
2016	371	278	93	185	31	151	4
2017	322	237	85	162	33	115	12
2018	284	221	63	147	33	97	7
2019	197	145	52	114	18	62	3
Não referido	246	203	43	86	20	127	13
Total	15213	12366	2846	5407	1704	7417	685

Legenda: NR–Não referido.

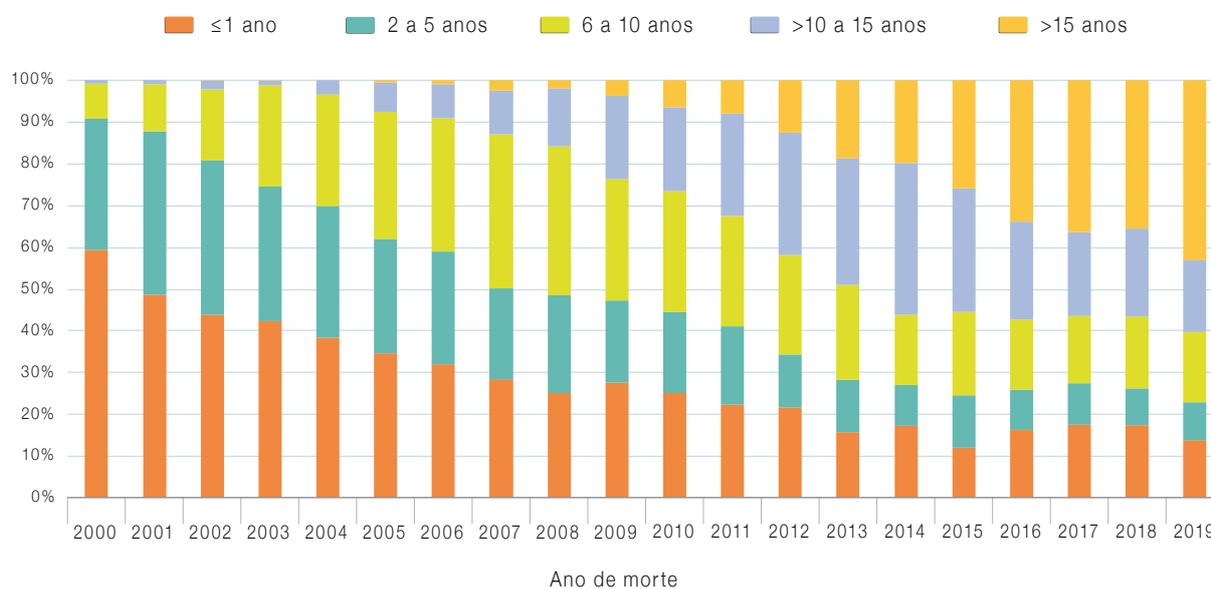


Figura 21 – Óbitos em casos de infeção por VIH (2000-2019): distribuição percentual de acordo com o tempo entre o diagnóstico e a morte para o total de casos, segundo o ano de morte.

CAPÍTULO II

Pessoas que vivem com VIH

II.1 Estimativas nacionais

A infeção por VIH é de progressão lenta, não apresenta sinais ou sintomas específicos e durante grande parte da sua história natural os indivíduos infetados mantêm-se assintomáticos. Estas características, associadas à ausência de perceção de comportamentos de risco, contribuem frequentemente para atraso no seu diagnóstico, favorecendo a existência de uma subpopulação infetada, mas não diagnosticada. Além dos impactos negativos que um diagnóstico tardio tem para a saúde individual, inadvertidamente este irá contribuir para a disseminação da infeção.

O conhecimento da dimensão e características da subpopulação que vive com infeção por VIH não diagnosticada é da maior importância para adequação das iniciativas dirigidas ao diagnóstico e à prevenção.

Para o conhecimento desta fração não diagnosticada importa também conhecer a prevalência da infeção na população e ambas as medidas podem ser estimadas com recurso a modelos matemáticos. Em Portugal, nas estimativas realizadas até à data foi utilizado o modelo disponibilizado pelo ECDC, *HIV Modelling Tool*⁵. Esta ferramenta usa os dados obtidos na vigilância epidemiológica de rotina para efetuar as estimativas da prevalência, incidência, fração não diagnosticada e demora diagnóstica (tempo decorrido entre a infeção e o diagnóstico), contudo, está parametrizada apenas para obter estimativas para a infeção por VIH-1.

A subnotificação dos óbitos e as saídas do país afetam diretamente as estimativas relativas à

prevalência, incrementando-a. Na modelação efetuada em 2016 foi concebida e aplicada uma estratégia de ajustamento dos dados da vigilância epidemiológica, que teve por objetivo impedir essa situação⁶. A estratégia consiste em não considerar para os cálculos os casos de infeção por VIH diagnosticados entre 1983 e 1997 que não estejam em seguimento clínico e para os quais nunca foi comunicado o óbito, e ainda em retirar, em percentagem progressivamente decrescente, os casos com diagnóstico entre 1998 e 2007 para os quais também não existe evidência de seguimento clínico. O pressuposto assenta na história natural da infeção por VIH-1, que torna altamente improvável que um indivíduo com infeção há mais de 20 anos, sem seguimento clínico e, conseqüentemente, sem a necessária terapêutica antirretroviral, esteja vivo e no país.

Esta estratégia foi posteriormente replicada nas estimativas relativas a 2017¹¹ e nas atuais, que se referem ao ano 2018. Não são efetuadas estimativas relativas ao ano mais recente por se considerar que os respetivos dados não estão ainda estabilizados.

Os resultados obtidos por aplicação da ferramenta acima indicada, assinalavam que em Portugal, no final de 2018, existiriam um total de 41.305 (40.739-41.876) pessoas a viver com VIH (PVVIH), valor que corresponde a uma prevalência nacional de 0,40% (0,40-0,41%). Ainda, foi estimado que estariam por diagnosticar 2.807 (2.475-3.206) infeções, o que equivale a 6,8% (6,0%-7,7%) do total das PVVIH que viviam em Portugal no final de 2018.

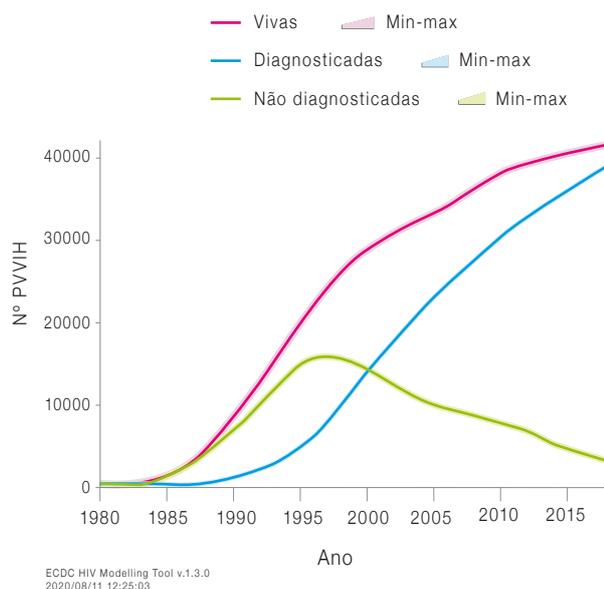


Figura 22 – Tendências temporais na prevalência da infeção por VIH e frações diagnosticada e não diagnosticada.

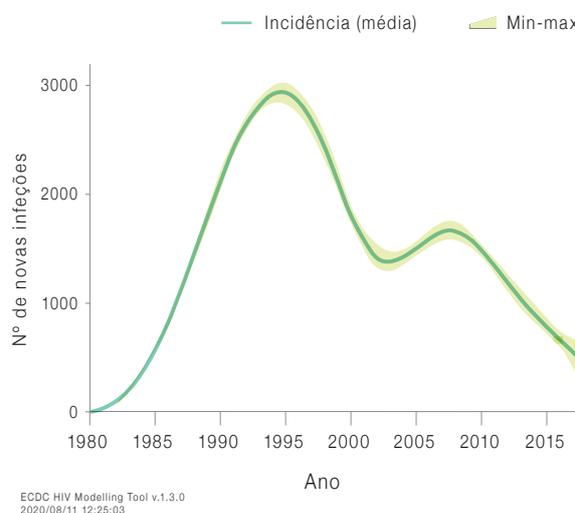


Figura 23 – Tendências temporais na incidência estimada da infeção por VIH.

