

_título:

Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016

_coleção

Documento nº 148

_edição:

INSA, IP

_autores:

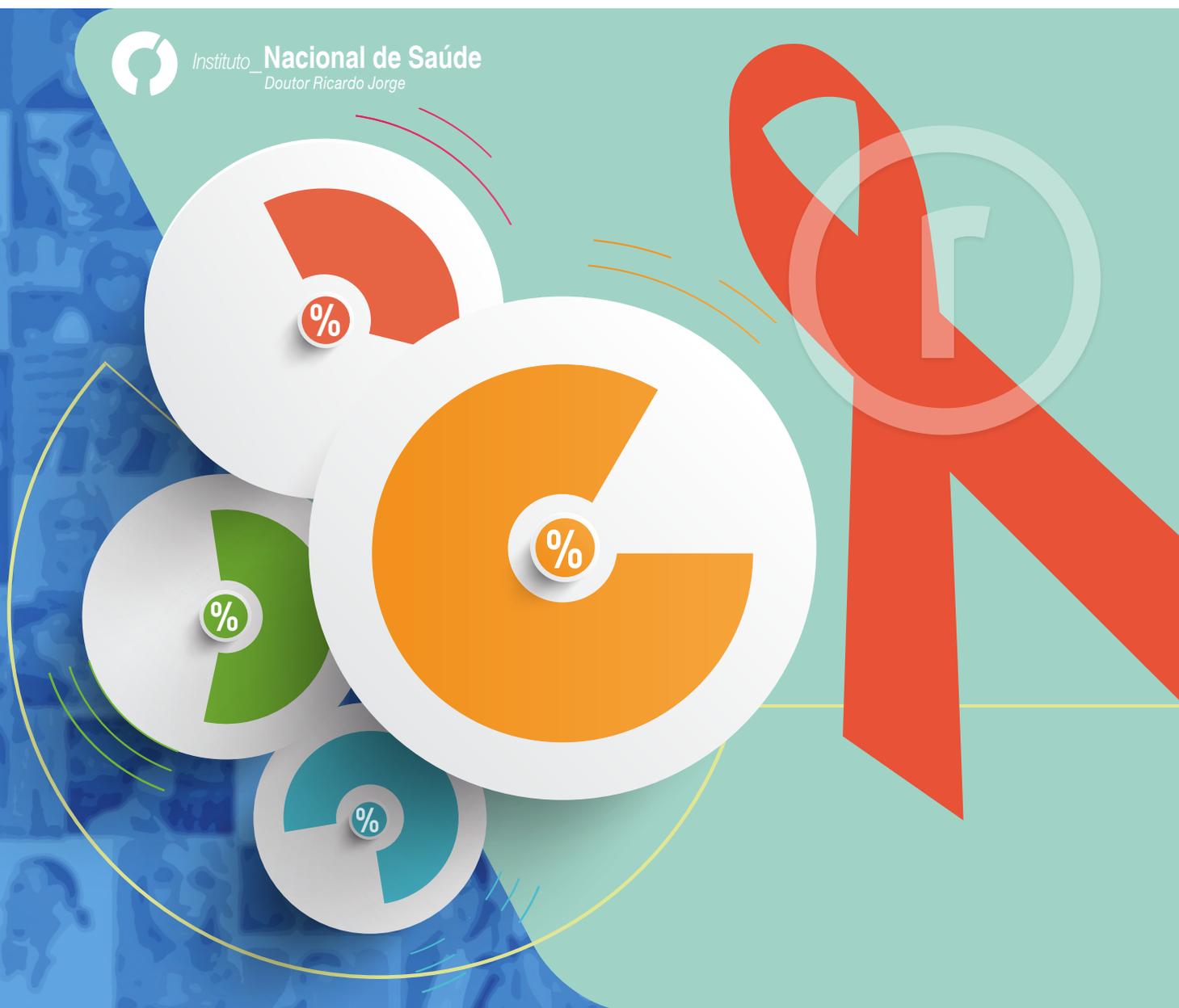
Departamento de Doenças Infecciosas – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Em colaboração com: Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose – Direção-Geral da Saúde

_local / data:

Lisboa
Novembro 2017



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge



Catálogo na publicação:

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, e outro
Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016 / Departamento de Doenças Infecciosas do INSA ; colab. Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose. Direção-Geral da Saúde. - Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2017. - 82 p. : il. - (Documento VIH e SIDA ; 148)

ISBN(ebook): 978-989-8794-44-4

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2017.

Título: Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016

Autores:

Helena Cortes Martins, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, Departamento de Doenças Infecciosas do INSA
Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose – Direção-Geral da Saúde (colaboração)

Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Coleção: Relatórios científicos e técnicos (Documento VIH e SIDA, nº 148)

Coordenação técnica editorial: Elvira Silvestre

Composição gráfica: Francisco Tellechea

Lisboa, novembro de 2017

Agradece-se a colaboração de:

Celeste Ruivo no registo e processamento de dados

Alice Rodrigues no apoio administrativo

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





_Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, IP

_Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
t: 217 519 200 @: info@insa.min-saude.pt

_título:

Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de **2016**

_coleção:

Documento nº 148

_edição:

INSA, IP

_autores:

Departamento de Doenças Infecciosas – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Em colaboração com: Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose – Direção-Geral da Saúde

_local / data:

Lisboa
Novembro 2017



ÍNDICE

Lista de siglas e abreviaturas	4
Resumo/ <i>Abstract</i>	5/7
1. Nota introdutória	9
2. Métodos	13
3. Informação epidemiológica referente ao ano 2016	17
3.1. Novos casos de infecção por VIH	19
3.1.1. Novos casos de infecção por VIH diagnosticados em adultos (≥ 15 anos)	19
3.1.2. Novos casos de infecção por VIH diagnosticados em crianças (<15 anos)	24
3.2. Novos casos de SIDA	25
3.2.1. Novos casos de SIDA diagnosticados em adultos (≥ 15 anos)	25
3.2.2. Novos casos de SIDA diagnosticados em crianças (<15 anos)	29
3.3. Óbitos ocorridos em 2016	29
4. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2016)	31
4.1. Casos de infecção por VIH	33
4.2. Casos de infecção por VIH em crianças	50
4.3. Casos de SIDA	51
4.4. Casos de SIDA em crianças	59
4.5. Óbitos nos casos de infecção por VIH e SIDA	59
5. Conclusões	63
6. Perspetivas futuras	67
Referências bibliográficas	73
Anexos	75
I - Definição nacional de caso de infecção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	77
II - Lista das doenças definidoras de SIDA	78
Índice de quadros e figuras	79

Lista de siglas e abreviaturas

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- DIQ – Desvio interquartil
- ECDC – *European Centre for Diseases Prevention and Control*
- HSH – Homens que têm relações sexuais com homens
- IAG – Primo-infeção ou infeção aguda
- IC – Intervalo de confiança
- INE – Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
- INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
- NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
- PA – Portador assintomático
- SIDA – Síndrome de imunodeficiência adquirida
- SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE
- SI.VIDA – Sistema de Informação para a Infeção VIH e SIDA
- TESSy – *The European Surveillance System*
- UDI – Utilizadores de drogas injetadas
- UE – União Europeia
- VIH – Vírus da imunodeficiência humana

RESUMO

Até 30 de junho de 2017 foram notificados em Portugal 1030 casos em que o diagnóstico de infeção por VIH ocorreu durante o ano 2016, ao que corresponde uma taxa de 10,0 novos casos por 10^5 habitantes, não ajustada para o atraso da notificação. Estes dados atualizam a informação estatística apresentada no Relatório do Programa Nacional para Infeção VIH, SIDA e Tuberculose, no qual o período de recolha de dados terminou a 15 de Abril do corrente ano. A maioria dos diagnósticos (99,7%) ocorreu em indivíduos com 15 ou mais anos de idade e foram diagnosticados 2,5 casos em homens por cada caso identificado em mulheres. A idade mediana ao diagnóstico foi de 39,0 anos e 25,2% dos novos casos foram diagnosticados em indivíduos com idades ≥ 50 anos; a taxa mais elevada de novos diagnósticos (26,1 casos/ 10^5 habitantes) registou-se no grupo etário dos 25 aos 29 anos. Os casos em homens que têm relações sexuais com homens (HSH), que apresentaram a idade mediana mais baixa (31,0 anos), corresponderam a 63,3% dos casos diagnosticados com idades inferiores a 30 anos. Por outro lado, 36,7% dos casos de transmissão heterossexual verificaram-se em indivíduos com idades de 50 ou mais anos e representaram 87,0% do total de casos nessa faixa etária. Em 51,2% dos novos casos a residência (NUTSII) à data da notificação situava-se na Área Metropolitana de Lisboa (18,6 novos casos/ 10^5 habitantes) e Portugal foi o país de naturalidade referido em 68,4% dos casos com informação disponibilizada. À semelhança do verificado nos anos anteriores predominou a transmissão sexual (96,8%); os casos de transmissão heterossexual e em HSH representaram, respetivamente, 59,6% e 37,2% dos novos casos com informação disponível. Os últimos constituíram 49,9% do total de novos diagnósticos em homens e 52,1% dos casos com informação relativa ao modo de transmissão. Os casos associados à toxicodependência constituíram 3,0% do total de novos casos. Embora 65,2% dos indivíduos estivessem assintomáticos na primeira avaliação clínica, os valores de CD4, disponíveis em 80,3% dos novos casos, revelaram que 55,0% apresentaram-se tardiamente ($CD4 < 350$ cél/ mm^3) e 35,3% com doença avançada ($CD4 < 200$ cél/ mm^3), percentagens que se mostraram mais elevadas entre os casos de transmissão heterossexual (64,1% e 42,1%). Em 17,7% dos novos casos de infeção por VIH houve um diagnóstico concomitante de SIDA.

Durante o ano 2016 foram diagnosticados, no total, 260 novos casos de SIDA em indivíduos com idade ≥ 15 anos (2,5 casos/ 10^5 habitantes). A idade mediana nos novos casos de SIDA foi de 44,0 anos, a maior taxa de novos diagnósticos de SIDA ocorreu no grupo etário 40-49 anos (5,5 casos de SIDA/ 10^5 habitantes) e 66,9% dos diagnósticos de SIDA em 2016 ocorreram em casos de transmissão heterossexual. Tal como tem sido observado nos anos mais recentes, a doença definidora de SIDA mais frequentemente referida no total dos casos e nos casos de transmissão sexual foi a pneumonia por *Pneumocystis* e a tuberculose pulmonar predominou nos casos de SIDA em toxicodependentes.

Foram ainda notificados ao sistema de vigilância 253 óbitos, ocorridos em 2016, em pessoas com infeção por VIH, das quais 135 em estadio SIDA. Estes óbitos registaram-se maioritariamente (79,1%) em homens e a idade mediana à data do óbito foi de 52,0 anos. O maior número de mortes (129; 51,0%) ocorreu em casos de transmissão heterossexual e foi também nesta categoria de transmissão que se verificou a maior proporção de óbitos no primeiro ano após o diagnóstico de infeção por VIH (27,1%).

Até final de 2016 foram diagnosticados e notificados, cumulativamente, em Portugal, 56001 casos de infeção por VIH, dos quais 21614 evoluíram para SIDA. A análise das tendências temporais revela que as taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH e de SIDA decrescem progressivamente desde 2008. A comparação do número de casos de infeção por VIH e SIDA com diagnóstico nos anos 2006 e 2015 mostra uma redução de 47,0% para os novos casos de infeção por VIH e de 68,0% em novos casos de SIDA. Para o mesmo período, a redução observada na taxa de novos diagnósticos de infeção por VIH foi de 46,0% e na taxa de novos diagnósticos de SIDA foi de 68%. As taxas apuradas em 2016 apresentaram-se inferiores em, respetivamente, 13,3% e 9,7%, em relação às obtidas para o ano transato, no entanto, por não serem ajustadas ao atraso de notificação essa variação deve ser interpretada com cautela. Destaca-se ainda a redução de 89% registada entre 2006 e 2015 nos novos casos de infeção e nos novos casos de SIDA associados a toxicodependência; em 2016 os novos casos de infeção e de SIDA incluídos nesta categoria de transmissão, não ajustados ao atraso da notificação, revelam decréscimo de, respetivamente, 43% e 44%, face ao ano anterior. Não obstante esta evolução positiva, Portugal continua a apresentar das mais elevadas taxas de novos casos de infeção VIH e SIDA registadas na União Europeia. A percentagem elevada de casos em HSH em idades jovens, bem como de diagnósticos tardios em heterossexuais, mantêm-se como as situações mais prementes de melhoria.

Estão em curso importantes iniciativas que se espera virem a ter impacto nestas tendências, das quais se destacam: a publicação da Norma de Orientação Clínica para o uso da profilaxia pré-exposição, medida de prevenção com eficácia reconhecida internacionalmente; o projeto Cidades na Via rápida para acabar com a epidemia por VIH e SIDA nas cidades de Cascais, Lisboa e Porto, que permitirá o envolvimento das estruturas locais no cumprimento dos objetivos 90-90-90 para as suas áreas geográficas, possibilitando uma melhor adequação das estratégias às particularidades de cada cidade; o alargamento da rede informal de rastreio da infeção por VIH com a inclusão das farmácias comunitárias, medida em preparação e que visa contribuir para aumentar as oportunidades de conhecimento do estado serológico e, consequentemente, diminuir o diagnóstico tardio; a investigação dos abandonos do seguimento hospitalar e os esforços no sentido da sua reintegração em consulta, de modo a diminuir a incidência de SIDA e os óbitos em pessoas que vivem com VIH.

A informação epidemiológica de qualidade e atempada é um instrumento inquestionável e fundamental para a planificação, monitorização e avaliação das estratégias para o combate à epidemia por VIH e SIDA e, mais concretamente, da estratégia 90-90-90. Identificados alguns constrangimentos e lacunas na informação epidemiológica nacional, das quais é exemplo a sub-notificação dos óbitos demonstrada no presente relatório, por comparação com os dados publicados pelo INE, e que tem impacto direto nos valores estimados para a prevalência da infeção por VIH no país, estão em curso iniciativas de recolha de dados em falta, de melhoria dos programas informáticos em uso hospitalar e da sua interoperabilidade, medidas que se espera virem a ter impacto significativo na rapidez de obtenção da informação, na completude dos dados e, naturalmente, na qualidade dos mesmos. A consecução dos objetivos subjacentes a estas medidas depende do contributo e empenho de todos os intervenientes.

ABSTRACT

In Portugal, 1030 new HIV infections were diagnosed in 2016 and cases reported to the national database for HIV and AIDS until 30 June 2017, corresponding to a rate of 10.0 new cases/ 10^5 inhabitants, not adjusted for reporting delay. This information updates data previously presented in the report from the National Programme for HIV, AIDS and Tuberculosis. The majority of new diagnoses (99.7%) occurred in individuals 15 years of age or older and the male to female ratio was equal to 2.5. The median age of recently diagnosed individuals was 39.0 years; the highest rate of new HIV diagnoses was found among individuals aged 25 to 29 years old (26.1 cases/ 10^5 inhabitants) though in 25.2% of the new cases subjects were aged 50 years or older. 63.3% of cases diagnosed in individuals under the age of 30 correspond to men who have sex with men (MSM) that were younger than other individuals (median age=31.0 years). On the other hand, 36.7% of cases reporting heterosexual transmission were diagnosed in persons aged 50 years or older and represent 87.0% of cases at that age group. 51.2% of subjects with a new diagnose of HIV infection resided in Lisbon Metropolitan Area (18.6 new cases / 10^5 inhabitants) and 68.4% of cases with available information occurred in subjects born in Portugal. As observed in previous years, cases of sexual transmission prevailed (96.8%); cases reporting heterosexual transmission and MSM cases account for, respectively, 57.1% and 35.6% of the cases in which information on transmission route is available. MSM cases represented 49.9% of all men diagnoses and 52.1% of men cases with available information on transmission mode. Although 65.2% of subjects were asymptomatic at first clinical evaluation, CD4 counts, available in 80.3% of cases, showed that 55.0% of cases were late presenters ($CD4 < 350$ cells/ mm^3) and 35.3% had advanced disease ($CD4 < 200$ cells/ mm^3). Higher proportions were observed among heterosexual transmission cases, respectively, 64.1% and 42.1%. A concurrent AIDS diagnosis occurred in 17.7% of cases.

Two hundred and sixty new AIDS cases were diagnosed in individuals aged ≥ 15 years (2.5 cases/ 10^5 inhabitants) during 2016. The median age for new AIDS cases was 44.0 years; the highest AIDS diagnosis rate was obtained for the 40-49 age group (5.5 AIDS cases/ 10^5 inhabitants) and 66.9% of the 2016 new AIDS cases occurred in heterosexuals. Similarly to what has been observed in recent years, *Pneumocystis pneumonia* was the AIDS-defining illness most frequently reported in all cases and in cases with sexual transmission, pulmonary tuberculosis was more often diagnosed among drug addicts' cases.

The death of 253 subjects with HIV infection occurred in 2016 and was reported to the surveillance system, 135 of them were at AIDS stage. The majority (79.1%) of the deceased was men and the median age at the date of death was 52.0 years. 129 deaths (51.0%) were registered in cases with heterosexual transmission and 27.1% of those occurred in the first year following the diagnosis of HIV infection.

By the end of 2016 a total of 56001 cases of HIV infection have been diagnosed and reported in Portugal, of those, 21614 AIDS cases. Temporal trends show that rates of new HIV infection cases and AIDS diagnosis have declined steadily since 2008. A decrease of, respectively, 47.0% and 68.0% is seen in new HIV and AIDS cases when comparing those diagnosed in 2006 and 2015. Additionally, for the same years, a reduction of 46.0% and 68% is seen in the rate of new diagnosis of, respectively, HIV and AIDS. In 2016, the rates of HIV

and AIDS diagnosis have shown a decrease of, respectively, 13.3% and 9.7% when weighted against 2015 rates, although not adjusted for reporting delay. Despite this positive trend, for a long time Portugal exhibits rates of new HIV and AIDS diagnosis that are among the highest observed in the European Union. The high proportion of new HIV cases in MSM of young ages and the number of late diagnoses, particularly in heterosexuals, remain as the current features of the national epidemic that need to be improved.

Several initiatives that are expected to have impact on the above mentioned trends have been recently launched. Of those, special attention is paid to: the publication of a Clinical Guideline related to Pre Exposure Prophylaxis (PrEP) use, internationally recognised has an effective prevention tool; the enrolment of Cascais, Lisboa and Oporto municipalities in the “Fast Track Cities” initiative, allowing HIV strategic plans to be adapted to those cities’ particularities; in the near future, the enlargement of the HIV test informal network to include Community Pharmacies, increasing HIV test opportunities what is expected to decrease late diagnosis; the assessment of clinical follow-up’ drop-outs and efforts to their re-integration in care, in order to reduce AIDS incidence and deaths among HIV infected individuals.