A [figura 22](#) ilustra as tendências estimadas para as diferentes frações da epidemia. Constatou-se que a fração não diagnosticada estimada sofreu um decréscimo constante desde a segunda metade da década de 90. Na última década, a redução corresponde a 68% quando são comparadas as proporções calculadas para 2009 e 2018, respetivamente, 22,1% (n=8.117) e 6,8% (n=2.807).

De acordo com os resultados da modelação terão ocorrido em Portugal 414 (165-609) novas infeções por VIH durante o ano 2018, o que corresponde a uma taxa de incidência estimada de 4,0 (1,6-5,9) infeções/10⁵ habitantes. A incidência nacional terá atingido o seu máximo na primeira metade da década de 90 ([figura 23](#)), estimando-se que no ano de 1995 terão ocorrido 2.920 novas infeções (2.822-3.026). Ao decréscimo sustentado, observado entre 1996 e 2003, seguiu-se um novo incremento até 2008, de aproximadamente 21%, tendência que aparenta ter sido invertida.

O cálculo da demora diagnóstica é outro dos parâmetros que resultam da aplicação do modelo, estimando-se que em 2018 o tempo médio decorrido entre a infeção por VIH e o seu diagnóstico foi de 3,4 anos (3,2-3,6). A comparação deste valor com o obtido para o ano 2009 (4,5 anos; 4,4-4,6 anos) evidencia um diagnóstico tendencialmente mais precoce.

Como constatado no capítulo anterior, as características da epidemia são diversas em diferentes subpopulações, particularmente quando desagregadas pelo modo de transmissão. A modelação com dados estratificados pelas formas de transmissão mais frequentes permitiu obter estimativas desagregadas e cuja informação é da maior importância para a ação e avaliação, cujos resultados estão resumidos no [quadro 39](#). À semelhança do verificado nas estimativas anteriores referentes ao ano 2017, observam-se diferenças marcadas ao nível da fração não diagnosticada, a mais elevada das

Quadro 39 – Resultados das estimativas nacionais para o ano 2018: total e por modo de transmissão

Estimativa	Modo de transmissão				
	Total	HETERO-M	HETERO-F	HSH	UDI
PVVIH	41305 (40739-41876)	11293 (11068-11795)	10629 (10354-10883)	9684 (9463-9992)	9577 (9392-9910)
PVVIH diagnosticadas	38498 (38039-38899)	9818 (9608-10071)	9650 (9496-9862)	8987 (8810-9202)	9443 (9256-9779)
PVVIH não diagnosticadas (n)	2807 (2475-3206)	1475 (1330-1901)	980 (798-1160)	697 (580-868)	134 (112-214)
PVVIH não diagnosticadas (%)	6,8 (6,0-7,7)	13,1 (11,9-16,0)	9,2 (7,7-10,8)	7,2 (6,7-8,9)	1,4 (1,2-2,2)
Nº novas infeções ocorridas em 2018	414 (165-609)	76 (45-298)	160 (47-286)	190 (129-270)	2 (1-52)
Demora diagnóstica (anos)	3,4 (3,2-3,6)	5,4 (5,2-5,7)	4,0 (3,8-4,2)	2,2 (2,0-2,5)	5,2 (5,0-5,3)

Legenda: PVVIH-pessoas que vivem com VIH

quais (13,1%) foi encontrada para os casos em homens que adquiriram a infeção por contacto heterossexual e a menor foi encontrada para os UDI (1,4%). Estima-se que em 2018 o maior número de infeções tenha ocorrido entre os HSH (n=190) e o menor entre os UDI (n=2), contudo, a incerteza associada a estes valores é relativamente elevada. As estimativas indicam que os diagnósticos mais precoces ocor-

rem nos HSH, para os quais foi apurada uma demora diagnóstica de 2,2 anos (2,0-2,5 anos), e os mais tardios entre os homens que adquiriram a infeção por contacto heterossexual, 5,4 anos (5,2-5,7 anos), valores que estão em consonância com as percentagens de diagnósticos tardios encontradas para esses grupos e descritas no capítulo I.

II.2 Estimativas para as cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH

A 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 – ONUSIDA¹², conta com a participação de 10 cidades portuguesas, nomeadamente: Almada, Amadora, Cascais, Lisboa, Loures, Odivelas, Oeiras, Portimão, Porto e Sintra. O apuramento das características das epidemias locais, bem como das taxas de diagnóstico de infeção por VIH nos diferentes municípios do país permitiu motivar a sua adesão à iniciativa e o delimitamento das estratégias e planos de ação locais¹³.

O conhecimento da fração não diagnosticada em cada cidade afigura-se assim da maior importância, não só por permitir a monitorização dos objetivos a que se propuseram, como também por possibilitar a adequação das estratégias já implementadas e a implementar de modo a que atinjam esses objetivos da forma mais eficaz.

Assim, foram realizadas estimativas para as 10 cidades, usando a ferramenta anteriormente referida e os dados foram ajustados de acordo com a estratégia usada para os dados nacionais e já atrás explanada.

Os resultados correspondentes a cada cidade são apresentados em seguida e incluem: um pequeno resumo das características dos casos diagnosticados no quinquénio 2014-2018; as imagens relativas ao ajuste do modelo (*Goodness of fit*); as imagens referentes às tendências temporais das incidências e prevalências estimadas para o período 1984-2018 e um qua-

dro resumo dos valores obtidos nas estimativas para o ano 2018.

Destes resultados, ainda preliminares pois carecem de discussão com os grupos de trabalho locais, destaca-se o facto de 7 cidades terem já em 2018 atingido o primeiro objetivo, com mais de 90% dos casos diagnosticados. Mas as diferenças entre as epidemias locais não se cingem apenas às observadas na fração não diagnosticada. São identificadas curvas de incidência bastante distintas, com dinâmicas diversas e diferenças temporais nos seus momentos de incremento e redução. Para algumas cidades, são identificados dois períodos de incremento espaçados no tempo, possivelmente correspondendo a picos de disseminação distintos. Também na demora diagnóstica, ou seja, no tempo médio decorrente entre a infeção e o seu diagnóstico, se verifica alguma diversidade. Importa ainda clarificar que o número estimado de novas infeções corresponde às transmissões ocorridas no ano em questão, o que é diferente do número de diagnósticos ou novos casos notificados, uma vez que o diagnóstico ocorre frequentemente anos após a infeção.

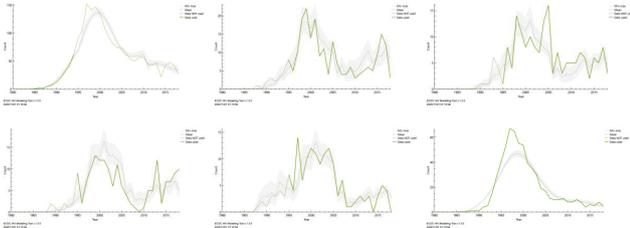
A dimensão de algumas destas epidemias locais, bem como os atrasos nas notificações, são fatores que terão impacto na modelação, contribuindo para uma maior incerteza nos valores estimados. Aconselha-se por isso prudência na leitura e interpretação destes dados.

Esta informação foi divulgada, em forma de comunicação oral, no 2º Workshop *Fast-track Cities Portugal* que decorreu *online*, em novembro do corrente ano.