High quality and timely epidemiological information is undeniably essential for planning, monitoring and evaluating HIV and AIDS fight strategies, specifically of the 90-90-90 strategy. Several constraints and gaps in national data and data circuit have been identified, under notification of deaths being one example with direct consequences on prevalence estimates, and actions to collect missing data, improvement of informatics tools in use in hospital settings, as well as their interoperability, are taking place and are expected to have significant impact in the timeliness and completeness of the data and therefore in their quality. The contribution and commitment of all stakeholders is essential for its achievement.

1

Nota introdutória



Em Portugal, o sistema de notificação de casos de infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) teve início em 1985, recolhendo informação referente aos novos casos de infeção nos diferentes estadios e aos óbitos. A notificação clínica manteve-se de carácter voluntário até 1 de fevereiro de 2005, data em que a infeção por VIH integrou a lista de doenças de declaração obrigatória¹, sendo decretada a obrigatoriedade de notificação de todos os novos casos de infeção, bem como das evoluções de estadio e óbitos.

Em 29 de abril de 2014 foi publicado o Despacho n.º 5681-A da Direção-Geral da Saúde, que determina a nova lista de doenças de declaração obrigatória, na qual a infeção por VIH e SIDA se inscrevem, bem como as respetivas definições de caso². Em 21 de dezembro de 2016 foi publicado o Despacho n.º 15385-A/2016 que atualiza a lista de doenças de declaração obrigatória e também algumas definições de caso³. No que se refere à infeção por VIH e SIDA não se verificaram alterações em relação ao disposto no Despacho anterior.

As definições de caso de infeção por VIH e de SIDA, apresentadas no Anexo I, bem como a lista das doenças definidoras de SIDA⁴ (Anexo II), estão em consonância com as definições europeias de caso, publicadas em 2008 e revistas em 2012⁵, e que vieram contribuir para uma melhor uniformização da informação epidemiológica gerada pelos diferentes países do espaço comunitário e submetida ao sistema de vigilância europeu (*The European Surveillance Sys-*

tem – TESSy) da responsabilidade do *European Centre for Diseases Prevention and Control* (ECDC).

A vigilância epidemiológica da infeção por VIH sofreu alterações ao longo das três décadas da epidemia, que se repercutiram no tipo de informação recolhida nas notificações dos novos casos, bem como na estruturação desses dados para divulgação. Actualmente, é preconizada a contabilização e caracterização dos novos casos de infeção por VIH diagnosticados em cada ano e a análise das tendências temporais. Adicionalmente, mantém-se a vigilância dos novos casos de SIDA e dos óbitos ocorridos em indivíduos com infeção VIH ou em estadio de SIDA. Em Portugal, segue-se esta orientação desde 2012.

Na sequência da notificação retrospectiva realizada durante 2013 e 2014, em resposta a orientações específicas do Programa Nacional para a Infeção por VIH, SIDA e no âmbito da implementação do programa SI.VIDA nos hospitais nacionais onde são seguidos os indivíduos infetados por VIH, foram registados muitos casos nunca anteriormente notificados, bem como adicionada e/ou corrigida informação veiculada nas notificações anteriores. Em consequência, as estatísticas para todos os anos de diagnóstico sofreram alterações significativas. O processo de implementação do SI.VIDA não está ainda concluído em todos os hospitais em que se encontra programado pelo que se espera, no futuro, ainda algum incremento no número de casos registados em anos passados.

2

Métodos

Atualmente, as notificações recebidas no INSA são provenientes de duas plataformas informáticas: o sistema SI.VIDA, que contempla uma funcionalidade de emissão directa da folha de notificação, e o programa SINAVE de notificação eletrónica que, conforme Despacho n.º 5855/2014 de 5 de maio⁶, entrou em funcionamento em 1 de junho de 2014. Esporadicamente, são ainda rececionadas notificações em papel usando o formulário publicado em anexo à Portaria n.º 258/2005¹.

Na notificação de casos de infeção por VIH e de SIDA o nome do doente é codificado e recolhe-se informação demográfica, epidemiológica, clínica e virológica necessária à caracterização do caso. As notificações são enviadas ao INSA onde, na Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Departamento de Doenças Infecciosas, é efetuada a validação da informação veiculada, a procura e subsequente registo informático em base de dados específica. Na validação das notificações recebidas é avaliada a completude e coerência da informação apresentada e, sempre que necessário, são solicitados, ao clínico notificador, os elementos em falta ou os esclarecimentos entendidos como pertinentes. O registo na base de dados obedece a regras de domínio e a regras de coerência – regras vitais e biológicas gerais, bem como regras clínicas e epidemiológicas específicas - cujo cumprimento é verificado através da utilização de programas acessórios.

Uma vez finalizada a introdução dos dados referentes às notificações de casos diagnosticados até 31 de dezembro do ano em análise, após va-

lidação da informação registada, é efectuada a análise estatística dos casos por desagregação das variáveis de caracterização. A informação gerada e que tem como eixo o ano de diagnóstico dos casos, independentemente do ano de notificação, caracteriza a situação nacional no final de cada ano civil e é divulgada através da publicação do presente relatório. Este documento divulga não só a informação estatística relativa aos casos diagnosticados no ano civil findo, mas também a informação referente aos casos acumulados e sua distribuição temporal.

As taxas de diagnóstico são calculadas por habitante e os dados referentes ao número de residentes em Portugal usados nessas determinações são divulgados anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e estimados com base nos censos de 2011. Para o cálculo das taxas por sexo, grupo etário ou região geográfica foram usados denominadores populacionais específicos que correspondem às estimativas da população para cada sexo, grupo etário e região geográfica. As taxas e os valores apresentados não são ajustados para o atraso da notificação.

Limitações dos dados

A informação epidemiológica que integra este documento é a mesma que foi submetida ao sistema de vigilância europeu TESSy e reporta-se aos casos notificados até 30 de junho de 2017. Nos relatórios publicados até 2013 inclusive, eram contabilizados unicamente os casos rececionados até 31 de dezembro do ano em análise.

Esta alteração no intervalo de recolha de dados teve como objetivo uma maior consolidação do número de casos referente ao ano mais recente em análise no relatório. Contudo, devido ao atraso na notificação, os números para esse ano devem ainda ser encarados como provisórios.

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 representam taxas de diagnóstico e não taxas de incidência.

Os óbitos ocorridos em casos de infeção por VIH ou SIDA devem ser notificados ao INSA, no entanto, é conhecida a existência de sub-notificação pelo que a informação relativa ao estado vital dos casos registados deve ser interpretada prudentemente.

3

Informação epidemiológica referente ao ano 2016



3.1. Novos casos de infeção por VIH

Até 30 de junho de 2017 foram recebidas no INSA notificações referentes a 1030 novos casos de infeção por VIH em que o diagnóstico ocorreu entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2016, o que corresponde a uma taxa de 10,0 novos casos por 10⁵ habitantes, não corrigida para o atraso de notificação. Verifica-se que 99,7% (1027) destes novos casos foram registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos ([quadro 1](#)).

Quadro 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2016.

	Nº casos
Adultos (≥15 anos)	1027
Crianças (<15 anos)	3
Total	1030

3.1.1. Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em adultos (≥15 anos)

A análise das características dos 1027 casos diagnosticados em adultos, durante o ano 2016,

revela que 734 (71,5%) se registaram em indivíduos do sexo masculino e 293 (28,5%) em mulheres, o que corresponde a um *ratio* homem/mulher de 2,5.

Em 53,9% dos novos casos a idade à data de diagnóstico situou-se entre os 25 e os 49 anos e 25,2% dos casos foram diagnosticados em indivíduos com idade ≥ 50 anos ([quadro 2](#)). A distribuição por grupo etário revela que o maior número de novos diagnósticos se registou no escalão dos 30-39 anos, no entanto, a taxa mais elevada de novos diagnósticos, 26,1 casos por 10⁵ habitantes, ocorreu no grupo dos 25-29 anos. Idêntico padrão de distribuição do número de casos foi observado para os casos do sexo masculino e a taxa de novos diagnósticos apurada foi de 41,6 casos/10⁵ homens de 25 a 29 anos. No sexo feminino o maior número de novos diagnósticos e a taxa mais elevada observaram-se nas mulheres dos 30 aos 39 anos (n=79; 11,4 casos/ 10⁵ mulheres de 30 a 39 anos).

Quadro 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por grupo etário e sexo.

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	11	1,5	3,9	4	1,4	1,5	15	1,5	2,7
20-24 anos	74	10,1	27,1	23	7,8	8,7	97	9,4	18,0
25-29 anos	115	15,7	41,6	29	9,9	10,5	144	14,0	26,1
30-39 anos	188	25,6	28,9	79	27,0	11,4	267	26,0	19,8
40-49 anos	175	23,8	23,3	70	23,9	8,5	245	23,9	15,6
50-59 anos	111	15,1	15,9	51	17,4	6,6	162	15,8	11,0
≥ 60 anos	60	8,2	5,0	37	12,6	2,3	97	9,4	3,4
Total	734	100,0	15,0	293	100,0	5,5	1027	100,0	10,0

No total de casos diagnosticados em adultos a idade mediana à data do diagnóstico foi de 39,0 anos (Dispersão Interquartil-DIQ: 30,0-50,0) (quadro 3) e, à semelhança do registado nos anos mais recentes, observou-se ainda que os casos referentes a homens que têm sexo com homens (HSH) apresentaram uma mediana de idades mais baixa que a apurada para os casos nas outras categorias de transmissão. A diferença em relação às medianas dos casos em toxicodependentes e de transmissão heterossexual foi, respetivamente, de 12 e de 13 anos. Em 44,3% dos casos de HSH a idade à data de diagnóstico era inferior a 30 anos, enquanto apenas 14,0% dos casos de transmissão por contacto heterossexual pertenciam à mesma faixa etária (figura 1). Os casos em HSH corresponderam a 63,3% dos casos diagnosticados, em 2016, em indivíduos com idades inferiores a 30 anos. Nos casos de transmissão heterossexual observou-se a proporção mais elevada de casos com 50 ou mais anos, 36,7%. Os casos associados a esta categoria de transmissão totalizaram 87,0% dos casos registados nessa faixa etária.

Quadro 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e categoria de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os novos casos (≥ 15 anos)	39,0	30,0	50,0
Homens	39,0	29,0	49,0
Mulheres	41,0	32,0	52,0
Transmissão heterossexual	44,0	35,0	53,0
Transmissão HSH	31,0	26,0	40,0
Transmissão toxicodependência	43,0	35,0	46,0

Legenda: DIQ- Dispersão interquartil

Quadro 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por residência à data da notificação inicial (NUTS II).

Região NUTS II	Nº casos	%	Casos/ 10^5 habitantes
PT11 - Norte	237	23,1	6,6
PT16 - Centro	153	14,9	6,8
PT17 - Área Metropolitana de Lisboa	526	51,2	18,6
PT18 - Alentejo	40	3,9	5,6
PT15 - Algarve	30	2,9	6,8
PT20 - Região Autónoma dos Açores	13	1,3	5,3
PT30 - Região Autónoma da Madeira	9	0,9	3,5
Residência no estrangeiro	13	1,3	–
Sem informação	6	0,6	–
Total	1027	100,0	10,0

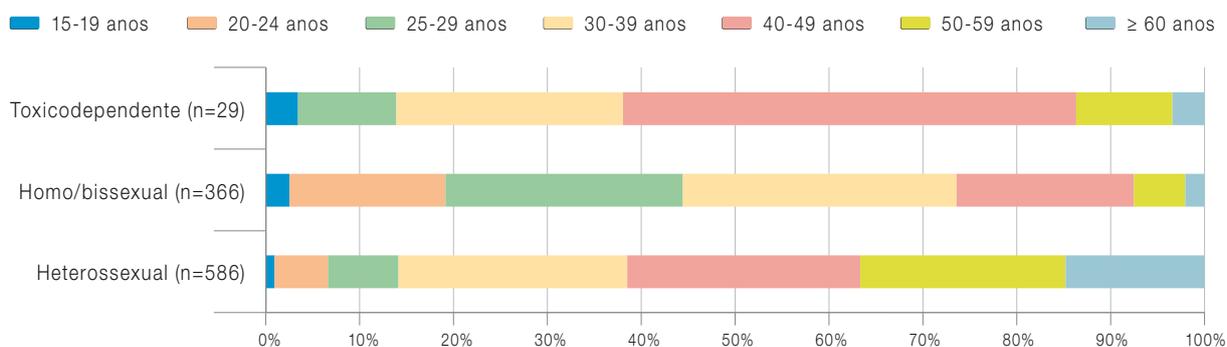


Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção por grupo etário para as principais categorias de transmissão.

A informação sobre a residência estava disponível para 1021 dos novos casos, apurando-se que 51,2% residiam na Área Metropolitana de Lisboa (NUTS II), região na qual se observou a taxa mais elevada de novos diagnósticos (18,6 casos/10⁵ habitantes) ([quadro 4](#)).

No [quadro 5](#) está reunida a informação referente à região geográfica de origem dos indivíduos diagnosticados em 2016, derivada do país de naturalidade.

Nos 978 casos com informação disponível verifica-se que Portugal foi o país de naturalidade

de indicado na maioria dos novos diagnósticos (68,4%; 669/978). Dos 309 casos que referiam ter nascido noutro país, 68,9% eram originários de países situados na África subsariana e 22,7% de países da América latina. A distribuição por sexo revela, para as mulheres, uma maior proporção de casos nascidos fora de Portugal, principalmente em países africanos. Nas principais categorias de transmissão verifica-se que a maioria dos casos corresponde a indivíduos nascidos em Portugal ([figura 2](#)). É entre os casos que referem transmissão heterossexual que se observa uma maior proporção de indivíduos nascidos fora de

Quadro 5 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	519	70,7	150	51,2	669	65,1
África Subsariana	103	14,0	110	37,5	213	20,7
América latina	60	8,2	10	3,4	70	6,8
Europa Ocidental	15	2,0	1	0,3	16	1,6
Europa de Leste	1	0,1	1	0,3	5	0,5
Europa Central	3	0,4	2	0,7	2	0,2
Outra	3	0,4	0	0,0	3	0,3
Sem informação	30	4,1	19	6,5	49	4,8
Total	734	100,0	293	100,0	1027	100,0

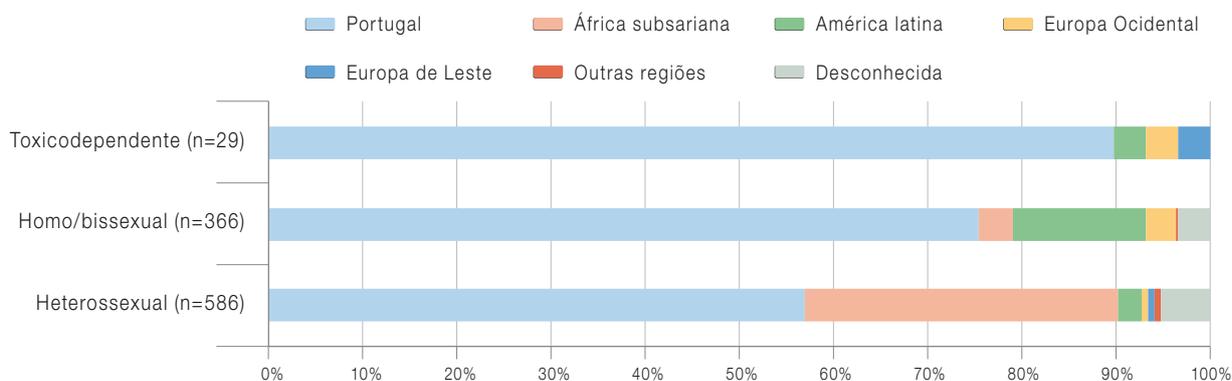


Figura 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2016: proporção segundo a origem geográfica dos indivíduos para as principais categorias de transmissão.

Portugal, 37,9% daqueles com informação disponível (222/539). Destes, 87,8% são de origem africana (195/222). Na categoria de transmissão “homo/bissexual” 67,5% dos casos com naturalidade conhecida e diferente de Portugal são originários da América latina (52/77).

Foi especificado o tipo de vírus em 1013 (98,4%) dos novos casos notificados, em 975 (96,2%) a infeção era causada por VIH do tipo 1 (VIH1).

A estratificação por categorias de transmissão revelou, para os casos com informação (n=984),

que em 59,6% dos casos foi apurada transmissão por contacto heterossexual, em 37,2% transmissão decorrente de relações sexuais entre homens e em 3,0% transmissão associada ao consumo de drogas injectadas (quadro 6). Assim, verifica-se que em 96,8% dos casos com diagnóstico em 2016 a transmissão ocorreu por contatos sexuais de risco.

A distribuição percentual dos novos casos por categoria de transmissão e sexo é ilustrada na figura 3. De notar que os 366 casos associados

Quadro 6 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por categoria de transmissão e sexo.

Categoria de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	312	42,5	274	93,5	586	57,1
Homo/bissexual	366	49,9	–	–	366	35,6
Homossexual e toxicodependente	1	0,1	–	–	1	0,1
Toxicodependente	23	3,1	6	2,0	29	2,8
Transfundido	0	0,0	1	0,3	1	0,1
Outra	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Desconhecida	31	4,2	12	4,1	43	4,2
Total	734	100,0	293	100,0	1027	100,0

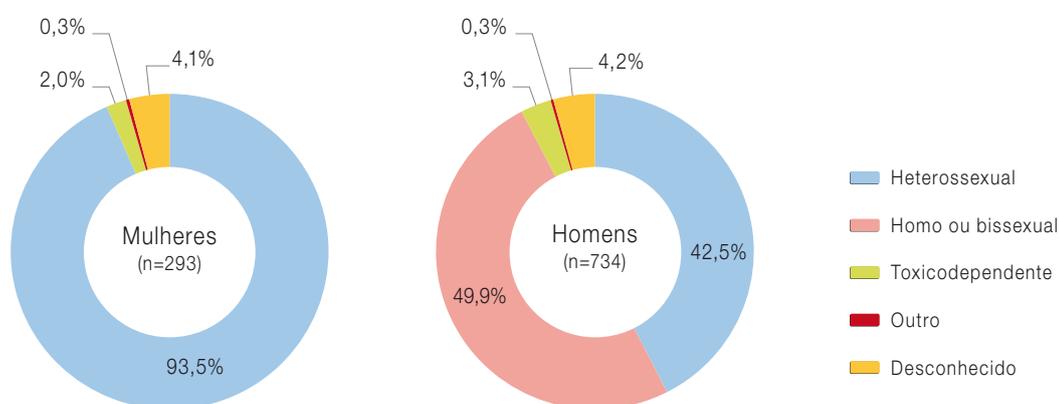


Figura 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção por sexo e categoria de transmissão.

a transmissão por relações sexuais entre homens constituíram 49,9% dos novos diagnósticos em homens, contudo, correspondem a 52,1% daqueles em há informação sobre a categoria de transmissão (n=703).