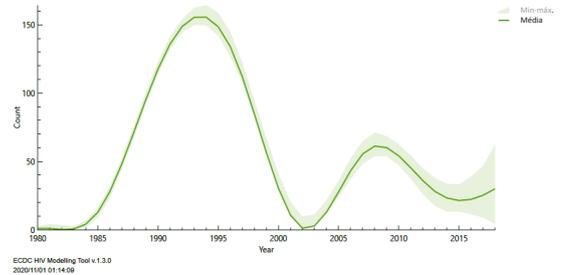
ALMADA

Características novos casos (2014 a 2018)
 Nº casos: **191** (H/M=2,4) | Taxa de diagnósticos: **22,5** casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): **38**
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): **339,5**
 Forma de transmissão mais frequente: **Heterossexual** (58,1%)
 % Migrantes: **38%** (63% África subsariana)

Goodness of fit do modelo



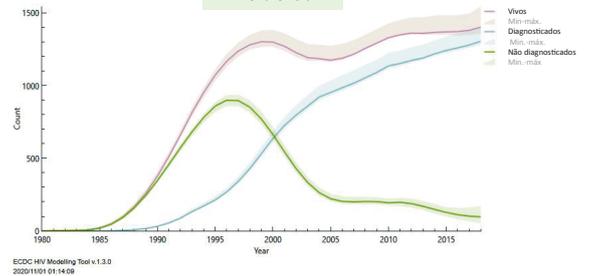
Incidência



Resultados

PVVIH	1402 (1355-1405)
PVVIH diagnosticadas	1305 (1280-1404)
PVVIH não diagnosticadas (n)	97 (53-172)
PVVIH não diagnosticadas (%)	6,9 (3,9-11,4)
Nº novas infeções em 2018	30 (4-62)
Demora diagnóstica (anos)	3,1 (2,4-4,1)

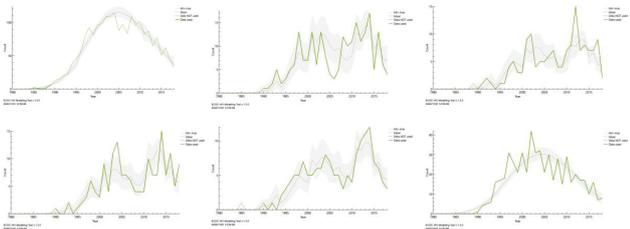
Prevalência



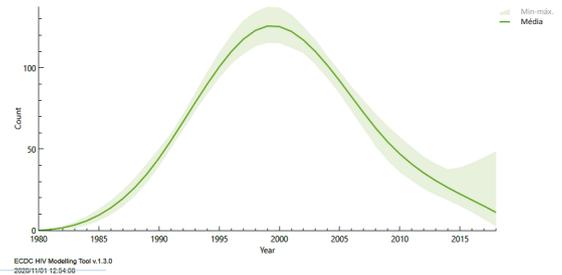
AMADORA

Características novos casos (2014 a 2018)
 Nº casos: **300** (H/M=1,2) | Taxa de diagnósticos: **33,6** casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): **40**
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): **286**
 Forma de transmissão mais frequente: **Heterossexual** (77,7%)
 % Migrantes: **67%** (84% África subsariana)

Goodness of fit do modelo



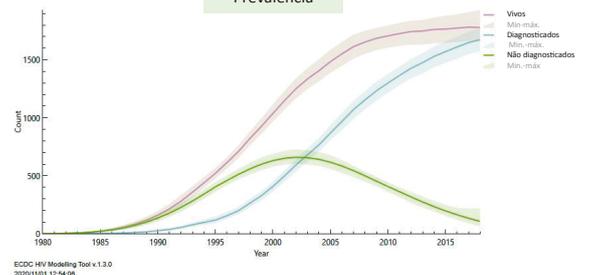
Incidência



Resultados

PVVIH	1779 (1661-1931)
PVVIH diagnosticadas	1674 (1574-1772)
PVVIH não diagnosticadas (n)	106 (63-217)
PVVIH não diagnosticadas (%)	5,9 (3,7-11,3)
Nº novas infeções em 2018	11 (2-49)
Demora diagnóstica (anos)	3,6 (2,8-5,0)

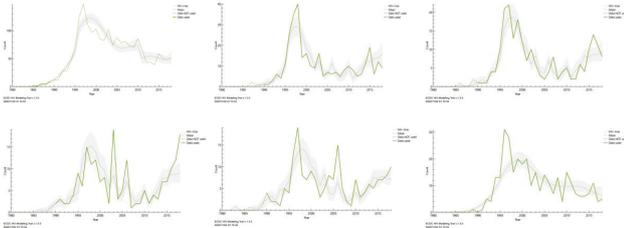
Prevalência



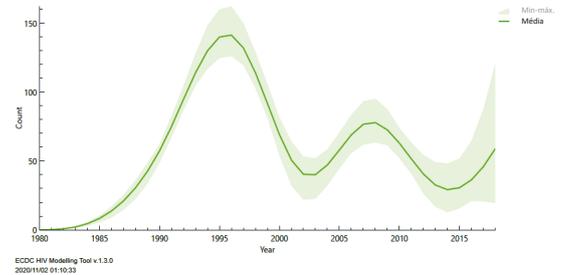
CASCAIS

Características novos casos (2014 a 2018)
 Nº casos: 267 (H/M=2,0) | Taxa de diagnósticos: 15,9 casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): 40
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): 340
 Forma de transmissão mais frequente: **Heterossexual** (63,7%)
 % Migrantes: 52% (53% África subsariana)

Goodness of fit do modelo



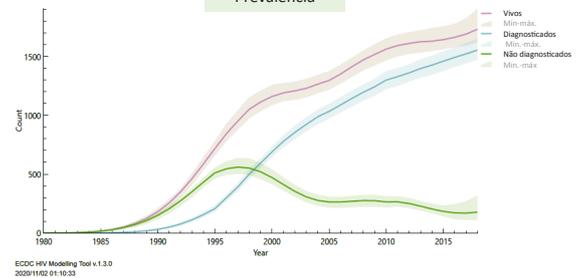
Incidência



Resultados

PVVIH	1734 (1623-1911)
PVVIH diagnosticadas	1557 (1475-1655)
PVVIH não diagnosticadas (n)	177 (108-320)
PVVIH não diagnosticadas (%)	10,2 (6,6-17,3)
Nº novas infeções em 2018	59 (19-121)
Demora diagnóstica (anos)	3,5 (2,7-4,7)

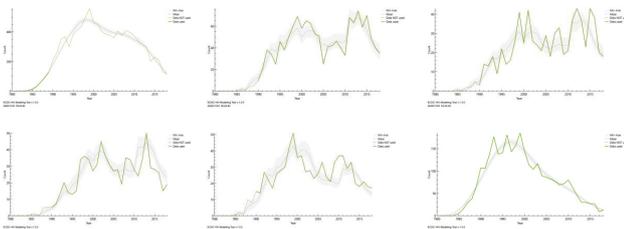
Prevalência



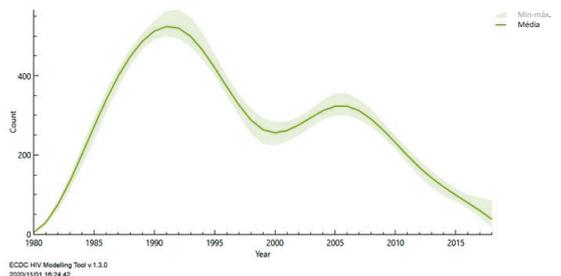
LISBOA

Características novos casos (2014 a 2018)
 Nº casos: 908 (H/M=4,7) | Taxa de diagnósticos: 35,9 casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): 33
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): 419
 Forma de transmissão mais frequente: **HSH** (61,1%)
 % Migrantes: 48% (51% América latina)

Goodness of fit do modelo



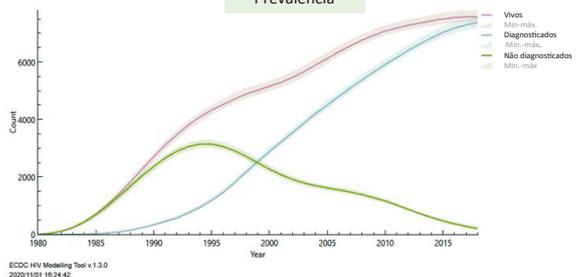
Incidência



Resultados

PVVIH	7573 (7391-7816)
PVVIH diagnosticadas	7375 (7197-7592)
PVVIH não diagnosticadas (n)	199 (152-276)
PVVIH não diagnosticadas (%)	2,6 (2,0-3,6)
Nº novas infeções em 2018	38 (15-84)
Demora diagnóstica (anos)	2,3 (2,0-2,7)

Prevalência

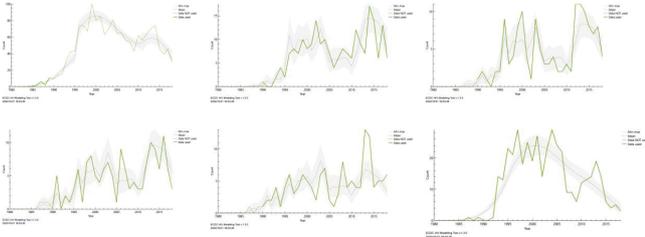


LOURES

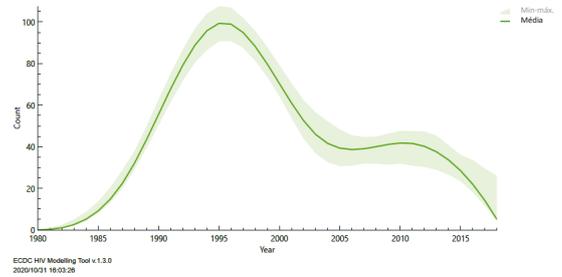
Características novos casos (2014 a 2018)

Nº casos: **247** (H/M=1,7) | Taxa de diagnósticos: **23,8** casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): **41**
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): **353**
 Forma de transmissão mais frequente: **Heterossexual** (65,2%)
 % Migrantes: **52%** (74% África subsariana)

Goodness of fit do modelo



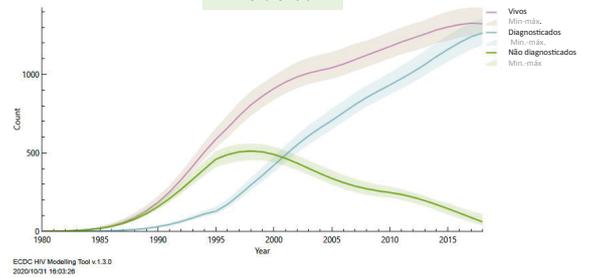
Incidência



Resultados

PVVIH	1324 (1255-1427)
PVVIH diagnosticadas	1265 (1190-1361)
PVVIH não diagnosticadas (n)	58 (35-59)
PVVIH não diagnosticadas (%)	4,4 (2,8-7,8)
Nº novas infeções em 2018	5 (4-25)
Demora diagnóstica (anos)	2,5 (1,9-3,2)

Prevalência

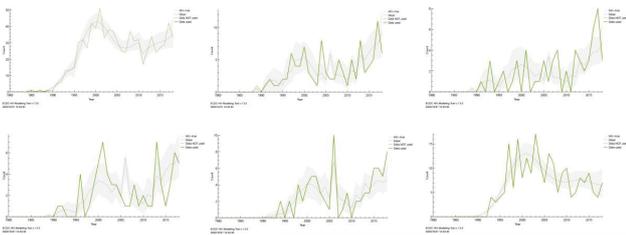


ODIVELAS

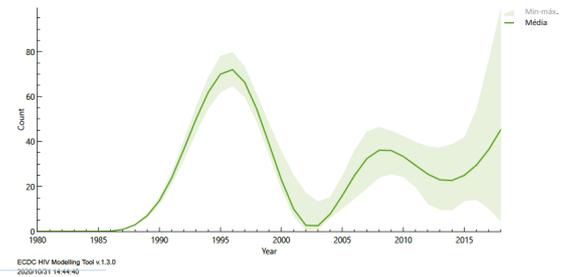
Características novos casos (2014 a 2018)

Nº casos: **171** (H/M=0,9) | Taxa de diagnósticos: **21,9** casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): **38**
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): **290**
 Forma de transmissão mais frequente: **Heterossexual** (71,9%)
 % Migrantes: **44%** (89% África subsariana)

Goodness of fit do modelo



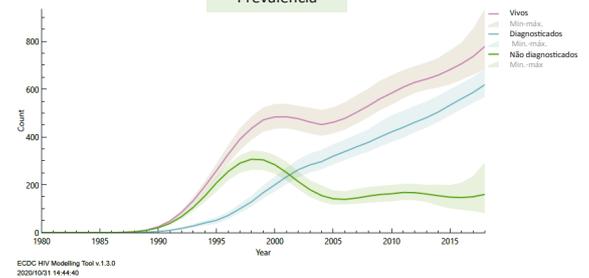
Incidência



Resultados

PVVIH	779 (683-934)
PVVIH diagnosticadas	619 (567-684)
PVVIH não diagnosticadas (n)	160 (81-294)
PVVIH não diagnosticadas (%)	20,5 (11,8-31,8)
Nº novas infeções em 2018	45 (4-100)
Demora diagnóstica (anos)	4,4 (3,1-6,1)

Prevalência

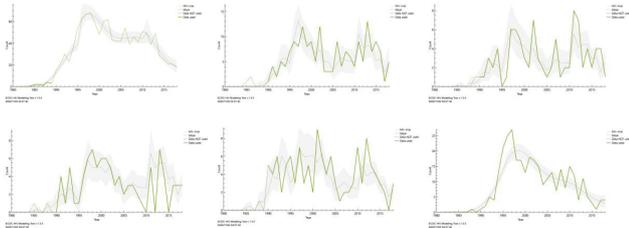


OEIRAS

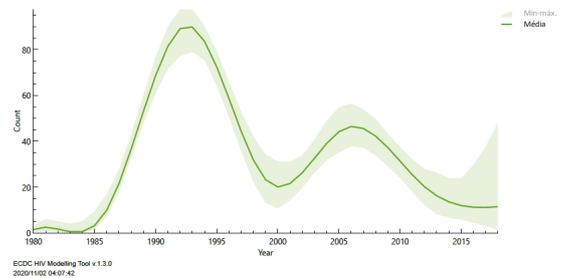
Características novos casos (2014 a 2018)

Nº casos: **115** (H/M=3,3) | Taxa de diagnósticos: **13,2** casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): **37**
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): **430**
 Forma de transmissão mais frequente: **HSH** (48,7%)
 % Migrantes: **46%** (58% América latina)

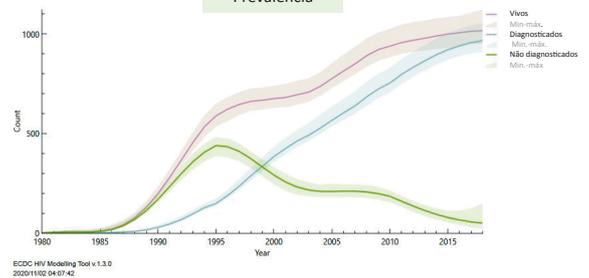
Goodness of fit do modelo



Incidência



Prevalência



Resultados

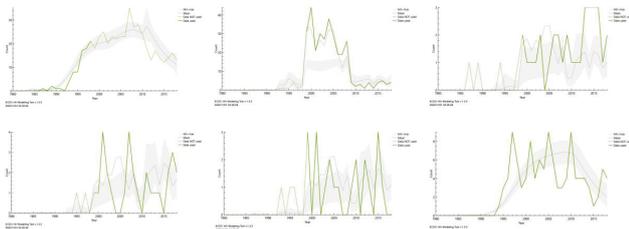
PVVIH	1017 (950-1124)
PVVIH diagnosticadas	967 (910-1054)
PVVIH não diagnosticadas (n)	50 (21-149)
PVVIH não diagnosticadas (%)	4,9 (2,1-13,3)
Nº novas infeções em 2018	11 (1-48)
Demora diagnóstica (anos)	3,2 (2,1-5,1)