Na avaliação clínica inicial a maioria (65,2%) dos casos diagnosticados em 2016 apresentavam-se assintomáticos, em 17,7% ocorreu um diagnóstico concomitante de SIDA e foram notificados 23 casos com diagnóstico na fase aguda da infeção (quadro 7).

A completude da informação referente ao número de células TCD4+ da primeira avaliação clínica tem vindo a aumentar anualmente e esteve

disponível para 80,3% dos casos diagnosticados em 2016 (quadro 8). Constatou-se que 55,0% desses casos referem valores <350 células/mm³, denotando uma apresentação tardia aos cuidados clínicos e, em 35,3% dos casos, valores <200 células/mm³, indicador de doença avançada. A estratificação por sexo não revela diferenças marcadas. Foram ainda notificados 10 casos com valores das contagens iniciais de células TCD4+ \geq 350 células/mm³ mas que apresentavam uma doença definidora de SIDA à data do diagnóstico, e que, à luz dos critérios europeus⁷, devem também ser contabilizados para a determinação da proporção de casos com diagnóstico tardio, pelo que esta ascende a 56,2% (464/825).

Quadro 7 – Novos casos de infeção por VIH (\geq 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por estadio inicial e sexo.

	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Infeção Aguda	20	2,7	3	1,0	23	2,2
Portador Assintomático	476	64,9	194	66,2	670	65,2
Sintomático Não-SIDA	72	9,8	35	11,9	107	10,4
SIDA	132	18,0	50	17,1	182	17,7
Sem informação	34	4,6	11	3,8	45	4,4
Total	734	100,0	293	100,0	1027	100,0

Quadro 8 – Novos casos de infeção por VIH (\geq 15 anos) diagnosticados em 2016: níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais.

	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Total com contagens TCD4+	586	79,8	236	80,5	825	80,3
Nº células TCD4+ <350 cél/mm ³	319	54,4	135	57,2	454	55,0
Nº células TCD4+ <200 cél/mm ³	211	36,0	80	33,9	291	35,3

Após estratificação dos casos com informação relativa aos valores das contagens de células TCD4+ por categoria de transmissão, constata-se que, de acordo com o critério imunológico, 64,1% dos casos que referiam transmissão associada a contacto heterossexual se apresentaram tardiamente e 42,1% já com doença avançada, percentagens mais elevadas do que as observadas para as restantes categorias de transmissão (figura 4).

À semelhança do descrito noutros países europeus⁸, a menor proporção de casos com diagnósticos tardios e doença avançada registou-se em HSH que, porventura, recorrerão com maior frequência ao teste e, consequentemente, terão um diagnóstico mais precoce. Assim, verificou-se que foi indicada a data do último teste para VIH com resultado negativo em 32,8% (120/366) das notificações de casos diagnosticados em 2016 referentes a HSH e apurou-se

que 40,0% (48/120) destes tinham um resultado negativo há menos de um ano, correspondendo assim a infeções recentes. A mesma informação só esteve disponível em 9,7% (57/586) dos novos casos que referiam transmissão heterossexual, e, destes, apenas 21,0% (12/57) tinham testes negativos no mesmo período.

3.1.2. Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em crianças (<15 anos)

Em 2016 foram diagnosticados 3 casos de infeção por VIH em idades pediátricas, todos em crianças do sexo feminino, com idades entre os 0 e os 2 anos, uma nascida em Portugal e as restantes em países africanos de língua oficial Portuguesa (PALOP); todos referiam residência na região de Lisboa. Em todos os casos o modo de transmissão indicado foi a transmissão mãe-filho e foi identificada infeção por VIH 1.

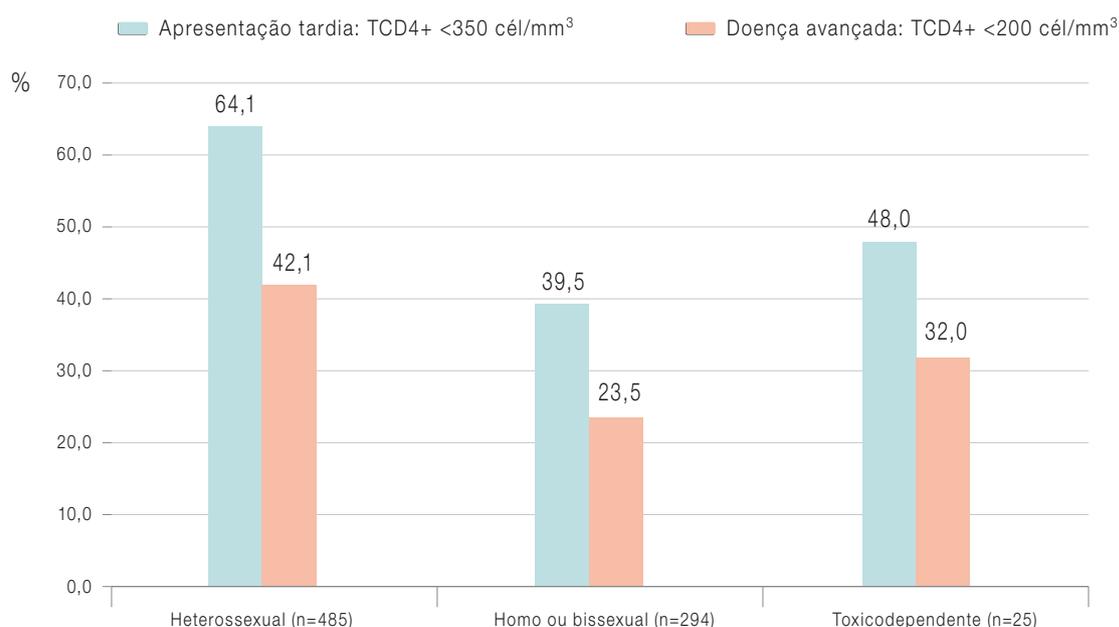


Figura 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção por níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais para as principais categorias de transmissão.

3.2. Novos casos de SIDA

Foram diagnosticados 261 novos casos de SIDA durante o ano 2016, dos quais 260 em adultos com idades iguais ou superiores a 15 anos (quadro 9) o que corresponde a uma taxa de 2,5 novos casos de SIDA/10⁵ habitantes. Verificou-se que 78 (29,9%) destes novos casos de SIDA corresponderam a evoluções de estadios registadas em casos já anteriormente notificados.

Quadro 9 – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2016.

	Nº casos
Adultos (≥15 anos)	260
Crianças (<15 anos)	1
Total	261

3.2.1. Novos casos de SIDA diagnosticados em adultos (≥15 anos)

Apurou-se que 186 (71,5%) dos 260 casos de SIDA registados em adultos registaram-se em indivíduos do sexo masculino e 74 (28,5%) em mulheres, o que revela um *ratio* H/M de 2,5.

A distribuição por grupo etário (quadro 10) revela que a maioria (67,7%) dos novos casos de SIDA ocorreu em indivíduos com idades ≥ a 40 anos, registando-se a maior incidência de diagnósticos no escalão dos 40-49 anos (5,5 casos de SIDA/10⁵ habitantes), padrão observado em ambos os sexos. A idade mediana à data do diagnóstico para o total de novos casos de SIDA diagnosticados no ano em análise foi de 44,0 anos (DIQ: 36,5-53,0) (quadro 11). Não se observaram diferenças significativas nos valores das medianas das idades para os dois sexos. Os casos de SIDA com transmissão heterossexual

Quadro 11 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e categoria de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os novos casos (≥15 anos)	44,0	36,5	53,0
Homens	45,0	37,0	52,0
Mulheres	42,0	36,0	54,0
Transmissão heterossexual	46,0	37,0	54,0
Transmissão HSH	41,0	30,0	46,0
Transmissão toxicod dependência	43,5	41,0	51,0

Legenda: DIQ- Dispersão interquartil

Quadro 10 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por grupo etário e sexo.

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	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
20-24 anos	4	2,2	1,5	3	4,1	1,1	7	2,7	1,3
25-29 anos	16	8,6	5,8	5	6,8	1,8	21	8,1	3,8
30-39 anos	39	21,0	6,0	17	23,0	2,4	56	21,5	4,2
40-49 anos	65	34,9	8,7	22	29,7	2,7	87	33,5	5,5
50-59 anos	39	21,0	5,6	12	16,2	1,5	51	19,6	3,5
≥ 60 anos	23	12,4	1,9	15	20,3	0,9	38	14,6	1,3
Total	186	100,0	3,8	74	100,0	1,4	260	100,0	2,5

apresentam uma mediana de idades mais elevada do que os registados nas outras categorias.

A maioria dos novos casos de SIDA (54,2%) referia residência na região de Lisboa (NUTS II) (quadro 12), região para a qual foi apurada a maior taxa de incidência de SIDA, 5,0 casos de SIDA/105 habitantes.

Tal como se pode constatar no quadro 13, a maioria (64,6%) dos casos de SIDA diagnosti-

cados em 2016 registou-se em indivíduos nascidos em Portugal, representando 67,5% dos casos para os quais foi possível obter informação referente à naturalidade (n=249). À semelhança do observado para os novos casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2016, também nos novos casos de SIDA foi identificada uma maior proporção de casos de origem africana em mulheres do que em homens.

Quadro 12 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II).

Região NUTS II	Nº casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes
PT11 - Norte	62	23,8	1,7
PT16 - Centro	34	13,1	1,5
PT17 - Área Metropolitana de Lisboa	141	54,2	5,0
PT18 - Alentejo	8	3,1	1,1
PT15 - Algarve	5	1,9	1,1
PT20 - Região Autónoma dos Açores	2	0,8	0,8
PT30 - Região Autónoma da Madeira	3	1,2	1,2
Residência no estrangeiro	5	1,9	--
Total	260	100,0	2,5

Quadro 13 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	129	69,4	39	52,7	168	64,6
África Subsariana	37	19,9	27	36,5	64	24,6
América latina	7	3,8	3	4,1	10	3,8
Europa Ocidental	4	2,2	0	0,0	4	1,5
Europa de Leste	2	1,1	0	0,0	2	0,8
Outra	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Sem informação	6	3,2	5	6,8	11	4,2
Total	186	100,0	74	100,0	260	100,0

A distribuição dos novos casos de SIDA por categoria de transmissão é apresentada no [quadro 14](#) e mostra que 68,2% (n=174) dos 255 casos em que a via de transmissão é conhecida ocorreram em indivíduos que contraíram a infeção por contacto heterossexual. Na [figura 5](#) apresenta-se a proporção de casos por categoria de transmissão e sexo, observando-se uma predominância de casos de transmissão heterossexual em ambos os sexos. Os casos em utilizadores de drogas injetadas (UDI) constituíram 10,8% dos novos casos de SIDA em homens, tendo menor expressão no sexo feminino (2,7%).

O critério imunológico não é utilizado na classificação de casos de SIDA para fins de vigilância epidemiológica, pelo que as definições nacional e europeia de caso de SIDA obrigam à presença de pelo menos uma das doenças definidoras de SIDA que constam da lista publicada em 1993⁴ (Anexo II). À semelhança do registado nos últimos anos, a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PPc), referida em 32,7% dos novos casos de SIDA diagnosticados em 2016, foi a doença definidora de SIDA mais frequente ([quadro 15](#)). Embora a PPc seja referida na maior proporção dos casos de ambos os sexos,

Quadro 14 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por categoria de transmissão e sexo.

Categoria de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	103	55,4	71	95,9	174	66,9
Homo ou bissexual	57	30,6	-	-	57	21,9
Toxicodependente	20	10,8	2	2,7	22	8,5
Mãe-filho	0	0,0	1	1,4	1	0,4
Outra	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Desconhecida	5	2,7	0	0,0	5	1,9
Total	186	100,0	74	100,0	260	100,0

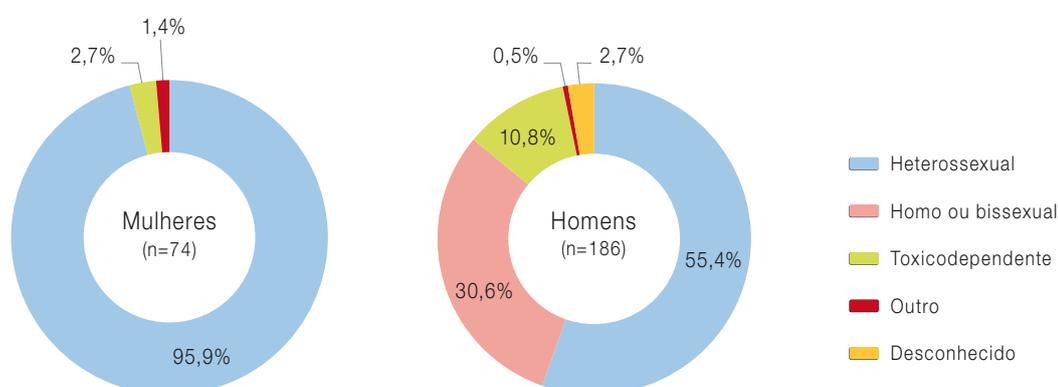


Figura 5 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção por sexo e categoria de transmissão.

a desagregação por género revelou diferenças na frequência de diagnóstico de outras doenças definidoras de SIDA mais comuns, como por exemplo a tuberculose pulmonar e extra-pulmonar, a doença por citomegalovírus e o sarcoma de Kaposi.

A frequência relativa das doenças definidoras de SIDA revelou padrões diferentes após estratificação dos casos pelas três categorias de transmissão mais importantes – “heterossexual”, “homo/bissexual” e “toxicodependente” – (figura 6). Assim, a PPC foi a doença mais

Quadro 15 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns de acordo com sexo.

Doença definidora de SIDA	Homens (n=186)		Mulheres (n=74)		Total (n=260)	
	n	%	n	%	N	%
Pneumonia por <i>Pneumocystis</i> (PPC)	59	31,7	26	35,1	85	32,7
Tuberculose pulmonar	32	17,2	7	9,5	39	15,0
Doença por citomegalovírus	29	15,6	8	10,8	37	14,2
Candidíase esofágica	25	13,4	11	14,9	36	13,8
Toxoplasmose cerebral	21	11,3	8	10,8	29	11,2
Tuberculose extra pulmonar (todas as formas)	22	11,8	6	8,1	28	10,8
Sarcoma de Kaposi	17	9,1	4	5,4	21	8,1
Criptococose extra-pulmonar	9	4,8	1	1,4	10	3,8
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	6	3,2	4	5,4	10	3,8
Encefalopatia por VIH	4	2,2	2	4,1	6	2,3

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

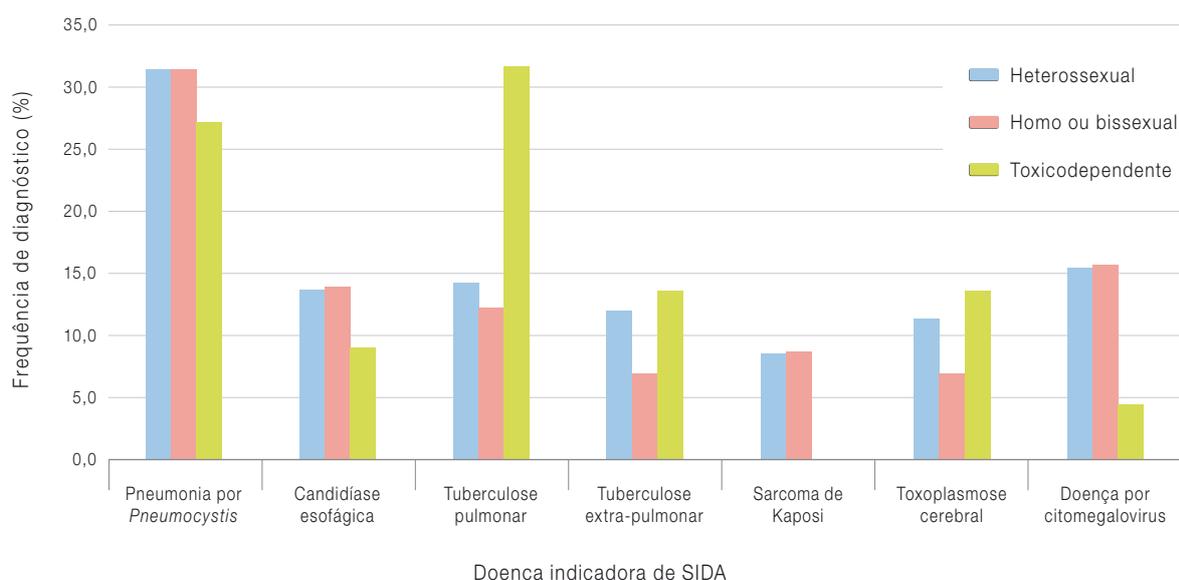


Figura 6 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: frequência de diagnóstico nas três principais categorias de transmissão.

frequente nos casos de transmissão sexual, surgindo em idêntica percentagem (31,6%) dos casos que referiam transmissão heterossexual e homo/bissexual. A tuberculose pulmonar foi a doença definidora de SIDA mais frequente nos casos associados à toxicoddependência (31,8%).

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

Foi notificado um caso pediátrico com diagnóstico de SIDA em 2016, simultâneo ao diagnóstico da infeção por VIH, e ocorrido numa criança de 1 ano de idade, natural da Guiné-Bissau.

3.3. Óbitos ocorridos em 2016

Foram notificados 253 óbitos em doentes infectados por VIH e que ocorreram em 2016. Destes, 135 registaram-se em casos de SIDA.

Os óbitos notificados ocorreram maioritariamente em homens (79,1%; n=200) e a idade mediana à data de óbito foi de 52,0 anos (DIQ: 44,0-64,0) ([quadro 16](#)), observando-se a idade mediana mais baixa nos casos de transmissão associada a toxicoddependência.

A estratificação dos óbitos por categoria de transmissão e sexo ([quadro 17](#)) revela que a categoria de transmissão “heterossexual” e o sexo masculino registaram mais ocorrências.

Quadro 16 – Óbitos ocorridos em 2016: idade mediana à data de óbito, por sexo e categoria de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os óbitos	52,0	44,0	64,0
Homens	52,0	44,0	63,5
Mulheres	53,0	44,5	67,0
Transmissão heterossexual	61,0	48,0	70,5
Transmissão HSH	57,0	46,0	72,0
Transmissão toxicoddependência	47,0	42,0	53,0

Legenda: DIQ – Dispersão interquartil

Quadro 17 – Óbitos ocorridos em 2016: distribuição por sexo e categoria de transmissão.

Categoria de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	88	44,0	41	77,4	129	51,0
Homo ou bissexual	25	12,5	0	0,0	25	9,9
Toxicodpendente	84	42,0	11	20,8	95	37,5
Desconhecida	3	1,5	1	1,9	4	1,6
Total	200	100,0	53	100,0	253	100,0

Quadro 18 – Óbitos ocorridos em 2016: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, de acordo com o sexo e a categoria de transmissão.

Tempo	Homens (n=200)		Mulheres (n=53)		Hetero (n=129)		Toxico (n=95)		HSH (n=25)		Total (n=253)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤1 ano	31	15,5	17	32,1	35	27,1	5	5,3	4	16,0	48	19,0
2 a 5 anos	24	12,0	2	3,8	18	14,0	3	3,2	5	20,0	26	10,3
6 a 10 anos	34	17,0	12	22,6	26	20,2	14	14,7	6	24,0	46	18,2
>10 anos	111	55,5	22	41,5	50	38,8	73	76,8	10	40,0	133	52,6

Legenda: Hetero - heterossexual; Toxico - toxicodependente; HSH - homens que têm sexo com homens.

A análise do tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção e a morte, cujos resultados estão resumidos no [quadro 18](#), revelou que 19,0 % dos óbitos ocorreram no primeiro ano após o diagnóstico. A estratificação por categoria de transmissão revela que 41,1% dos óbitos registados em casos com transmissão heterossexual ocorreram nos cinco anos após o diagnóstico; por outro lado, o intervalo entre a data do diagnóstico da infeção e a data da morte é superior a 10 anos em 76,8% dos óbitos notificados relativos a toxicodependentes.

4

Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2016)

De acordo com as notificações recebidas no INSA até 30 de junho de 2017, em Portugal e até 31 de Dezembro de 2016, foram diagnosticados cumulativamente 56001 casos de infeção por VIH e 21614 casos de SIDA. Foram ainda notificados 11020 óbitos registados em indivíduos com infeção por VIH. A distribuição temporal destes diagnósticos e óbitos encontra-se ilustrada na [figura 7](#), seguindo-se a apresentação da análise detalhada dos totais acumulados e das tendências observadas para os principais aspetos demográficos, clínicos e epidemiológicos dos casos notificados.

4.1. Casos de infeção por VIH

Distribuição temporal

Os 56001 casos de infeção por VIH diagnosticados desde 1983 são apresentados, distribuídos de acordo com o ano de diagnóstico, no [quadro 19](#), onde se pode constatar que o ano que acumula maior número de diagnósticos é o ano 1999 (n=3307).

Entre 1999 e 2016 regista-se uma tendência decrescente no número de casos diagnosticados. A redução do número de novos diagnósticos foi de 64% entre os anos 1999 e 2015 e de 47% quando

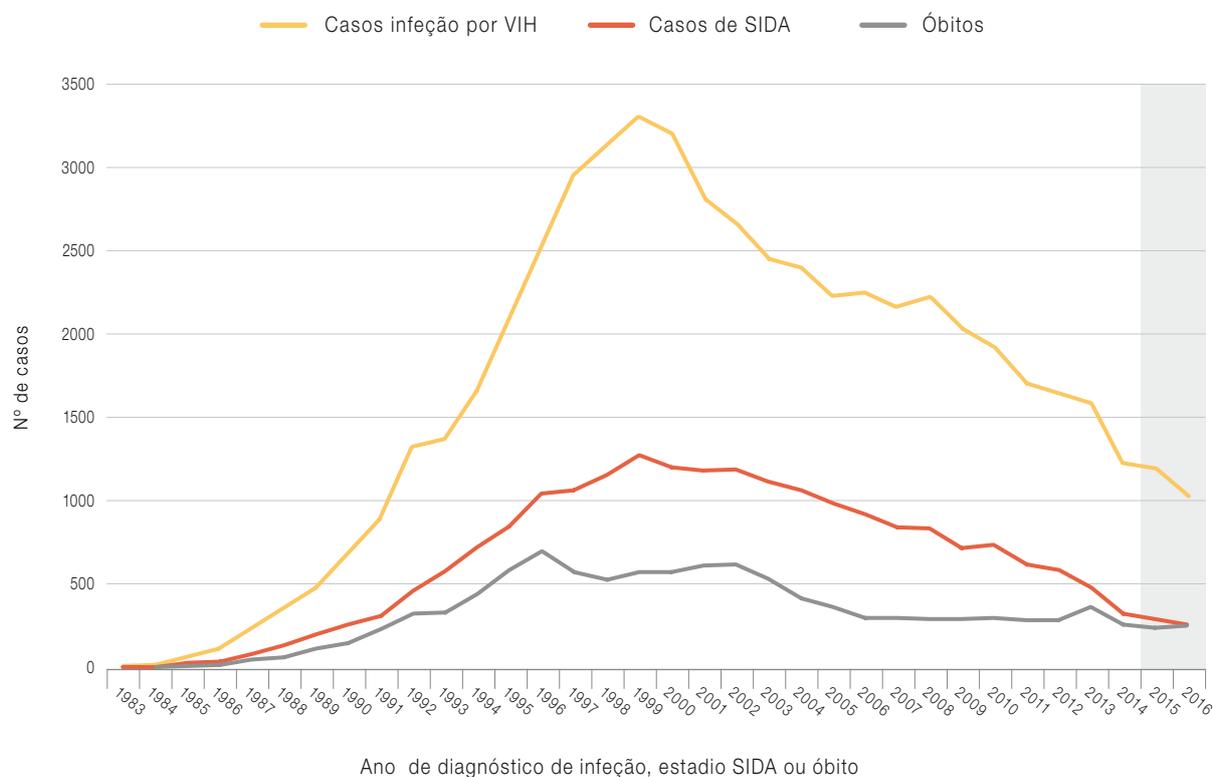


Figura 7 – Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2016): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estadio SIDA, ou ano de morte.

comparados os anos 2006 e 2015. A taxa de novos diagnósticos de infeção por VIH por 10⁵ habitantes (figura 8) calculada para o ano 2015, 11,5 casos/10⁵ habitantes (IC 95%: 10,9-12,2), representa uma redução de 46% em relação à taxa observada dez anos antes, em 2006, ano em que foram diagnosticados 21,4 novos casos/10⁵ habitantes (IC 95%: 20,5-22,2). A taxa registada em 2016, 10,0 casos/10⁵ habitantes (IC 95%: 9,4-10,6), não é considerada na análise das variações pois é esperado que venha ainda a sofrer aumento considerável devido a atraso nas notificações.

Não obstante esta redução consistente no número de novos casos diagnosticados, Portugal apresentou-se durante largos anos como o país da Europa ocidental com a taxa anual de novos diagnósticos mais elevada, posição na qual foi recentemente substituído por Malta ⁸.

Distribuição por sexo

O número de casos diagnosticados anualmente em homens foi, em todos os anos em observação, superior ao número de casos registados em mulheres e o total acumulado de casos de indivíduos do sexo masculino é de 40446, o que corresponde a 72,2% do total de casos (quadro 19). O *ratio* entre o número de casos em homens (H) e mulheres (M) – H/M – apurado para o total acumulado de casos revela um valor de 2,6 o que ilustra a distribuição por sexos. A análise da sua variação por ano de diagnóstico evidencia que nos anos mais recentes observou-se um aumento da proporção de novos diagnósticos em homens.

O número de novos casos e as taxas anuais de diagnóstico de infeção por VIH por 10⁵ habitan-

Quadro 19 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo ano de diagnóstico e sexo.

Ano de diagnóstico	Nº de casos			H/M
	Homens	Mulheres	Total	
1983	7	2	9	3,5
1984	9	3	12	3,0
1985	55	5	60	11,0
1986	95	17	112	5,6
1987	179	41	¹ 221	4,4
1988	279	63	342	4,4
1989	396	85	481	4,7
1990	542	127	669	4,3
1991	707	187	894	3,8
1992	1057	265	² 1324	4,0
1993	1084	289	1373	3,8
1994	1290	376	¹ 1667	3,4
1995	1623	474	¹ 2098	3,4
1996	1956	637	2593	3,1
1997	2294	664	2958	3,5
1998	2329	800	¹ 3130	2,9
1999	2524	783	3307	3,2
2000	2368	839	¹ 3208	2,8
2001	1987	826	¹ 2814	2,4
2002	1814	847	2661	2,1
2003	1678	776	¹ 2455	2,2
2004	1594	809	2403	2,0
2005	1531	697	2228	2,2
2006	1502	747	2249	2,0
2007	1433	734	2167	2,0
2008	1513	713	2226	2,1
2009	1379	655	2034	2,1
2010	1282	640	1922	2,0
2011	1185	519	1704	2,3
2012	1160	485	1645	2,4
2013	1120	465	1585	2,4
2014	868	360	1228	2,4
2015	872	320	1192	2,7
2016	734	296	1030	2,5
Total	40446	15546	³ 56001	2,6

Legenda: ¹ Inclui um caso em que o sexo não é referido; ² inclui dois casos em que o sexo não é referido; ³ Inclui nove casos em que o sexo não é referido. H - Homens; M - Mulheres.

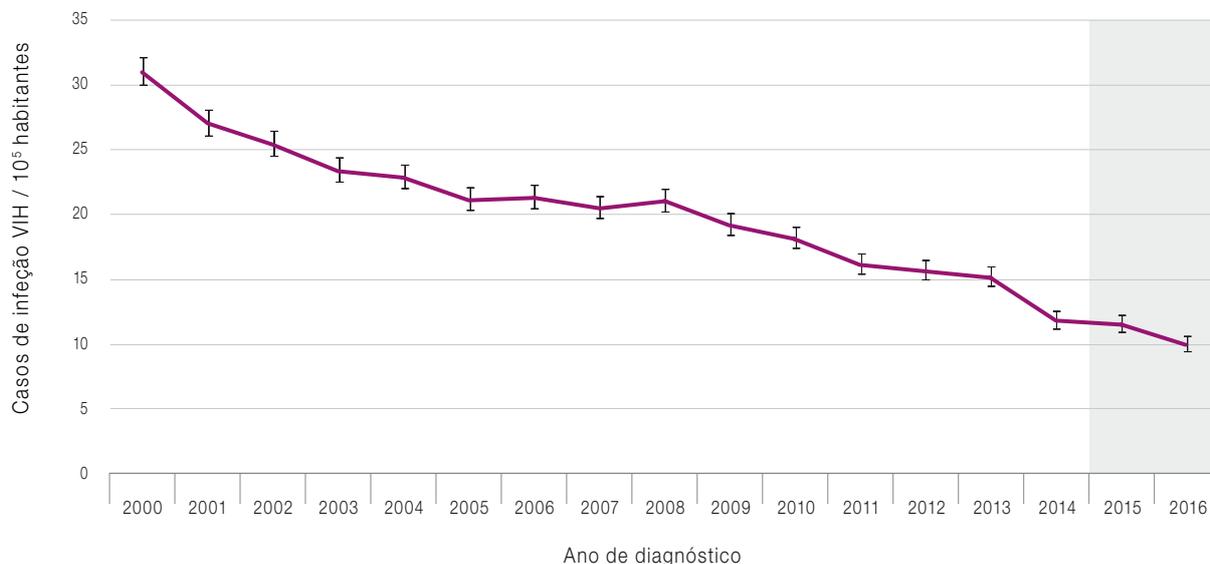


Figura 8 – Casos de infeção por VIH (2000-2016): taxa de novos casos por ano de diagnóstico.

tes revelam, a partir do ano 2000, uma tendência decrescente para os casos registados em ambos os sexos (figura 9). Em 2016 observaram-se taxas de 15,0 novos casos/10⁵ homens (IC 95%: 13,9-16,1) e de 5,5 novos casos/10⁵ mulheres (IC 95%: 4,8-6,1), valores que, no entanto, se espera ainda virem a sofrer variações devido ao atraso na notificação. A variação percentual entre o número de casos

diagnosticados nos anos 2006 e 2015 traduz-se numa redução de 42% nos novos diagnósticos em homens e de 41% nos novos casos em mulheres. A comparação das taxas de novos diagnósticos, apuradas para os mesmos anos, revelou uma descida mais acentuada para o sexo feminino, 57% vs a observada para os casos do sexo masculino, 40%.

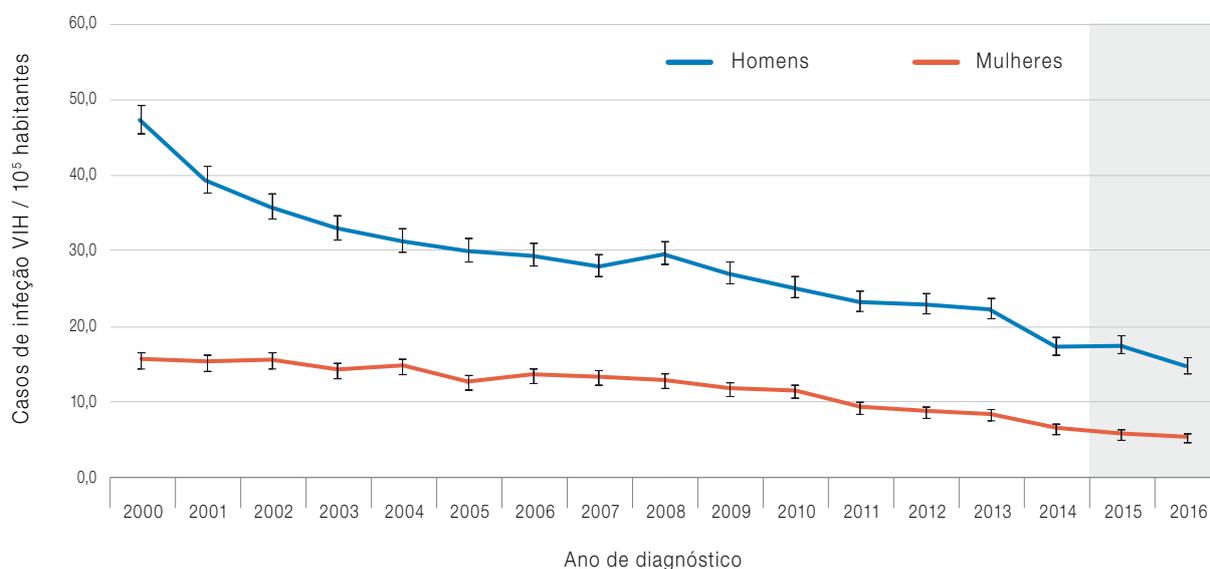


Figura 9 – Casos de infeção por VIH (2000-2016): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

Idade ao diagnóstico

No [quadro 20](#) é apresentada a informação referente à distribuição temporal dos casos notificados por escalão etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo. Pode constatar-se que existe informação relativa à idade em 99,9% dos casos registados e que 38682 (69,1%) dos casos acumulados tinham idades entre os 25 e os 49 anos à data do diagnóstico.

Na última década observa-se uma tendência decrescente no número de casos registados nos diferentes grupos etários e, nos anos mais recentes, um discreto aumento na proporção de casos com idades inferiores a 30 anos, bem como na proporção de casos com 50 ou mais anos à data do diagnóstico ([figura 10](#)).

Quadro 20 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição por grupo etário e sexo, segundo ano de diagnóstico.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
<15 anos	Sub-total	1447	19	20	15	17	10	4	12	7	3	3	557	1,0
	H	226	11	9	6	6	6	2	7	2	1	0	276	
	M	219	8	11	9	11	4	2	5	5	2	3	279	
15-19 anos	Sub-total	1233	35	47	46	27	32	37	30	35	21	15	1558	2,8
	H	699	13	30	27	16	18	25	19	21	15	11	894	
	M	534	22	17	19	11	14	12	11	14	6	4	664	
20-24 anos	Sub-total	5246	165	157	155	142	159	148	117	113	135	97	6634	11,8
	H	3582	108	95	110	92	108	123	89	82	110	74	4573	
	M	1664	57	62	45	50	51	25	28	31	25	23	2061	
25-29 anos	Sub-total	8346	305	265	233	237	177	201	183	149	165	144	10405	18,6
	H	6109	186	176	140	147	131	143	128	116	134	115	7525	
	M	2235	119	89	93	90	46	58	55	33	31	29	2878	
30-39 anos	Sub-total	13343	701	700	628	550	500	439	449	341	301	267	18219	32,5
	H	10236	460	484	432	390	331	305	323	246	214	188	13609	
	M	3106	241	216	196	160	169	134	126	95	87	79	4609	
40-49 anos	Sub-total	6016	501	555	474	507	422	407	384	269	278	245	10058	18,0
	H	4633	354	394	351	346	311	282	266	192	203	175	7507	
	M	1381	147	161	123	161	111	125	118	77	75	70	2549	
50-59 anos	Sub-total	2809	268	309	297	283	263	240	258	190	176	162	5255	9,4
	H	2070	181	207	189	177	178	165	183	122	122	111	3705	
	M	739	87	102	108	106	85	75	75	68	54	51	1550	
≥60 anos	Sub-total	1609	168	170	180	152	138	167	152	124	113	97	3070	5,5
	H	1174	118	115	120	102	100	113	105	87	73	60	2167	
	M	435	50	55	60	50	38	54	47	37	40	37	903	
Desconhecido	Sub-total	46	3	0	2	1	1	0	0	0	0	0	53	0,1
	Total	39268	2167	2226	2034	1922	1704	1645	1585	1228	1192	1030	56001	100,0

Legenda: ¹ Inclui dois casos em que o sexo não é referido; ² inclui um caso em que o sexo não é referido. H – Homens; M – Mulheres.

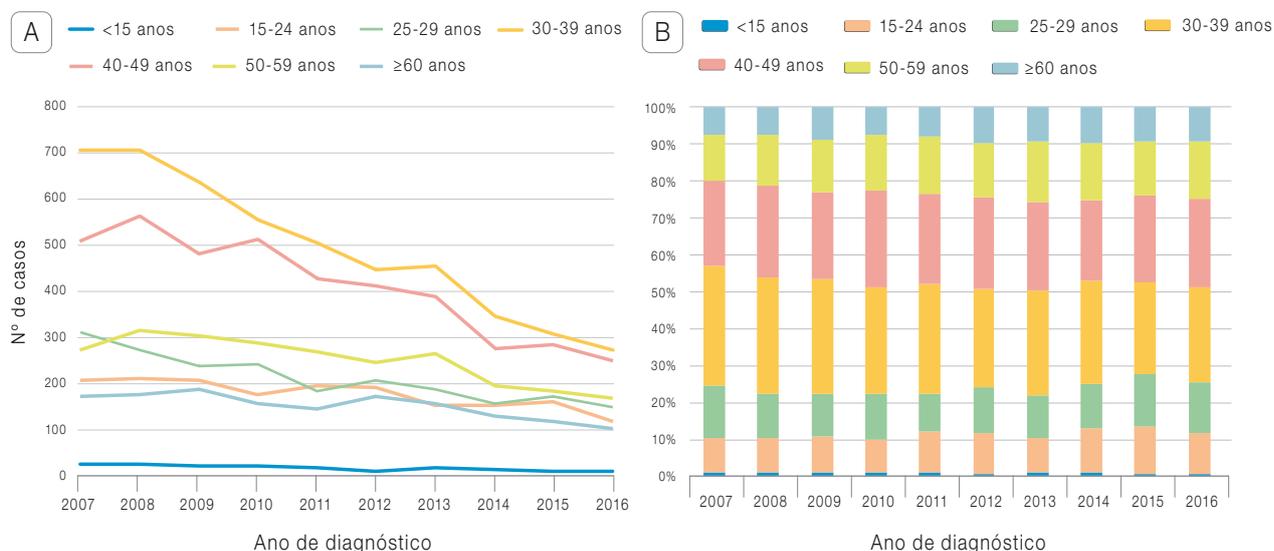


Figura 10 – Casos de infeção por VIH (2007-2016): distribuição por grupo etário, segundo ano de diagnóstico.