PORTIMÃO

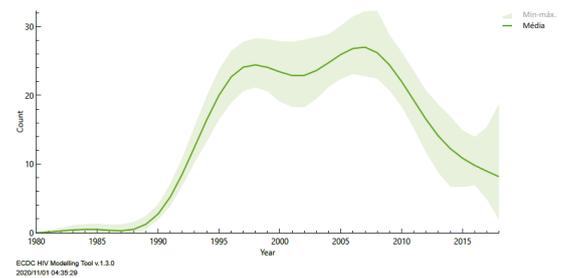
Características novos casos (2014 a 2018)

Nº casos: **70** (H/M=4,4) | Taxa de diagnósticos: **25,3** casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): **41,5**
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): **446**
 Forma de transmissão mais frequente: **Heterossexual** (55,7%)
 % Migrantes: **36%** (63% África subsariana)

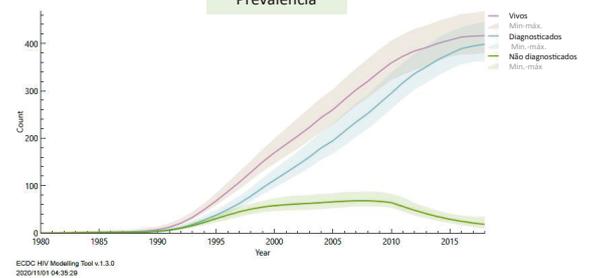
Goodness of fit do modelo



Incidência



Prevalência



Resultados

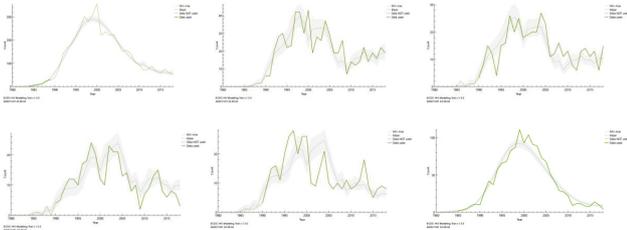
PVVIH	417 (380-469)
PVVIH diagnosticadas	399 (362-446)
PVVIH não diagnosticadas (n)	18 (9-35)
PVVIH não diagnosticadas (%)	4,3 (1,9-7,8)
Nº novas infeções em 2018	8 (2-19)
Demora diagnóstica (anos)	1,6 (1,1-2,5)

PORTO

Características novos casos (2014 a 2018)

Nº casos: **315** (H/M=4,3) | Taxa de diagnósticos: **29,3** casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): **34**
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): **396,5**
 Forma de transmissão mais frequente: **HSH** (50,5%)
 % Migrantes: **24%** (53% América latina)

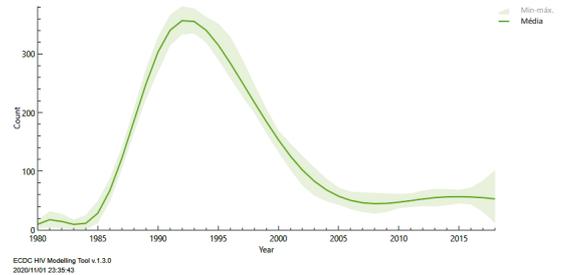
Goodness of fit do modelo



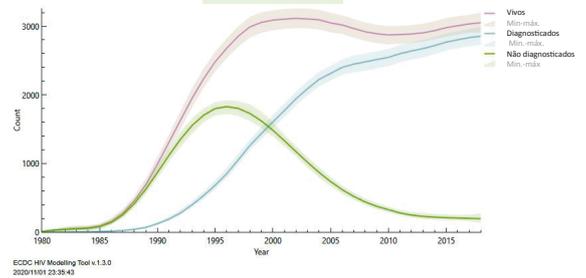
Resultados

PVVIH	3052 (2910-3199)
PVVIH diagnosticadas	2856 (2729-2991)
PVVIH não diagnosticadas (n)	195 (136-276)
PVVIH não diagnosticadas (%)	6,4 (4,5-8,8)
Nº novas infeções em 2018	53 (11-103)
Demora diagnóstica (anos)	3,4 (3,0-3,9)

Incidência



Prevalência

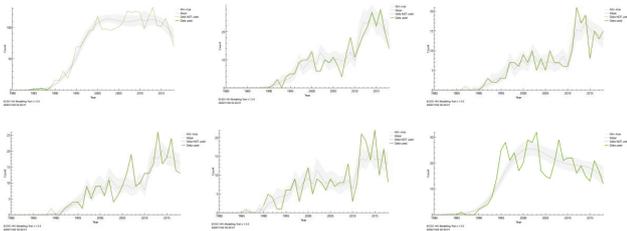


SINTRA

Características novos casos (2014 a 2018)

Nº casos: **544** (H/M=1,3) | Taxa de diagnósticos: **28,3** casos/10⁵ hab.
 Idade mediana ao diagnóstico (anos): **40**
 Mediana dos CD4 ao diagnóstico (nº cél/mm³): **336,5**
 Forma de transmissão mais frequente: **Heterossexual** (72,8%)
 % Migrantes: **60%** (86% África subsariana)

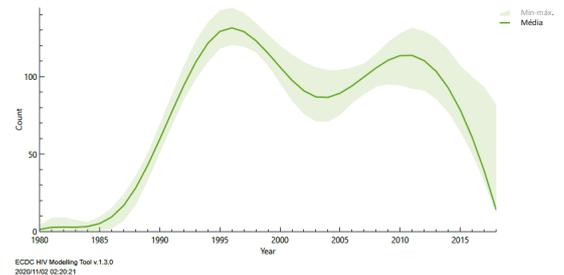
Goodness of fit do modelo



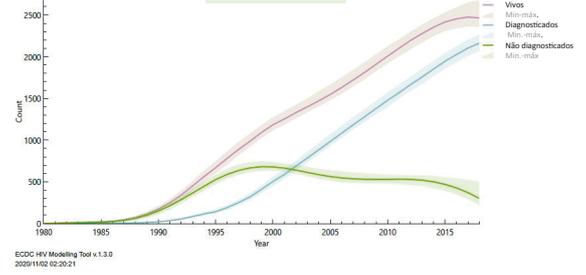
Resultados

PVVIH	2465 (2357-2681)
PVVIH diagnosticadas	2163 (2069-2267)
PVVIH não diagnosticadas (n)	302 (225-501)
PVVIH não diagnosticadas (%)	12,2 (9,5-18,8)
Nº novas infeções em 2018	14 (12-82)
Demora diagnóstica (anos)	4,4 (3,7-5,5)

Incidência



Prevalência



CAPÍTULO III

Prevenção e rastreio

III.1 Prevenção

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

Em 2019, o programa de distribuição gratuita de materiais preventivos e informativos permitiu a distribuição de cerca de cinco milhões e quinhentos mil preservativos masculinos e femininos e de mais de um milhão e quinhentas mil embalagens de gel lubrificante.

A distribuição de preservativos masculinos registou um aumento de 16% em comparação com o ano anterior, tendo sido entregues às entidades requisitantes um total de 5.489.393 unidades (figura 24).

A informação disponível sobre as populações que beneficiaram dos meios preventivos, permitiu constatar que os preservativos masculinos de modelo clássico e extra-forte foram maioritariamente distribuídos entre os trabalhadores do sexo (TS), 36,5% e homens que fazem sexo com homens (HSH), 17,8%.

O número de preservativos femininos voltou a registar um ligeiro decréscimo, de 6% face ao ano de 2018, tendo sido disponibilizadas 159.600 unidades. Os trabalhadores do sexo foram a população que mais beneficiou desse meio preventivo (31%), seguidos da população em geral com um benefício de 22,3%.

A quantidade de gel lubrificante distribuída mantém a tendência do ano anterior, registando-se um aumento no valor de 11%, sendo disponibilizadas 1.504.368 saquetas. As embalagens de gel lubrificante beneficiaram maioritariamente, os trabalhadores do sexo (35,0%) seguida dos HSH (29,6%).

A DGS/PNVIHSIDA, através do Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos, disponibilizou às Administrações Regionais de Saúde 1.456.704 unidades de preservativos masculinos e 63.300 unidades de preservativos femininos, totalizando um aumento de 50% no valor de preservativos entregues, face ao ano anterior.

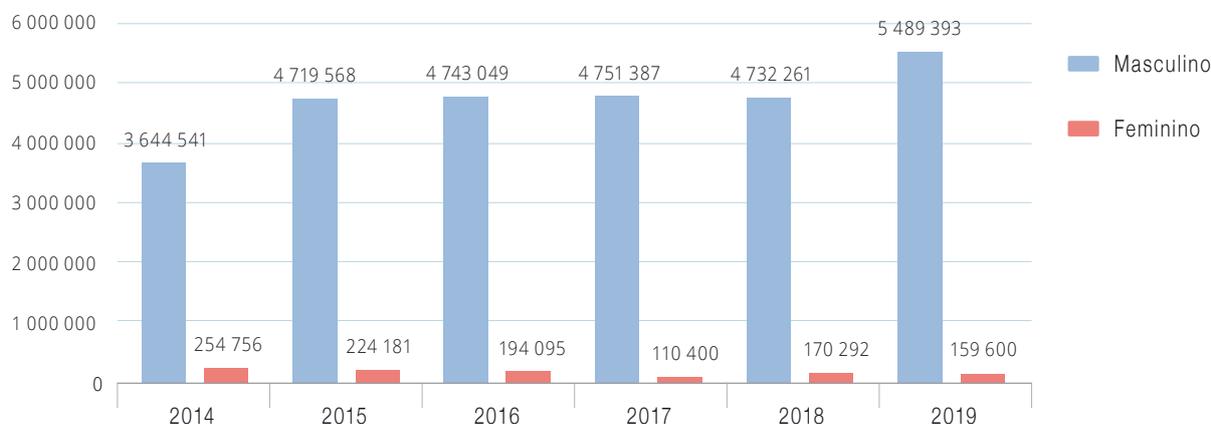


Figura 24 – Preservativos masculinos e femininos: tendências temporais do número de preservativos distribuídos.

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, implementado em 1993, abrange os 18 distritos do território nacional e as regiões autónomas dos Açores e da Madeira e disponibiliza o fornecimento gratuito de material de injeção para consumo e recolha de seringas usadas, evitando a troca de seringas entre utilizadores e permitindo a diminuição do tempo de retenção de seringas utilizadas.

O Programa Troca de Seringas distribuiu em 2019, 1.413.228 seringas, maioritariamente pelas equipas de redução de risco e minimização de danos (ERRMD) (77%), seguidas pelas farmácias comunitárias (21%) (figura 25). As unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram responsáveis pela dis-

tribuição de 1% de seringas, mantendo-se a tendência decrescente do número de seringas distribuídas nestas estruturas, encontrando-se atualmente apenas 23 unidades de saúde com participação ativa no PTS.

No âmbito do PTS foram distribuídos 557.201 preservativos, verificando-se assim uma diminuição de 23% no número de preservativos distribuídos, comparativamente ao ano anterior (724.453 em 2018).

A distribuição do Kit do PTS através do Posto Móvel registou uma diminuição significativa entre 2016 e 2019 na ordem de -70%, facto que poderá ser justificado por diversas alterações que se têm vindo a verificar no concelho da Amadora, onde a unidade intervém, nomeadamente o desmantelamento do Bairro 6 de Maio, local identificado como espaço de venda e consumo. Este facto determinou o reequacionamento do modelo de funcionamento desta estrutura, tendo sido definido um novo processo de concurso para contratação de uma entidade que assegure uma resposta adequada às características do consumo atual na Área Metropolitana de Lisboa,

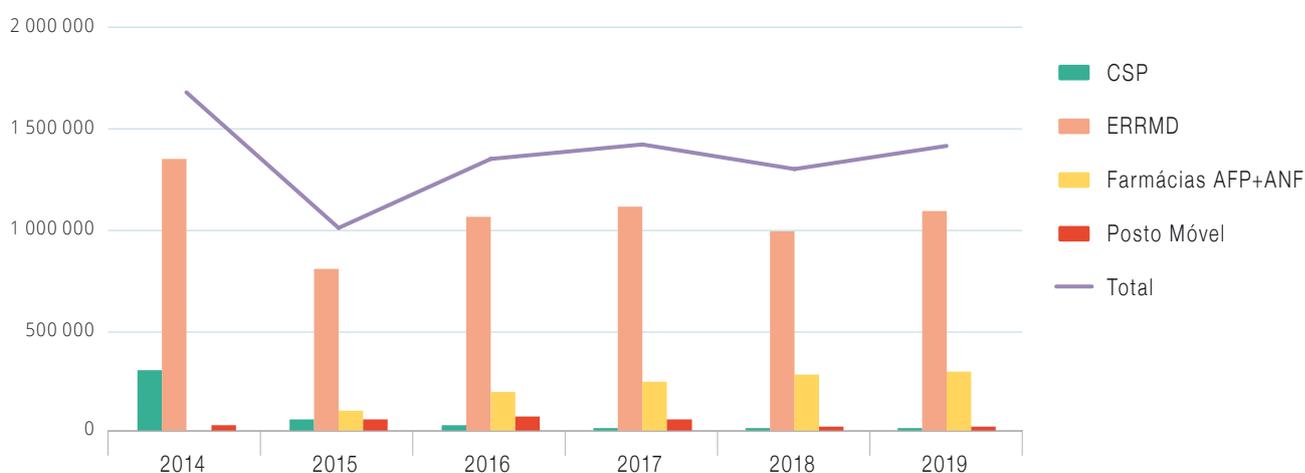


Figura 25 – Seringas distribuídas/trocadas: tendências temporais do número de seringas distribuídas/trocadas por tipologia de estruturas.

nomeadamente nos novos locais de venda e consumo e a cobertura de respostas nos diferentes concelhos.

As Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos que reportaram o maior número de *kits* distribuídos/trocados correspondem aos distritos do Porto, Lisboa, Coimbra, Ilha da Madeira e Ilha de São Miguel-Açores.

As farmácias aderentes reportaram um maior número de *kits* distribuídos/trocados nos distritos de Lisboa, Porto, Coimbra, Santarém e Setúbal. Salienta-se que nos distritos de Évora, Castelo Branco, Guarda e Viseu, as farmácias são as únicas estruturas que disponibilizam o Programa Troca de Seringas.

latório anterior¹¹ sobre o número de pessoas abrangidas pela PrEP, permite-nos concluir que existe ainda um grande hiato entre o número de pessoas que dela beneficiam e aquelas que dela necessitam. A aposta na descentralização das consultas da PrEP deverá constituir uma prioridade nacional, com vista a potenciar-se a máxima eficácia desta estratégia, com um impacto significativo na evolução da epidemia, particularmente entre a população HSH.

Profilaxia Pré-Exposição da Infeção por VIH (PrEP)

Inicialmente disponível em 2018 através de um Programa de Acesso Precoce (PAP)^{14,15}, atualmente, a PrEP está disponível em todo o país, em diversas instituições da rede de referência hospitalar para a infeção por VIH¹⁶.