A análise da evolução das idades medianas à data do diagnóstico nos casos diagnosticados ao longo das duas últimas décadas da epidemia por VIH no país (figura 11) revelou um aumento temporal de 8 anos para o total dos casos. Idêntica tendência foi observada para os casos registados nas categorias de transmissão “heterossexual” e “toxicodependente”, nas quais se verificaram para o mesmo período aumentos

das medianas das idades de, respetivamente, 6 e 15 anos. Inversamente, as medianas das idades dos casos inscritos na categoria de transmissão “homo/bissexual” (HSH) diagnosticados no período em análise registaram uma redução de 2 anos e, desde 2006, são mais baixas de que as observadas em qualquer das outras categorias de transmissão em observação.

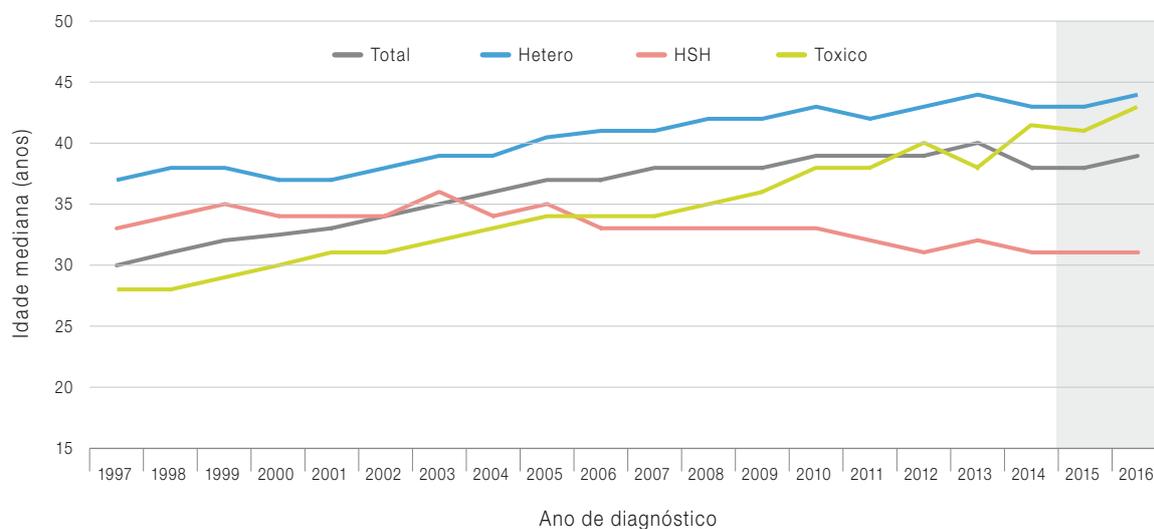


Figura 11 – Casos de infeção por VIH (1997-2016): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico nas principais categorias de transmissão.

A estratificação dos casos registados em homens que têm sexo com homens (HSH) por grupo etário e ano de diagnóstico (figura 12) confirma que anualmente o maior número de novos diagnósticos ocorre em indivíduos jovens, com idades entre os 15 e os 34 anos, grupo etário para o qual se observou um aumento temporal acentuado no número de novos casos, particularmente entre 2005 e 2012. Os valores registados nos anos mais recentes podem ainda sofrer alterações devido ao atraso das notificações.

Distribuição geográfica

A análise da distribuição geográfica dos novos casos é realizada com base na informação relativa à residência dos indivíduos à data da notificação. Os seus resultados revelam que os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal acumulam o maior número de casos notificados, representando 73,3% do total nacional. A distribuição dos casos por ano de diagnóstico e distrito ou região de residência, apresentada no quadro 21, revela um padrão anual de distribuição idêntico. Portalegre e Guarda mantêm-se como os distritos com menor número de casos acumulados.

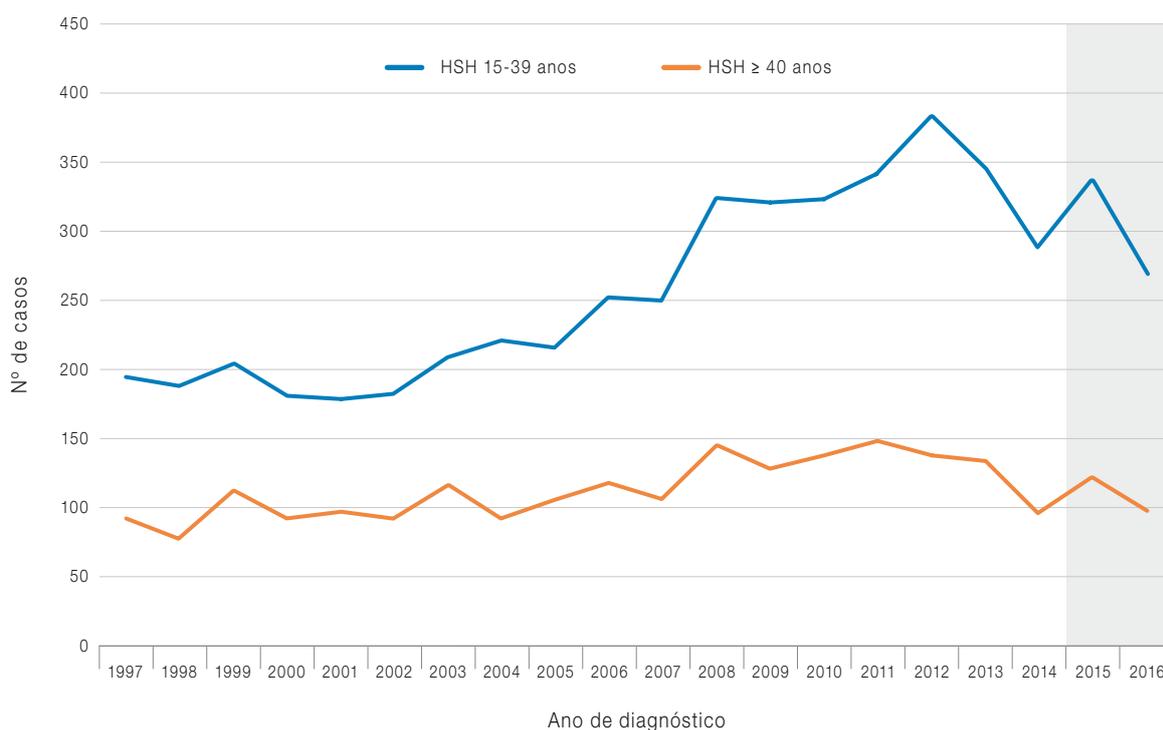


Figura 12 – Casos de infeção por VIH em HSH (≥ 15 anos) entre 1997-2016: distribuição por grupo etário e ano diagnóstico.

Quadro 21 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
Aveiro	919	76	100	74	77	77	95	63	58	70	54	1663	3,0
Beja	283	14	2	6	10	16	7	10	7	10	14	379	0,7
Braga	1050	73	71	68	62	65	54	46	60	39	39	1627	2,9
Bragança	149	7	8	8	11	1	2	12	2	3	2	205	0,4
Castelo Branco	216	12	17	5	6	8	11	11	10	5	5	306	0,5
Coimbra	790	52	50	74	56	53	50	46	56	48	33	1308	2,3
Évora	223	10	5	12	4	4	3	4	3	4	1	273	0,5
Faro	1868	149	120	118	109	117	89	99	71	59	30	2829	5,1
Guarda	122	11	7	6	9	4	9	8	3	4	4	187	0,3
Leiria	979	49	53	55	37	50	47	51	51	35	33	1440	2,6
Lisboa	16547	878	960	891	921	780	731	706	557	529	447	23947	42,8
Portalegre	138	9	3	3	2	0	3	2	3	2	1	166	0,3
Porto	7976	416	403	353	299	231	254	265	184	160	167	10708	19,1
Santarém	884	73	63	42	48	45	27	36	30	22	19	1289	2,3
Setúbal	4850	200	194	190	166	157	164	136	77	123	106	6363	11,4
Viana do Castelo	222	6	16	13	11	12	15	7	12	11	9	334	0,6
Vila-Real	244	14	14	18	21	14	8	4	9	5	5	356	0,6
Viseu	402	31	25	18	20	21	17	20	15	25	20	614	1,1
R.A. Açores	247	19	30	16	14	9	14	8	6	3	13	379	0,7
R.A. Madeira	384	35	40	37	24	16	23	25	9	28	9	630	1,1
Estrangeiro	192	17	11	10	4	8	5	6	1	3	13	270	0,5
Desconhecido	583	16	34	17	11	16	17	20	4	4	6	728	1,3
Total	39268	2167	2226	2034	1922	1704	1645	1585	1228	1192	1030	56001	100,0

A análise das taxas de novos diagnósticos, entre 2007 e 2016, por distrito ou região autónoma ([quadro 22](#)) revela uma distribuição um pouco diferente; até 2014 o distrito de Faro

apresentou as segundas taxas mais elevadas do país, esperando-se que o valor dos anos mais recentes ainda sofra alterações.

Quadro 22 – Casos de infeção por VIH (2007-2016): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aveiro	10,6	13,9	10,3	10,8	10,8	13,4	8,9	8,3	10,0	7,7
Beja	9,0	1,3	3,9	6,5	10,5	4,7	6,7	4,8	6,9	9,7
Braga	8,6	8,3	8,0	7,3	7,7	6,4	5,5	7,1	4,7	4,7
Bragança	5,0	5,7	5,8	8,1	0,7	1,5	9,1	1,5	2,3	1,6
Castelo Branco	6,0	8,5	2,5	3,0	4,1	5,7	5,8	5,4	2,7	2,7
Coimbra	11,9	11,5	17,1	13,0	12,4	11,8	11,0	13,5	11,6	8,0
Évora	5,9	3,0	7,1	2,4	2,4	1,8	2,5	1,9	2,5	0,6
Faro	34,3	27,3	26,5	24,2	26,2	20,0	22,4	16,1	13,4	6,8
Guarda	6,6	4,2	3,7	5,6	2,5	5,7	5,2	2,0	2,7	2,7
Leiria	10,4	11,3	11,7	7,8	10,6	10,1	11,0	11,0	7,6	7,2
Lisboa	39,6	43,1	39,8	40,9	34,6	32,6	31,6	24,9	23,6	19,9
Portalegre	7,4	2,5	2,5	1,7	0,0	2,6	1,8	2,7	1,8	0,9
Porto	22,8	22,1	19,4	16,4	12,7	14,0	14,7	10,3	9,0	9,4
Santarém	16,0	13,8	9,2	10,6	10,0	6,0	8,1	6,8	5,0	4,4
Setúbal	24,0	23,1	22,5	19,5	18,4	19,2	16,0	9,0	14,4	12,4
Viana do Castelo	2,4	6,5	5,3	4,5	4,9	6,2	2,9	5,0	4,7	3,8
Vila-Real	6,5	6,6	8,6	10,1	6,8	3,9	2,0	4,5	2,5	2,6
Viseu	8,0	6,5	4,7	5,3	5,6	4,6	5,4	4,1	6,9	5,5
R.A. Açores	7,7	12,2	6,5	5,7	3,6	5,7	3,2	2,4	1,2	5,3
R.A. Madeira	13,3	15,1	13,9	9,0	6,1	8,7	9,6	3,5	10,9	3,5
Total	20,5	21,1	19,2	18,2	16,2	15,7	15,2	11,8	11,5	10,0

O [quadro 23](#) sistematiza a informação referente à distribuição geográfica de acordo com as regiões definidas pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS) de 2013⁹, apresentando os totais acumulados de acordo com a região NUTS II e NUTS III de

residência à data da notificação. Observa-se que em 52,6% do total de casos notificados a região de residência à data da notificação corresponde à região PT17 – Área Metropolitana de Lisboa.

Quadro 23 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação do estadió inicial.

NUTII	NUTIII	Ano de diagnóstico											Total	
		≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
PT11 – Norte	Sub-total	10084	542	552	489	433	355	364	347	282	238	237	13923	24,9
	PT111 – Alto Minho	222	6	16	13	11	12	15	7	12	11	9	334	
	PT112 – Cávado	628	39	47	41	32	36	36	24	34	21	22	960	
	PT119 – Ave	415	35	23	26	30	28	17	22	26	18	17	657	
	PT11A – Área Metropolitana do Porto	7910	401	411	347	297	230	253	236	165	143	151	10544	
	PT11B – Alto Tâmega	55	5	3	9	7	4	2	2	4	1	2	94	
	PT11C – Tâmega e Sousa	470	40	31	35	30	30	29	40	34	33	29	801	
	PT11D – Douro	241	9	13	10	15	14	10	4	5	9	6	336	
	PT11E – Terras de Trás-os-Montes	143	7	8	8	11	1	2	12	2	2	1	197	
PT16 – Centro	Sub-total	3552	251	261	251	220	225	234	218	203	201	153	5769	10,3
	PT16B – Oeste	717	36	38	38	28	29	35	33	28	39	26	1047	
	PT16D – Região de Aveiro	550	53	60	46	51	50	68	46	41	56	40	1061	
	PT16E – Região de Coimbra	808	55	53	75	57	54	53	53	61	49	34	1352	
	PT16F – Região de Leiria	545	27	35	41	27	41	32	36	33	21	19	857	
	PT16G – Viseu Dão-Lafões	313	25	22	16	17	16	11	17	12	18	18	485	
	PT16H – Beira Baixa	140	10	14	2	4	7	8	8	8	4	2	207	
	PT16I – Médio Tejo	304	34	31	25	27	24	18	15	15	9	10	512	
	PT16J – Beiras e Serra da Estrela	175	11	8	8	9	4	9	10	5	5	4	248	
PT17 – Área Metropolitana de Lisboa	Sub-total	20855	1052	1121	1043	1063	910	870	806	618	615	529	29482	52,6
	PT170 – Área Metropolitana de Lisboa	20855	1052	1121	1043	1063	910	870	806	618	615	529	29482	
PT18 – Alentejo	Sub-total	1503	86	57	53	44	48	29	56	34	41	40	1991	3,6
	PT181 – Alentejo Litoral	224	8	11	17	6	11	4	19	8	13	7	328	
	PT184 – Baixo Alentejo	241	14	2	2	9	12	5	6	5	8	12	316	
	PT185 – Lezíria do Tejo	677	45	36	19	23	21	14	25	15	14	19	908	
	PT186 – Alto Alentejo	138	9	3	3	2	0	3	2	3	2	1	166	
	PT187 – Alentejo Central	223	10	5	12	4	4	3	4	3	4	1	273	
PT15 – Algarve	Sub-total	1868	149	120	118	109	117	89	99	71	59	30	2829	5,1
	PT150 – Algarve	1868	149	120	118	109	117	89	99	71	59	30	2829	
PT20 – Região Autónoma dos Açores	PT200 – Região Autónoma dos Açores	247	19	30	16	14	9	14	8	6	3	13	379	0,7
PT30 – Região Autónoma da Madeira	PT300 – Região Autónoma da Madeira	384	35	40	37	24	16	23	25	9	28	9	630	1,1
Residência no estrangeiro		192	17	11	10	4	8	5	6	1	3	13	270	0,5
Não referida		583	16	34	17	11	16	17	20	4	4	6	728	1,3
Total		39268	2167	2226	2034	1922	1704	1645	1585	1228	1192	1030	56001	100,0

Origem geográfica

Seguindo as indicações da vigilância epidemiológica europeia, utiliza-se a informação relativa ao país de naturalidade na análise dos dados referentes à origem geográfica dos casos. Os países de origem foram agrupados segundo as regiões geográficas preconizadas, para o efeito, pelo sistema de vigilância europeu TESSy.

Em Portugal, a informação referente à naturalidade só começou a ser recolhida em 2003 e, recentemente, os sistemas informáticos SINA-VE e SIVIDA registaram alguns problemas no acesso a dados referentes a esta variável, pelo que só é conhecida a origem geográfica de 68,4% (n=38316) dos casos acumulados. Entre estes casos, 74,7% (n=28618) nasceram em Portugal. Dos 9698 casos nascidos fora de Por-

tugal, 74,3% (n=7205) são originários da África subsariana, 94,7% do quais oriundos de países africanos com língua oficial portuguesa.

Na [figura 13](#) está ilustrada a distribuição dos casos segundo a origem geográfica e o ano de diagnóstico. Entre 2007 e 2016 verificou-se um decréscimo de aproximadamente 50% no número de novos casos em indivíduos nascidos em Portugal ou em países da África subsariana. Entre 2007 e 2010 esse decréscimo foi mais acentuado no número de casos em que o país de naturalidade foi Portugal o que, em conjunto com o incremento de casos nascidos na América latina ocorrido nesse intervalo de tempo, contribuiu para o aumento da proporção de casos nascidos fora de Portugal observada no período em análise.