No presente relatório não é disponibilizada informação quantitativa sobre a PrEP, uma vez que os dados para a monitorização desta estratégia, extraídos de forma automática através da aplicação informática S-Clínico, se mostraram robustos, carecendo de validação por parte das instituições de saúde. O Programa Nacional está a envidar todos os esforços com vista à obtenção de dados precisos sobre a evolução da implementação da PrEP em Portugal que serão publicados oportunamente.

Contudo, a informação disponibilizada no re-

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. Pese embora Portugal apresente 93,2% de pessoas que vivem com VIH já diagnosticadas, a elevada proporção de diagnósticos tardios de novas infeções 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. A referenciação atempada e o acompanhamento dos casos reativos para o Serviço Nacional de Saúde, são um garante de que as pessoas que vivem com a infeção acedam ao melhor e mais adequado tratamento.

Cuidados de Saúde Primários

Em 2019, os dados provisórios disponíveis dão conta de 149.417 testes VIH prescritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), valor que não inclui ainda os dados do segundo semestre das regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Algarve.

Por outro lado, a disponibilização do teste rápido nos CSP, numa perspetiva de não perder oportunidades de diagnóstico, manteve a tendência significativamente crescente, registando-se em 2019, a realização de 27.577 testes em 261 unidades de saúde, o que corresponde a um aumento de 40% comparativamente ao ano anterior (figura 26). Foram identificados 41 casos reativos, o que representa uma proporção de 0,14%. De facto, desde 2014, tem-

-se verificado um crescimento acentuado do número de testes realizados, assinalando-se um aumento de mais de 600%, até 2019. Do total de testes realizados em 2019, 80% dizem respeito à região Norte.

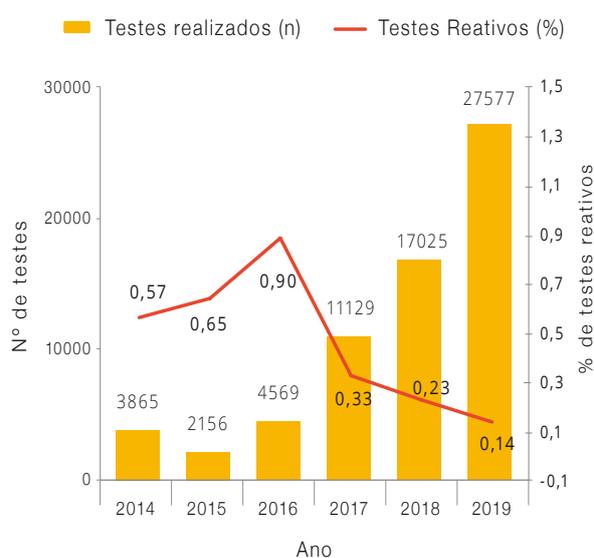


Figura 26 – Testes rápidos realizados nos Cuidados de Saúde Primários: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.

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 2019, um total de 7.734 testes rápidos realizados, com uma proporção de reativos de 1,80%. A atividade dos CAD registou uma redução de 35% no número de testes realizados nos últimos 5 anos. Em contrapartida, a proporção de casos reativos tem vindo a aumentar em igual período (figura 27).

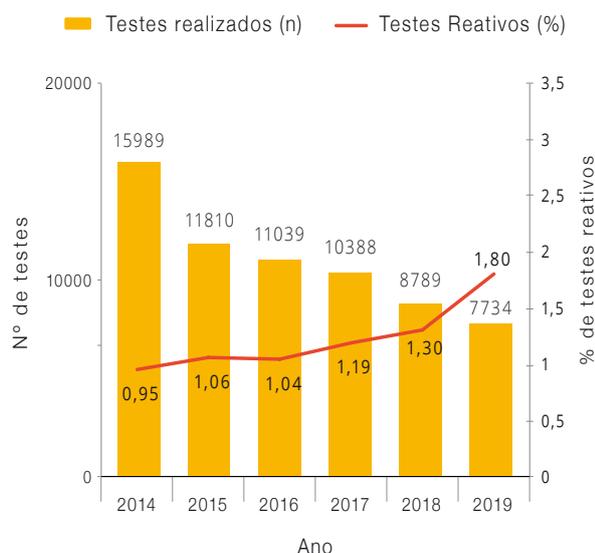


Figura 27 – Testes rápidos realizados nos Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.

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.

Através dos projetos desenvolvidos por organizações de base comunitária financiadas pela DGS e no âmbito do Acordo entre o Grupo de Ativistas sobre Tratamentos (GAT) e a ARSLVT, verifica-se um crescimento anual significa-

tivo do número de testes realizados, atingindo-se em 2019 o total de 30.257 testes, com uma proporção de 1,22% de resultados reativos (figura 28). Desde 2014, assinalou-se um aumento do número de testes realizados por estas estruturas de cerca de 800%. À semelhança do que se verifica nos Cuidados de Saúde Primários, a proporção de casos reativos identificados revela igualmente tendência decrescente.

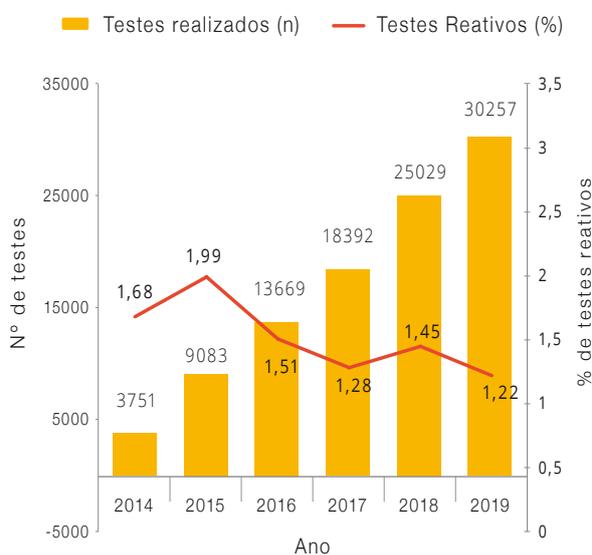


Figura 28 – Testes rápidos realizados em Organizações não-governamentais e de base comunitária: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.

Farmácias comunitárias

A realização de testes rápidos de VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas está enquadrada no Despacho n.º 2522/2018, de 12 de março¹⁷, e das circulares normativas conjuntas da DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 30 de abril¹⁸ e de 24 de agosto de 2018¹⁹.

Até à data, a implementação desta estratégia ocorreu apenas no concelho de Cascais, com

início em outubro de 2018, altura em os testes rápidos para VIH e VHC passaram a ser disponibilizados em 21 farmácias do concelho, englobados no contexto da iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”. Mais tarde, em março de 2019, o teste rápido para VHB passou a ser igualmente disponibilizado à população residente nesse concelho.

De acordo com os dados disponibilizados pela Associação Nacional das Farmácias, entre outubro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, foram realizados 1.422 testes, sendo 54,9% para VIH, 37,9% para VHC e 7,2% para VHB, com proporções de resultados reativos de 1,0% para VIH, e 1,5% para VHC. Os testes para VIH, VHC e VHB neste contexto corresponderam a primeiros testes, respetivamente, em 37,9%, 40,8% e 50,9% dos utentes, sendo o principal motivo para a sua realização a ocorrência de uma relação sexual desprotegida (52,6%), seguido de nunca ter feito o teste (23,9%).

Beneficiaram dos testes 808 pessoas, maioritariamente do sexo masculino (60%), com uma média de idades de 37 anos, sendo a classe

etária mais representativa a dos 30 – 39 anos (25,1%). Cerca de 25% da população abrangida diz respeito a pessoas nascidas fora do país, sendo o Brasil o país mais representado (12,8).

Mais de 50% dos utentes valorizaram o contexto da farmácia para a realização do teste de VIH, VHB e VHC, pelo reduzido tempo de espera de atendimento, pela privacidade e confiança no aconselhamento e competência do farmacêutico.