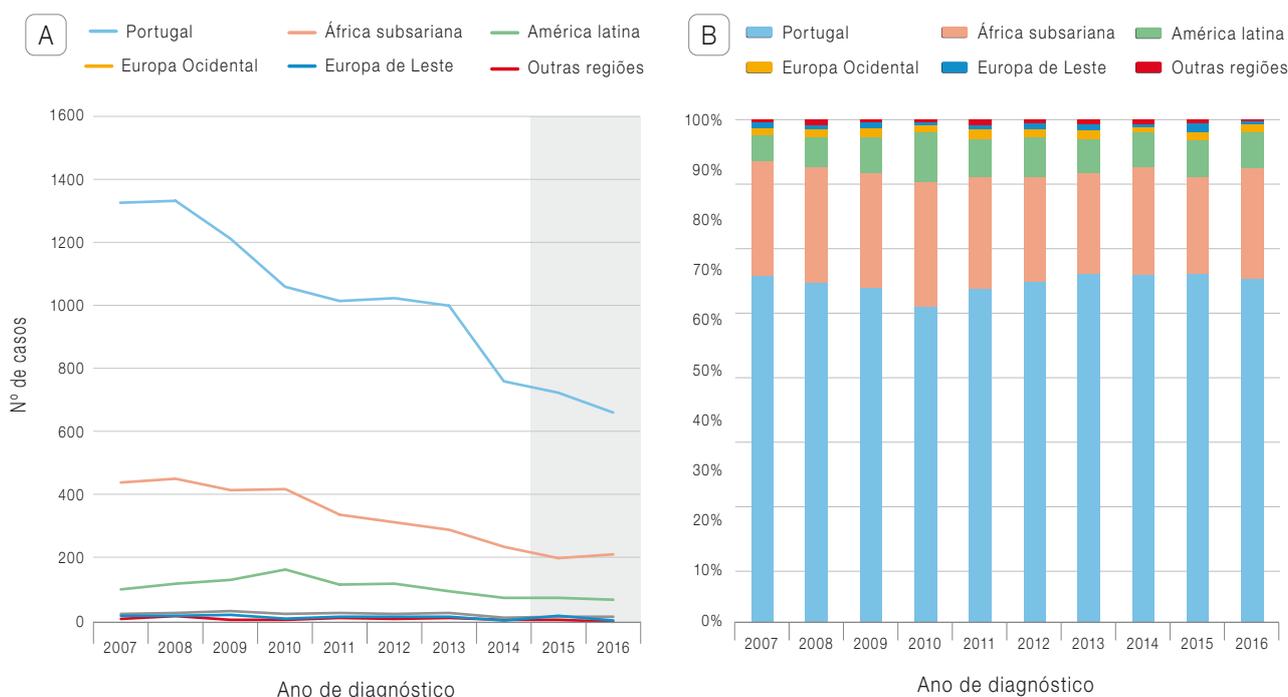


Figura 13 – Casos de infeção por VIH (2007-2016): distribuição do número absoluto (A) e percentual (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

Estadio inicial

A informação referente ao estadio clínico à data da avaliação inicial foi sempre recolhida no sistema de vigilância nacional para a infeção por VIH, que integrou desde o início casos em todos os estadios. Tal como anteriormente referido, segundo as regras aplicadas na vigilância epidemiológica da infeção por VIH na Europa o estadiamento dos casos baseia-se exclusivamente em critérios clínicos, não incluindo os valores das contagens de células TCD4+, ou seja, o critério imunológico.

No passado foi obrigatória a notificação de todas as evoluções de estadio¹, contudo, o enquadramento legal actual³ determina que, após a notificação inicial, só a evolução para estadio de SIDA carece de notificação específica e tem definição de caso própria.

A distribuição dos casos por estadio inicial e ano de diagnóstico é apresentada no [quadro 24](#), onde é possível constatar que no final de 2016 encontravam-se notificados cumulativamente 32389 casos de infeção por VIH que à data do diagnóstico se encontravam no estadio de portador assintomático (PA) (57,8%), 6111 casos no estadio Sintomático não-SIDA (10,9%), 14946 casos de SIDA (26,7%) e 68 casos de primo infeção (IAG) que, após a atualização da base de dados em 2013, passaram a ser registados em estadio específico.

Entre 2006 e 2015 observou-se um decréscimo de 66,5% no número de casos em que o diagnóstico de infeção por VIH foi concomitante com o diagnóstico de estadio SIDA.

Na atualidade, a apresentação tardia aos cuidados de saúde é essencialmente monitorizada pelos valores obtidos nas contagens de células TCD4+ da avaliação inicial. Os valores percentuais anuais dos casos com informação para esta variável, bem como dos casos com critérios de apresentação tardia e doença avançada são apresentados na [figura 14](#). Devido à baixa completude desta informação nos casos com diagnóstico anterior a 2010 estes não foram considerados na análise. Nos casos diagnosticados a partir de 2013, coincidindo com a implementação do SI.VIDA e posteriormente do SINAVE, verificou-se uma melhoria considerável na completude da informação. A percentagem de casos diagnosticados em 2015 e 2016 para os quais estava referida esta informação ultrapassou os 80%, valor superior à média observada em 2015 para os países da União Europeia (74,7%)⁸. Se entre 2013 e 2015 se verificou uma tendência decrescente na proporção de casos com critérios de apresentação tardia ou doença avançada, nos novos casos com diagnóstico em 2016 essa proporção apresentou um ligeiro aumento em relação aos anos antecedentes. No entanto, após a inclusão de casos notificados depois de 30 de junho de 2017 é possível que se venham a registar variações nestas proporções.

Quadro 24 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo o estadio inicial e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Estadio inicial										
	IAG		PA		Sintomático Não-SIDA		SIDA		Não referido		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1983	0	0,0	4	44,4	1	11,1	1	11,1	3	33,3	9
1984	0	0,0	4	33,3	2	16,7	3	25,0	3	25,0	12
1985	0	0,0	16	26,7	6	10,0	29	48,3	9	15,0	60
1986	0	0,0	41	36,6	23	20,5	39	34,8	9	8,0	112
1987	0	0,0	88	39,8	31	14,0	79	35,7	23	10,4	221
1988	0	0,0	117	34,2	68	19,9	126	36,8	31	9,1	342
1989	0	0,0	180	37,4	79	16,4	183	38,0	39	8,1	481
1990	0	0,0	272	40,7	100	14,9	240	35,9	57	8,5	669
1991	0	0,0	373	41,7	154	17,2	286	32,0	81	9,1	894
1992	0	0,0	590	44,6	202	15,3	412	31,1	120	9,1	1324
1993	0	0,0	586	42,7	182	13,3	494	36,0	111	8,1	1373
1994	0	0,0	746	44,8	159	9,5	621	37,3	141	8,5	1667
1995	0	0,0	1043	49,7	189	9,0	706	33,7	160	7,6	2098
1996	0	0,0	1395	53,8	221	8,5	802	30,9	175	6,7	2593
1997	0	0,0	1679	56,8	257	8,7	854	28,9	168	5,7	2958
1998	0	0,0	1844	58,9	262	8,4	876	28,0	148	4,7	3130
1999	0	0,0	1937	58,6	290	8,8	936	28,3	144	4,4	3307
2000	0	0,0	1939	60,4	277	8,6	832	25,9	160	5,0	3208
2001	0	0,0	1600	56,9	272	9,7	795	28,3	147	5,2	2814
2002	0	0,0	1502	56,4	266	10,0	767	28,8	126	4,7	2661
2003	1	0,0	1395	56,8	226	9,2	735	29,9	98	4,0	2455
2004	0	0,0	1423	59,2	251	10,4	645	26,8	84	3,5	2403
2005	1	0,0	1326	59,5	202	9,1	610	27,4	89	4,0	2228
2006	0	0,0	1393	61,9	261	11,6	538	23,9	57	2,5	2249
2007	0	0,0	1361	62,8	263	12,1	495	22,8	48	2,2	2167
2008	0	0,0	1422	63,9	263	11,8	492	22,1	49	2,2	2226
2009	0	0,0	1346	66,2	239	11,8	406	20,0	43	2,1	2034
2010	1	0,1	1236	64,3	231	12,0	422	22,0	32	1,7	1922
2011	3	0,2	1077	63,2	244	14,3	349	20,5	31	1,8	1704
2012	6	0,4	1038	63,1	253	15,4	329	20,0	19	1,2	1645
2013	6	0,4	1047	66,1	256	16,2	264	16,7	12	0,8	1585
2014	7	0,6	853	69,5	140	11,4	217	17,7	11	0,9	1228
2015	20	1,7	844	70,8	134	11,2	180	15,1	14	1,2	1192
2016	23	2,2	672	65,2	107	10,4	183	17,8	45	4,4	1030
Total	68	0,1	32389	57,8	6111	10,9	14946	26,7	2487	4,4	56001

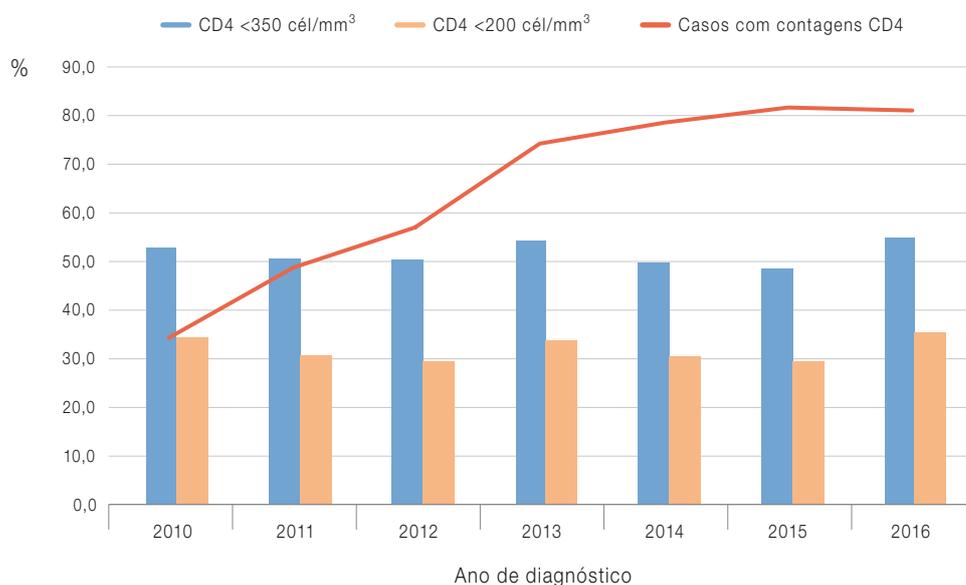


Figura 14 – Casos de infeção por VIH (2010-2016): evolução nas proporções de casos com contagens de células TCD4+ comunicadas e com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada.

Para os casos com diagnóstico a partir de 2013 a análise das medianas dos valores das contagens de células TCD4+ (figura 15) revela que nos casos referentes a HSH observaram-se valores consideravelmente mais elevados do que nos casos de transmissão heterossexual, o que denota, para os primeiros, um diagnóstico mais

precoce. O número de casos detetados em utilizadores de drogas injetadas nos anos em observação foi reduzido, pelo que os valores e tendências das medianas das células TCD4+ deverão ser interpretados com prudência. Os valores referentes aos casos diagnosticados no ano 2016 poderão ainda sofrer alteração.

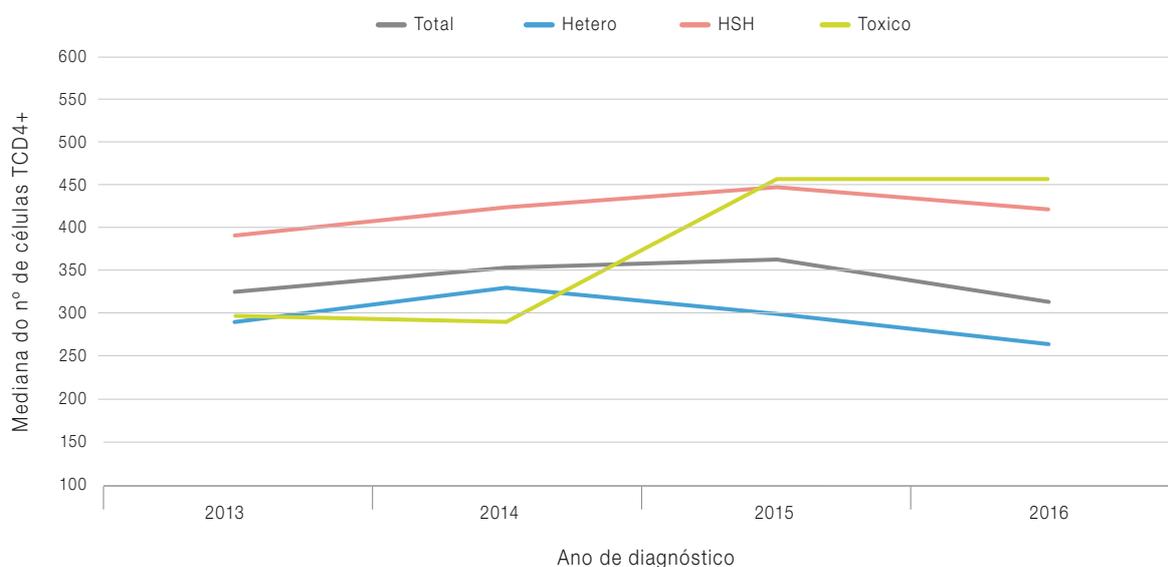


Figura 15 – Casos de infeção por VIH (2013-2016): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico nas principais categorias de transmissão.

Modo de transmissão

Em Portugal, a transmissão sexual foi responsável por 62,6% dos casos notificados com diagnóstico no período em análise. A categoria de transmissão que regista cumulativamente maior número de casos de infeção por VIH é, desde 2008, a categoria “heterossexual”, somando 25480 casos com diagnóstico até final

de 2016, o que representa 45,5% do total de casos diagnosticados no país ([quadro 25](#)). Os casos de transmissão por sexo entre homens correspondem a 17,1% do total acumulado. Embora a categoria “toxicodependente” seja a que representa a segunda maior fração desse total (33,2%), o diagnóstico ocorreu na última década em apenas 9% desses casos.

Quadro 25 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição por categoria de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Categoria de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
Heterossexual	Sub-total	¹ 15372	1354	1331	1266	1189	1045	973	962	755	647	586	25480	45,5
	H	8468	707	699	673	614	563	525	524	415	350	312	13850	
	M	6900	647	632	593	575	482	448	438	340	297	274	11626	
Homo ou Bissexual	Sub-total													
	(H)	5162	358	468	447	463	489	520	479	383	457	366	9592	17,1
Homo/bissexual e toxicodependente	Sub-total													
	(H)	364	8	10	6	8	3	7	6	2	0	1	415	0,7
Toxicodependente	Sub-total	² 16875	398	364	270	212	136	120	97	52	51	29	18604	33,2
	H	13884	325	305	221	166	109	94	83	47	39	23	15296	
	M	2990	73	59	49	46	27	26	14	5	12	6	3307	
Mãe-filho	Sub-total	³ 343	17	16	14	15	9	5	9	7	3	3	441	0,8
	H	161	10	7	6	6	5	3	4	2	1	0	205	
	M	180	7	9	8	9	4	2	5	5	2	3	234	
Transfundido	Sub-total	289	5	3	2	2	2	6	2	5	0	1	317	0,6
	H	158	2	1	1	0	1	3	1	2	0	0	169	
	M	131	3	2	1	2	1	3	1	3	0	1	148	
Hemofílico	Sub-total													
	(H)	133	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	137	0,2
Nosocomial	Sub-total	4	1	0	0	1	1	1	0	3	0	0	11	0,0
	H	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	
	M	3	1	0	0	0	1	1	0	2	0	0	8	
Outra/Não Determinada	Sub-total	56	2	4	5	11	3	2	11	6	4	1	105	0,2
	H	30	2	2	5	8	2	0	8	2	2	1	62	
	M	26	0	2	0	3	1	2	3	4	2	0	43	
Não referida	Sub-total	670	23	29	24	21	15	11	18	15	30	43	899	1,6
	Total	39268	2167	2226	2034	1922	1704	1645	1585	1228	1192	1030	56001	100,0

Legenda: ¹ inclui quatro casos em que o sexo não é referido; ² inclui um caso em que o sexo não é referido; ³ inclui dois casos em que o sexo não é referido.

H – Homens; M – Mulheres

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

A análise das tendências relativas ao número de casos diagnosticados anualmente em cada categoria de transmissão (figura 16) mostra, para a última década, uma diminuição do número de casos para a categoria heterossexual, que entre 2006 e 2015 foi de 52%, revelando-se mais marcada nos casos do sexo feminino (54% vs 50% em homens). A evolução mais marcante consiste na redução de 89% no número de casos associados a toxicoddependência quando analisado o mesmo período. Em sentido oposto, observou-se uma tendência crescente até 2012 no número de casos decorrentes de relações sexuais entre homens e registados na categoria “homo/bissexual”. Após esse ano a tendência para esta categoria de transmissão não se apresenta definida. Em 2015 e 2016, o

número de novos casos em HSH superou o número de novos casos referindo transmissão heterossexual em homens.

No que se refere aos casos diagnosticados em anos recentes e em que a transmissão de VIH decorreu de transfusões sanguíneas, apurou-se que estas ocorreram fora de Portugal.

Na última década, observou-se também um claro aumento da proporção de casos registados na categoria “homo/bissexual” que, a partir de 2011, passaram a representar mais de 40% dos casos diagnosticados anualmente em homens e em 2015 ultrapassaram os 50% (figura 17).

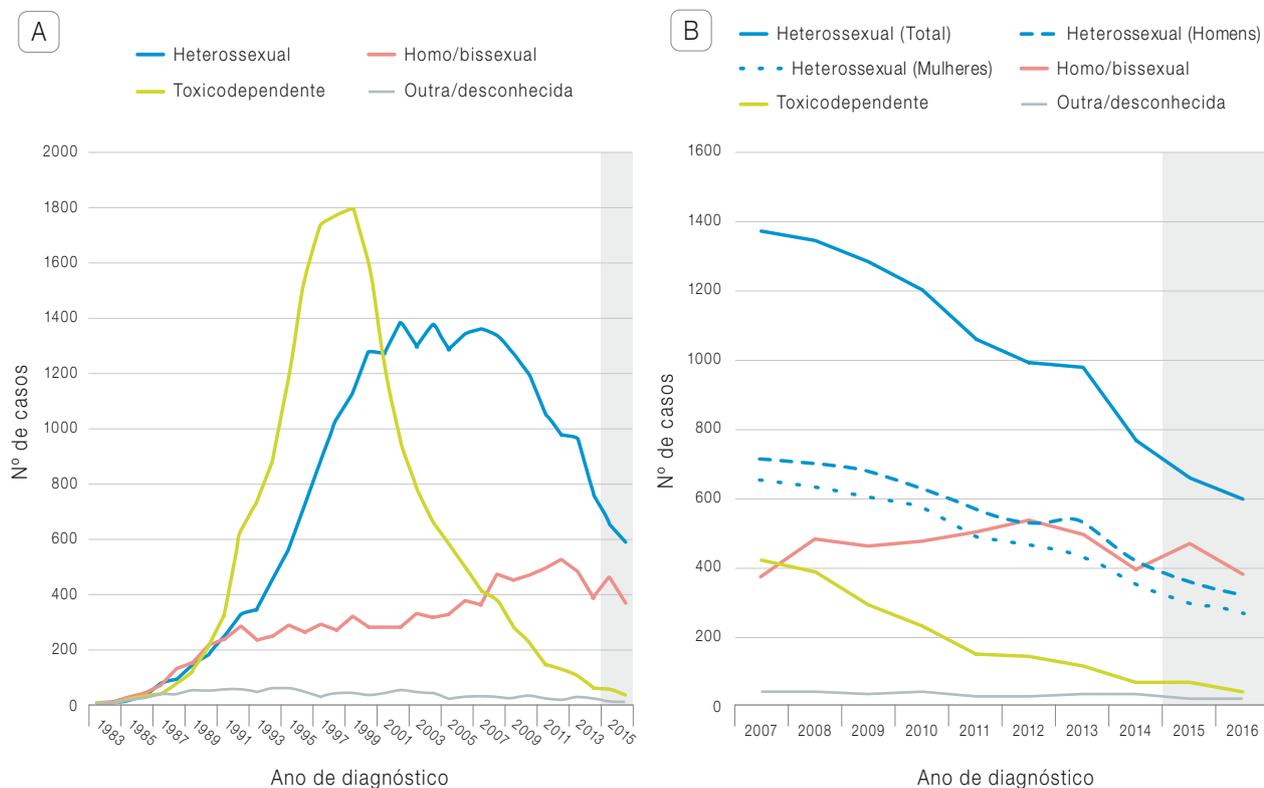


Figura 16 – Casos de infeção por VIH (1983 a 2016), distribuição segundo a categoria de transmissão e ano de diagnóstico (A) e detalhe sobre casos de 2007 a 2016 (B).

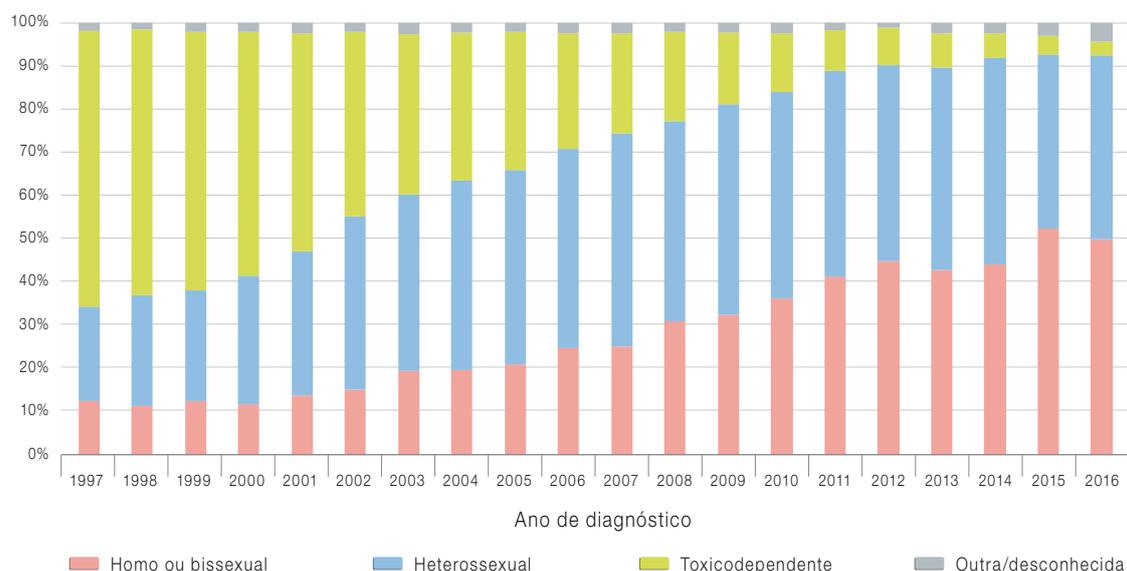


Figura 17 – Casos de infeção por VIH em homens (1997-2016): distribuição percentual segundo a categoria de transmissão e ano de diagnóstico.

Tipo de vírus

Encontram-se notificados 53353 casos de infeção por vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (VIH1) e 1856 casos de infeção por VIH do tipo 2 (VIH2), valores que correspondem, respetivamente, a 95,3% e 3,3% do total de casos notificados (Quadro 26). 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.

Os casos acumulados de infeção por VIH2 distribuem-se equitativamente por sexo (H/M=1,0), 949 casos ocorreram em mulheres e 907 casos

Quadro 26 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Tipo de vírus				Total
	VIH 1	VIH 2	VIH 1+2	Não referido	
≤2006	37324	1328	408	208	39268
2007	2093	63	9	2	2167
2008	2136	75	11	4	2226
2009	1959	60	12	3	2034
2010	1822	77	18	5	1922
2011	1637	57	6	4	1704
2012	1583	53	6	3	1645
2013	1529	36	8	12	1585
2014	1146	37	10	35	1228
2015	1146	36	3	7	1192
2016	978	34	4	14	1030
Total	53353	1856	495	297	56001

em homens, contudo, essa distribuição apresenta diferenças se atendermos à origem geográfica dos indivíduos. Assim, 52,9% dos casos que referiam Portugal como país de naturalidade correspondem a homens, sendo este sexo referido em apenas 36,6% dos casos nascidos em países africanos.

À data do diagnóstico de infeção por VIH2, 61,4% (n=1140) apresentavam idades entre os 30 e os 54 anos e 54,5% (n=1006) residiam no distrito de Lisboa. É conhecida a naturalidade de 1182 indivíduos dos quais 62,4% (n=737) eram originários da África subsariana, e destes, 516 (70,0%) provinham da Guiné-Bissau e 115 (15,6%) de Cabo Verde. A transmissão por contacto heterossexual foi referida em 82,5% dos casos que reportaram infeção por VIH2 (n=1532).

Quadro 27 – Casos de infeção por VIH em crianças (1983-2016): distribuição por sexo e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
1984	1	0	1
1985	3	0	3
1986	10	2	12
1987	11	3	14
1988	8	3	11
1989	13	9	22
1990	8	15	23
1991	6	8	14
1992	13	8	21
1993	8	5	13
1994	16	16	133
1995	17	15	133
1996	12	13	25
1997	5	8	13
1998	10	17	27
1999	17	14	31
2000	6	10	16
2001	7	14	21
2002	13	23	36
2003	17	13	30
2004	10	13	23
2005	5	3	8
2006	9	7	16
2007	11	8	19
2008	9	11	20
2009	6	9	15
2010	6	11	17
2011	6	4	10
2012	2	2	4
2013	7	5	12
2014	2	5	7
2015	1	2	3
2016	0	3	3
Total	275	279	² 556

Legenda: ¹ Inclui um caso em que o sexo não é referido; ² inclui dois casos em que o sexo não é referido.

4.2. Casos de infeção por VIH em crianças

Em Portugal, de acordo com as notificações recebidas no INSA no período de recolha dos dados, o primeiro diagnóstico numa criança ocorreu em 1984 e a 31 de Dezembro de 2016 encontravam-se diagnosticados cumulativamente 556 casos de infeção por VIH em crianças que tinham idade inferior a 15 anos à data do diagnóstico inicial. Estes casos apresenta-

ram distribuição equitativa entre sexos, como pode ser constatado no [quadro 27](#). Embora tenham sido considerados na análise global das tendências, apresentam-se de seguida, de forma mais detalhada, as suas características.

O [quadro 28](#) mostra a distribuição dos casos pediátricos por grupo etário e ano de diagnóstico, apurando-se que 43,5% dos casos foram diagnosticados antes do primeiro ano de vida.

Quadro 28 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2016): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.

Grupo etário	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
0-11 meses	206	6	8	5	6	4	2	2	2	0	1	242	43,5
1-4 anos	103	3	4	2	6	0	0	2	3	0	2	125	22,5
5-9 anos	59	5	5	5	3	3	2	2	1	1	0	86	15,5
10-12 anos	29	1	1	2	2	1	0	3	1	1	0	41	7,4
13-14 anos	49	4	2	1	0	2	0	3	0	1	0	62	11,2
TOTAL	446	19	20	15	17	10	4	12	7	3	3	556	100,0

Quadro 29 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2016): distribuição por origem geográfica e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Portugal	África subsariana	Outra	Não referida	Total
≤2006	189	46	15	196	446
2007	4	11	1	3	19
2008	9	7	1	3	20
2009	6	6	0	3	15
2010	7	3	0	7	17
2011	4	2	0	4	10
2012	3	1	0	0	4
2013	3	6	0	3	12
2014	3	4	0	0	7
2015	1	2	0	0	3
2016	1	2	0	0	3
Total	230	90	17	219	556

Quadro 30 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2016): distribuição por categoria de transmissão e ano de diagnóstico.

Categoria de transmissão	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
Mãe-Filho	341	16	16	14	15	9	4	8	7	3	3	436	78,4
Hemofílico	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	5,8
Transfundido	23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	24	4,3
Toxicodependente	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	2,9
Heterossexual	17	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	22	4,0
Homo ou bissexual	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0,9
Outra	3	0	1	0	2	0	0	4	0	0	0	12	2,2
Desconhecida	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1,6
Total	446	19	20	15	17	10	4	12	7	3	3	556	100,0

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

Em 60,2% das crianças está disponível informação relativa ao país de naturalidade, e destas, 68,2% nasceram em Portugal. Os nascidos fora do país eram maioritariamente (84,1%) nativos de países da região subsariana de África (quadro 29).

A análise da distribuição dos casos diagnosticados em crianças pelas principais categorias de transmissão e ano de diagnóstico revela que a via de transmissão mais frequentemente referida foi a transmissão da mãe ao filho (78,4%), como é possível constatar no quadro 30. Contudo, alguns dos casos com diagnóstico em anos mais recentes e registados nesta categoria foram diagnosticados anos após o nascimento e/ou correspondem a casos importados. O rastreio da infeção por VIH na grávida ou na parturiente não vigiada, que é realizado em Portugal desde os finais da década de 90, bem como a adoção de outras medidas clínicas e terapêuticas, resultaram numa redução do número anual de casos de transmissão vertical da infeção.

4.3. Casos de SIDA

Em 31 de Dezembro de 2016, em Portugal, encontravam-se diagnosticados cumulativamente 21614 casos de SIDA. A análise estatística dos casos de SIDA inclui aqueles em que o diagnóstico é concomitante com o diagnóstico da infeção por VIH, bem como os casos em que a evolução para SIDA ocorre algum tempo após o diagnóstico da infeção.

Distribuição temporal

O quadro 31 apresenta a distribuição dos casos de SIDA por ano do diagnóstico do estadió SIDA. Observa-se uma tendência decrescente no número anual de novos diagnósticos de SIDA, a partir de 2003. O decréscimo apurado na análise comparativa do número de casos de SIDA diagnosticados nos anos 2006 e 2015 foi de 69%.

Essa tendência está também patente nas taxas de novos diagnósticos de SIDA ilustradas na

Quadro 31 – Casos de SIDA (1983-2016): distribuição por sexo, segundo ano de diagnóstico do estado.

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	66	15	81	4,4
1988	124	13	137	9,5
1989	169	30	199	5,6
1990	227	30	257	7,6
1991	263	50	313	5,3
1992	380	81	462	4,7
1993	478	103	581	4,6
1994	597	131	728	4,6
1995	710	141	851	5,0
1996	859	185	1044	4,6
1997	899	167	1066	5,4
1998	956	201	1157	4,8
1999	1040	238	1278	4,4
2000	965	237	1202	4,1
2001	982	201	1183	4,9
2002	975	217	1192	4,5
2003	874	247	1121	3,5
2004	849	219	1068	3,9
2005	788	200	988	3,9
2006	683	241	924	2,8
2007	641	202	843	3,2
2008	614	224	838	2,7
2009	520	196	716	2,7
2010	515	223	738	2,3
2011	459	163	622	2,8
2012	421	169	590	2,5
2013	338	144	482	2,3
2014	252	76	328	3,3
2015	206	84	290	2,5
2016	186	75	261	2,5
Total	17102	4511	121614	3,8

Legenda: ¹ Inclui um caso em que o sexo não é referido. H - Homens; M - Mulheres.

figura 18. Para o mesmo período constata-se uma redução de 68% na taxa de novos diagnósticos de SIDA, variando os valores apurados entre 8,8 casos/10⁵ habitantes (IC 95%: 8,2-9,3) em 2006 e 2,9 casos por 10⁵ habitantes (IC95%: 2,5-3,1) em 2015. A taxa de novos diagnósticos de SIDA observada em 2016 foi de 2,5 casos por 10⁵ habitantes (IC95%: 2,2-2,8), valor não ajustado para o atraso na notificação.

Desde há largos anos, à semelhança do verificado para os novos casos de infeção por VIH, Portugal tem sido o país da Europa ocidental com a taxa de novos diagnósticos de SIDA mais elevada e também um dos países da União Europeia com a taxa mais alta ⁸.

Distribuição por sexo

Os casos de SIDA notificados registaram-se maioritariamente em homens (79,1%) e o ratio H/M calculado para o total acumulado de casos de SIDA foi de 3,8 (quadro 31).

Após estratificação por sexo observou-se tendência decrescente no número de casos de SIDA diagnosticados em ambos os sexos, que a análise comparativa dos valores registados em 2006 e 2015 mostrou ser de 70% nos casos de SIDA em homens e de 65% nos casos de SIDA em mulheres.

Esse decréscimo pode também ser constatado na variação das taxas de novos diagnósticos de SIDA por 10⁵ habitantes (figura 19) apuradas para os mesmos anos: de 13,5 (IC95%: 12,4-14,5) em 2006 para 4,2 (IC95%: 3,6-4,8)

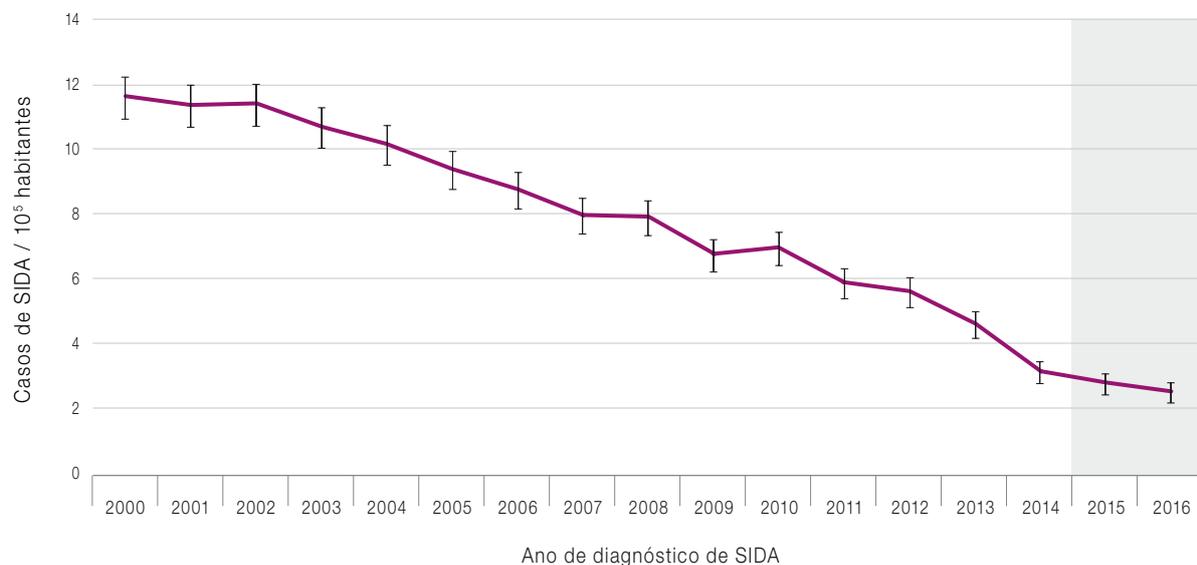


Figura 18 – Casos de SIDA (2000-2016): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estadio.

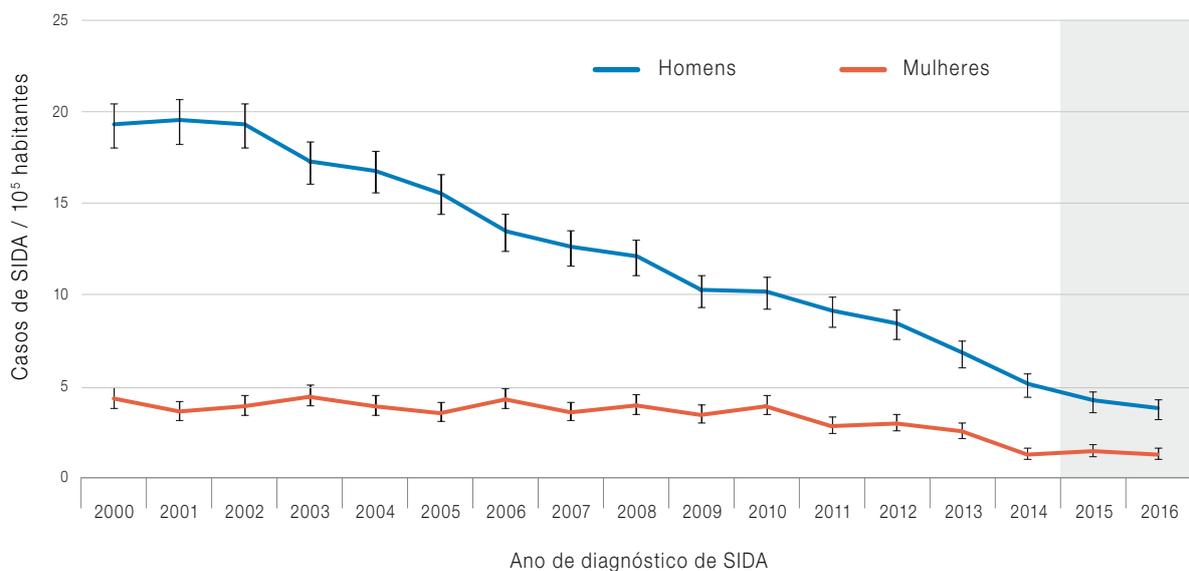


Figura 19 – Casos de SIDA (2000-2016): taxa de novos casos notificados por ano de diagnóstico do estadio e sexo.

em 2015 nos casos de homens e de 4,4 (IC95%: 3,9-5,0) em 2006 para 1,5 (IC95%: 1,2-1,9) em

2015 para as mulheres. Estas variações representaram descidas de, respetivamente, 69% e 65%.

Idade ao diagnóstico de SIDA

No [quadro 32](#) é apresentada a distribuição dos casos de SIDA de acordo com o sexo, ano de diagnóstico e grupos etários. A sua análise evidencia que 59,1% dos casos acumulados tinham entre 30 e 49 anos à data do diagnóstico do estadio, idades também referidas em 62,9% dos casos de SIDA diagnosticados na última década.

Ao longo das duas décadas mais recentes observou-se um aumento temporal dos valores das idades medianas à data do diagnóstico de SIDA, e que para o total de casos de SIDA foi

de 11 anos ([figura 20](#)). O incremento mais acentuado foi de 13,5 anos e verificou-se nos casos associados à toxicodependência.

Distribuição geográfica

A distribuição geográfica dos casos segundo a residência à data da notificação é apresentada no [quadro 33](#) e mostra-se semelhante à registada para o total dos casos de infeção por VIH, com os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal a registarem, cumulativamente e anualmente, o maior número de casos e as taxas de diagnóstico de SIDA mais elevadas ([quadro 34](#)).