Autoteste VIH

O Autoteste para o VIH passou a estar disponível nas farmácias comunitárias em Portugal em outubro de 2019, na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 79/2018 de 15 de outubro de 2018²⁰, da Presidência do Conselho de Ministros e a circular normativa conjunta n.º 08/DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 20 de maio de 2019²¹.

Portugal respondeu assim às orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2016, para a implementação do autoteste como mais

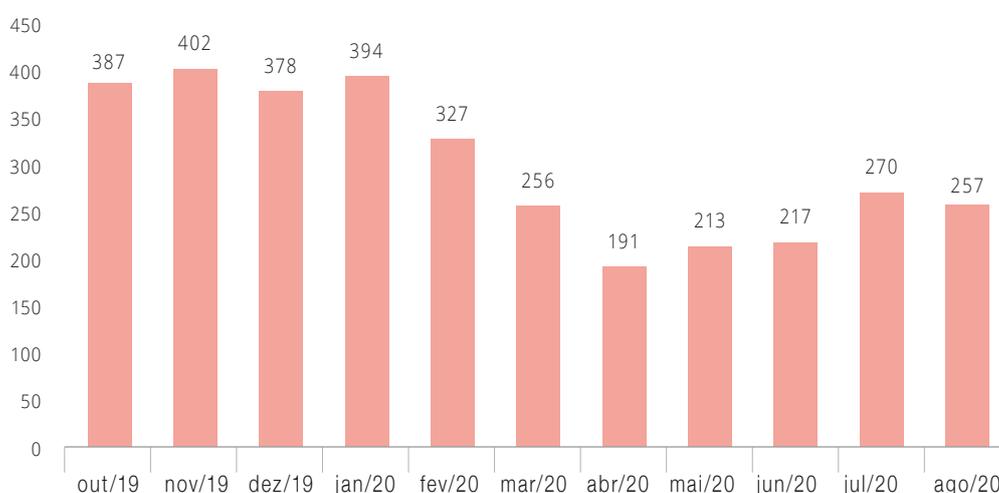


Figura 29 – N.º de unidades de autotestes para VIH dispensados nas farmácias comunitárias: tendências temporais.

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, permitindo 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.

Segundo os dados da Associação Nacional das Farmácias, de outubro de 2019 a agosto de 2020 foram disponibilizados um total de 3292 unidades de autotestes para VIH, numa média mensal de 299 unidades. Entre janeiro e agosto de 2020, verifica-se um decréscimo no número de unidades dispensadas, numa média mensal de 266.

Conclusões e perspetivas futuras

O percurso do país, ao longo de mais de três décadas de infeção por VIH em Portugal, tem sido globalmente povoado com grandes sucessos, e hoje podemos orgulhar-nos de consistentemente assistirmos a uma redução no número anual de novos diagnósticos de infeção por VIH e de estágio SIDA desde o ano 2000 e termos de novo uma percentagem de diagnósticos tardios inferior a 50%.

Para isso tem contribuído todo o trabalho de diversas entidades, de respostas formais e informais de saúde, que no terreno e diariamente tornam real as diferentes estratégias, traçadas de acordo com a realidade e o melhor conhecimento disponível. É o resultado do trabalho de TODOS, ao longo dos anos.

Mas este caminho de sucesso não significa que tudo esteja feito. Pelo contrário, traz-nos responsabilidade acrescida e a certeza de que muito há ainda por fazer. A dimensão inicial da nossa epidemia, proporcional e comparativamente mais expressiva, e que está na origem de, ainda hoje, Portugal se manter entre os países da União Europeia que apresentam as taxas mais elevadas de casos diagnosticados⁹, 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 6,8% das pessoas infetadas por VIH no país não estavam diagnosticadas em 2018 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. Estamos a diagnosticar mais, e mais precocemente, mas

o esforço e investimento neste campo continua a ser fundamental para que situações como os diagnósticos tardios na população heterossexual do sexo masculino (67,3%) e com idades superiores a 50 anos (68,1%) deixem de ser uma realidade.

Assim, importa alavancar as estratégias de rastreio implementadas por forma a se chegar mais cedo às PVVIH. A manutenção e incremento das respostas comunitárias, o estímulo ao alargamento da realização do teste rápido nas farmácias comunitárias a outras regiões do país, a divulgação das diferentes opções para a realização do rastreio, incluindo a disponibilidade do autoteste, a promoção da literacia da população e dos profissionais de saúde, são algumas das estratégias a reforçar, com vista à obtenção de melhores resultados, com impacto no diagnóstico precoce da infeção.

Esta é uma doença que pelas suas características e determinantes sociais, transcende a saúde, e será sempre necessário igualmente uma profunda articulação intersectorial.

Iniciativas como a “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH”, são fundamentais na prossecução dos objetivos traçados e, com o envolvimento dos municípios e dos parceiros locais têm surgido, e certamente surgirão, contributos importantes para se atingirem os objetivos preconizados pelo país. As diferentes realidades existentes nas várias cidades vêm reforçar a necessidade da adoção de medidas adequadas a cada local.

A caracterização das epidemias locais e a elaboração de estimativas ao nível das cidades que aderiram a esta iniciativa, irá permitir conhecer realidades locais e ajustar estratégias

às mesmas, num trabalho profícuo já iniciado com os Municípios e restantes parceiros.

Sabemos que os desafios que nos esperam serão muitos e, alguns, inesperados. Basta lembrarmo-nos os constrangimentos provocados na sequência da pandemia por SARS-CoV-2.

Se mantivermos o foco no nosso objetivo, se nos mantivermos unidos respeitando as nossas diferenças e numa lógica de complementaridade de ações, seremos certamente capazes de enfrentar e ultrapassar esses desafios, honrando assim a memória de todos os que faleceram na sequência desta infeção ou que vivem infetados ou afetados pela mesma.

A recuperação de alguma da atividade comprometida por via da pandemia COVID-19, nomeadamente a nível dos rastreios e da prevenção (com particular enfoque na PrEP), tem de ser priorizada, tornando-se cada vez mais uma realidade premente a necessidade de se encontrarem soluções que concorram para uma facilitação no acesso seguro a estratégias de grande impacto em termos de prevenção de novos casos de infeção.

O retorno que se pode obter com a implementação de programas de prevenção é bem conhecido e ultrapassa em muito o nível individual, sendo uma mais-valia para a sociedade e o garante de um país que respeita e protege os seus cidadãos.

Mas, como já assumido anteriormente, tudo assenta no essencial: conhecimento. Estaremos votados ao insucesso se não conseguirmos conhecer a nossa realidade, de forma célere, atempada e fiável. A pandemia COVID-19 tornou visível a fragilidade dos sis-

temas de informação, situação que urge corrigir sob risco de comprometermos todo o esforço e investimento realizado por tantos ao longo dos anos.

O compromisso de continuarmos disponíveis e a trabalhar com e para todos mantém-se e a realidade torna-o cada vez mais premente.

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 12513-B/2019, de 31 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 251, 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 2019-2018 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
10. 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).
11. Direção-Geral da Saúde / Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2019. Lisboa: DGS/INSA; 2019
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. 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.
15. 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.
16. Ofício Circular n.º 105/2019 INFARMED – conclusão do pedido de avaliação prévia do medicamento TRUVADA (emtricitabina + tenofovir).

17. Despacho n.º 2522/2018, dos Gabinetes do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e da Secretária de Estado da Saúde, publicado na 2.ª série do 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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).
21. 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 12513-B/2019, 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 251, 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 15 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 15 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) Detecção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);

ii) Detecção 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) Detecção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);

c) Detecção 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.

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 < 15 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 > 15 anos
- Pneumonia intersticial linfoide e/ou hiperplasia linfoide pulmonar (complexo PIL/HLP) numa criança idade < 15 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 > 15 anos



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.min-saude.pt