Quadro 32 – Casos de SIDA (1983-2016): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estadio.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
<15 anos	Sub-total	132	2	4	1	2	1	1	4	1	1	1	150	0,7
	H	69	2	2	0	1	1	1	3	1	1	0	81	
	M	63	0	2	1	1	0	0	1	0	0	1	69	
15-19 anos	Sub-total	167	5	1	4	2	2	4	2	3	2	0	192	0,9
	H	110	2	1	0	2	1	2	1	3	1	0	123	
	M	57	3	0	4	0	1	2	1	0	1	0	69	
20-24 anos	Sub-total	1274	24	24	18	14	13	16	3	7	7	7	1407	6,5
	H	929	16	12	14	6	10	13	3	5	6	4	1018	
	M	345	8	12	4	8	3	3	0	2	1	3	389	
25-29 anos	Sub-total	¹ 2996	83	79	45	44	31	24	24	21	17	21	3385	15,7
	H	2373	56	58	28	23	23	17	14	16	10	16	2634	
	M	622	27	21	17	21	8	7	10	5	7	5	750	
30-39 anos	Sub-total	6186	309	297	251	219	168	166	128	86	67	56	7933	36,7
	H	5197	239	219	185	157	122	117	87	64	46	39	6472	
	M	989	70	78	66	62	46	49	41	22	21	17	1461	
40-49 anos	Sub-total	3007	240	255	214	259	223	199	162	103	100	87	4849	22,4
	H	2525	190	194	157	193	162	143	116	82	78	65	3905	
	M	482	50	61	57	66	61	56	46	21	22	22	944	
50-59 anos	Sub-total	1300	96	116	116	130	124	105	94	52	54	51	2238	10,4
	H	1075	75	79	89	86	93	74	64	42	39	39	1755	
	M	225	21	37	27	44	31	31	30	10	15	12	483	
≥60 anos	Sub-total	787	83	62	67	68	59	75	65	55	42	38	1401	6,5
	H	623	60	49	47	47	46	54	50	39	25	23	1063	
	M	164	23	13	20	21	13	21	15	16	17	15	338	
Desconhecido	Sub-total	57	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	59	0,3
	Total	15906	843	838	716	738	622	590	482	328	290	261	21614	100,0

Legenda: ¹ inclui um caso em que o sexo não é referido. H – Homens; M – Mulheres.

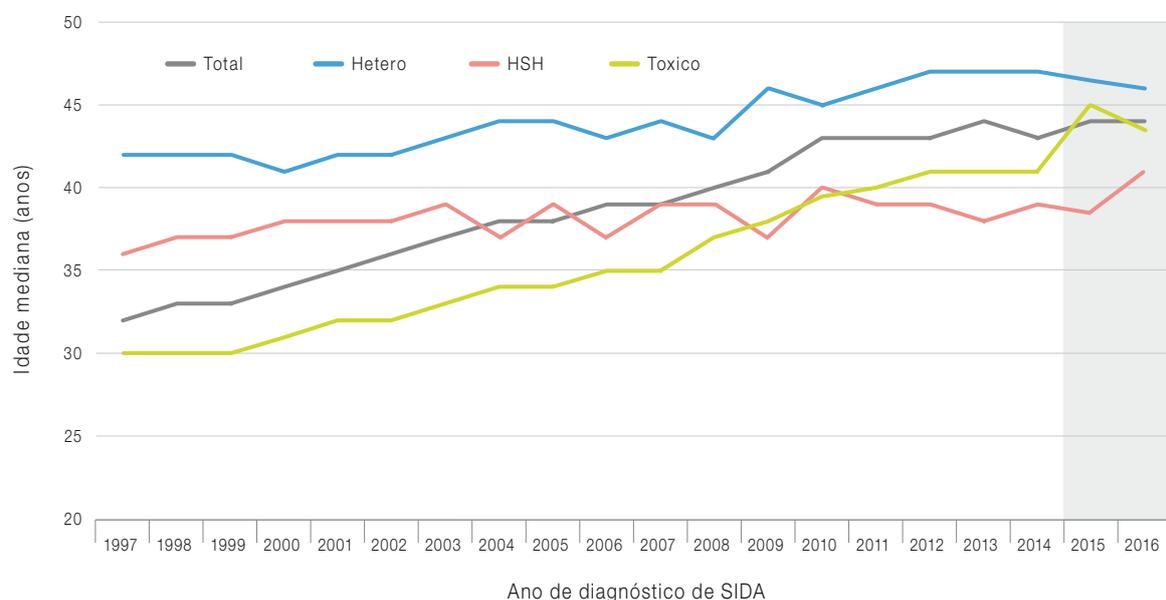


Figura 20 – Casos de SIDA (1990-2016): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico do estadiu por categoria de transmissão.

Quadro 33 – Casos de SIDA (1983-2016): distribuição segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estadiu.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
Aveiro	337	23	29	26	25	25	27	18	10	14	18	552	2,6
Beja	88	6	0	4	5	2	2	4	1	1	2	115	0,5
Braga	366	32	28	14	18	32	29	11	17	5	5	557	2,6
Bragança	56	8	2	3	6	2	2	2	1	1	0	83	0,4
Castelo Branco	87	4	6	3	1	2	7	3	2	2	0	117	0,5
Coimbra	260	16	16	20	10	13	17	9	8	8	9	386	1,8
Évora	102	8	0	3	1	1	1	1	3	0	1	121	0,6
Faro	576	50	43	43	35	45	36	48	12	10	6	904	4,2
Guarda	59	2	3	3	2	1	3	2	3	2	1	81	0,4
Leiria	325	12	17	9	12	17	14	15	12	5	3	441	2,0
Lisboa	6688	294	330	284	348	276	248	215	151	140	113	9087	42,0
Portalegre	41	4	1	1	0	0	1	0	1	0	1	50	0,2
Porto	3630	222	203	169	153	93	107	78	48	45	45	4793	22,2
Santarém	335	18	16	14	19	22	11	10	11	5	4	465	2,2
Setúbal	2105	89	73	73	65	56	58	49	32	32	33	2665	12,3
Viana do Castelo	101	6	6	3	2	3	5	2	4	4	1	137	0,6
Vila -Real	86	4	6	8	12	4	3	0	5	1	4	133	0,6
Viseu	169	14	10	9	9	11	6	5	4	4	5	246	1,1
R.A. Açores	86	3	11	5	4	2	3	1	2	2	2	121	0,6
R.A. Madeira	130	10	11	11	7	9	4	5	1	6	3	197	0,9
Estrangeiro	105	7	5	4	1	3	1	0	0	2	5	133	0,6
Desconhecido	174	11	22	7	3	3	5	4	0	1	0	230	1,1
Total	15906	843	838	716	738	622	590	4825	328	290	261	21614	100,0

Quadro 34 – Casos de SIDA (2007-2016): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estadió.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aveiro	3,2	4,0	3,6	3,5	3,5	3,8	2,5	1,4	2,0	2,6
Beja	3,8	0,0	2,6	3,3	1,3	1,3	2,7	0,7	0,7	1,4
Braga	3,8	3,3	1,6	2,1	3,8	3,4	1,3	2,0	0,6	0,6
Bragança	5,7	1,4	2,2	4,4	1,5	1,5	1,5	0,8	0,8	0,0
Castelo Branco	2,0	3,0	1,5	0,5	1,0	3,7	1,6	1,1	1,1	0,0
Coimbra	3,7	3,7	4,6	2,3	3,0	4,0	2,2	1,9	1,9	2,2
Évora	4,7	0,0	1,8	0,6	0,6	0,6	0,6	1,9	0,0	0,6
Faro	11,5	9,8	9,6	7,8	10,1	8,1	10,9	2,7	2,3	1,4
Guarda	1,2	1,8	1,8	1,2	0,6	1,9	1,3	2,0	1,3	0,7
Leiria	2,6	3,6	1,9	2,5	3,6	3,0	3,2	2,6	1,1	0,7
Lisboa	13,3	14,8	12,7	15,5	12,3	11,0	9,6	6,8	6,3	5,0
Portalegre	3,3	0,8	0,8	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9
Porto	12,2	11,1	9,3	8,4	5,1	5,9	4,3	2,7	2,5	2,5
Santarém	3,9	3,5	3,1	4,2	4,9	2,4	2,2	2,5	1,1	0,9
Setúbal	10,7	8,7	8,6	7,6	6,6	6,8	5,7	3,8	3,8	3,9
Viana do Castelo	2,4	2,4	1,2	0,8	1,2	2,1	0,8	1,7	1,7	0,4
Vila-Real	1,9	2,8	3,8	5,8	1,9	1,5	0,0	2,5	0,5	2,1
Viseu	3,6	2,6	2,4	2,4	2,9	1,6	1,4	1,1	1,1	1,4
R.A. Açores	1,2	4,5	2,0	1,6	0,8	1,2	0,4	0,8	0,8	0,8
R.A. Madeira	3,8	4,1	4,1	2,6	3,4	1,5	1,9	0,4	2,3	1,2
Total	8,0	7,9	6,8	7,0	5,9	5,6	4,6	3,2	2,8	2,5

Modo de transmissão

Nos últimos dez anos o maior número de diagnósticos de SIDA ocorreu em casos com transmissão heterossexual, ao contrário do observado na década de 90, em que predominaram os casos de SIDA em toxicodependentes. Entre 2007 e 2016 diagnosticaram-se 5708 casos de SIDA, 57,5% (n=3281) dos quais em casos com transmissão heterossexual e 26,8% (n=1530) em utilizadores de drogas ([quadro 35](#)). Contudo, é ainda a categoria de transmissão “toxicodependente” que regista maior número de casos de SIDA acumulados, com 9136 casos, maioritariamente (84,2%) em homens.

A análise das tendências temporais de diagnóstico de SIDA, quando comparados os casos de SIDA com diagnóstico em 2006 e 2015, revelou uma descida de 60% nos casos com transmissão heterossexual e de 32% nos casos em HSH. Contudo, nesse intervalo de tempo, a redução mais marcada verificou-se nos casos associados à toxicodependência, 89%, proporção idêntica à observada, no mesmo período, no decréscimo de nossos diagnósticos de infeção por VIH para essa categoria de transmissão.

Quadro 35 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição por categoria de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Categoria de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
Heterossexual	Sub-total	¹ 15435	449	445	389	417	370	338	305	210	184	174	8716	40,3
	H	3839	290	276	229	234	232	196	183	146	107	103	5835	
	M	1595	159	169	160	183	138	142	122	64	77	71	2880	
Homo ou Bissexual	Sub-total (H)	2075	87	107	83	85	89	88	60	52	58	57	2841	13,1
Homo/bissexual e toxicodependente	Sub-total (H)	165	4	3	4	2	2	3	2	2	0	0	187	0,9
Toxicodependente	Sub-total	7606	292	265	227	220	155	151	101	58	39	22	9136	42,3
	H	6407	251	217	196	184	130	129	82	47	33	20	7696	
	M	1199	41	48	31	36	25	22	19	11	6	2	1440	
Mãe-filho	Sub-total	103	3	4	2	1	1	1	3	1	1	2	122	0,6
	H	47	3	2	0	1	1	1	2	1	1	0	59	
	M	56	0	2	2	0	0	0	1	0	0	2	63	
Transfundido	Sub-total	141	1	0	2	0	0	2	1	0	0	0	147	0,7
	H	87	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	89	
	M	54	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	58	
Hemofílico	Sub-total (H)	68	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	70	0,3
Nosocomial	Sub-total	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
	H	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	M	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Outra/Não Determinada	Sub-total	11	1	2	0	3	0	3	5	2	1	1	29	0,1
	H	7	1	1	0	2	0	0	4	1	0	1	17	
	M	4	0	1	0	1	0	3	1	1	1	0	12	
Não referida	Sub-total	300	6	11	9	10	4	4	5	3	7	5	364	1,7
Total		15906	843	838	716	738	622	590	482	328	290	261	21614	100,0

Legenda: ¹ inclui um caso em que o sexo não é referido. H - Homens; M - Mulheres.

Doenças definidoras de SIDA

Na notificação de caso de SIDA é possível registar até quatro doenças definidoras de SIDA diferentes e que façam parte do quadro inaugural ou que sejam diagnosticadas no período de dois meses subsequente ao diagnóstico da primeira doença.

A patologia mais frequentemente referida nos casos de SIDA acumulados foi a tuberculose pul-

monar, seguida da tuberculose extra-pulmonar e da pneumonia por *Pneumocystis*.

A frequência das doenças mais comuns nos casos acumulados de SIDA, de acordo com a categoria de transmissão, é apresentada na [figura 21](#). Consta-se que nos casos de SIDA associados à toxicoddependência, as doenças mais frequentes foram, tal como descrito para o total de casos, a tuberculose pulmonar e extra-pulmonar. Já nos casos de SIDA associados a

transmissão sexual (heterossexual ou sexo entre homens) a doença mais comumente referida foi a pneumocistose. Mais de 20% dos casos de SIDA acumulados na categoria de transmissão “Homo/bissexual” indicam o diagnóstico de Sarcoma de Kaposi.

Na última década verificou-se um decréscimo no número absoluto e relativo de casos que referem tuberculose em qualquer das suas formas clínicas e um aumento da proporção de casos que referem pneumonia por *Pneumocystis* e candidíase esofágica (figura 22).

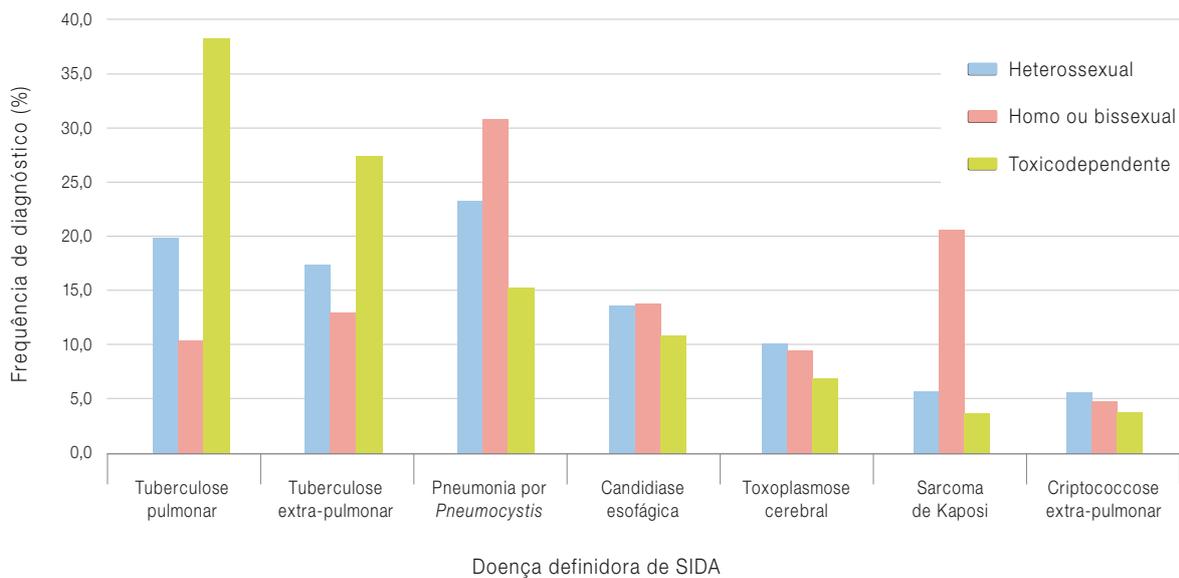


Figura 21 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (1983-2016): frequência de diagnóstico nas principais categorias de transmissão.

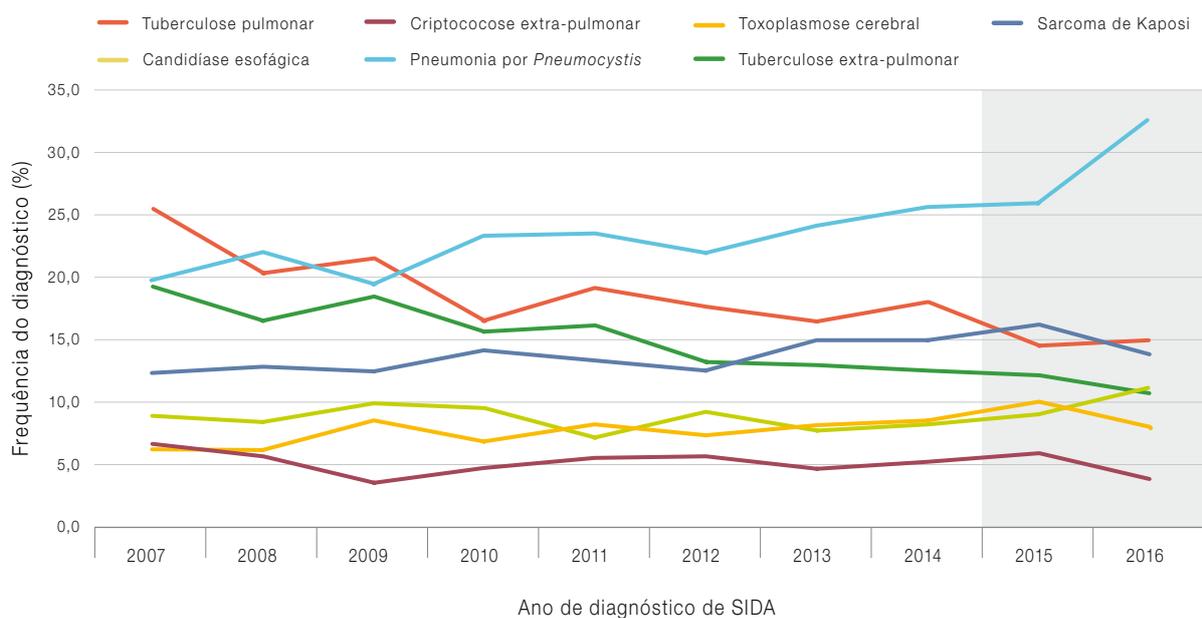


Figura 22 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2007-2016): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

4.4. Casos de SIDA em crianças

O total de casos de SIDA notificados inclui 150 casos que foram diagnosticados em crianças com idades inferiores a 15 anos, 54,0% das quais do sexo masculino e 76,7% que referiam transmissão mãe-filho. A pneumocistose e o complexo PIL/HLP foram as doenças mais frequentemente referidas nos casos de SIDA pediátricos.

4.5. Óbitos nos casos de infeção por VIH e SIDA

Foram notificados ao INSA 11020 óbitos em casos de infeção por VIH, ocorridos entre 1984 e 2016. Destes, 8879 registaram-se em casos em estadio SIDA. No [quadro 36](#) é apresentada a distribuição dos óbitos de acordo com o ano de morte. Aconselha-se prudência na interpretação dos valores e tendências referentes às mortes em doentes com infeção por VIH pois é conhecida a existência de sub-notificação dos óbitos.

Características dos óbitos nos casos de infeção por VIH

A análise da informação referente à distribuição das mortes segundo o ano do óbito e de acordo com o sexo e categoria de transmissão, veiculada pelo [quadro 37](#), revela que 82,5% dos óbitos notificados ocorreram em homens e 49,9% em UDI. Desde 2010 que o número anual de óbitos em casos de infeção por VIH associados à transmissão heterossexual superou o número de óbitos registados em casos de UDI.

Quadro 36 – Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1983-2016): 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	114	100
1990	147	128
1991	234	199
1992	322	285
1993	335	304
1994	441	398
1995	590	528
1996	701	628
1997	577	501
1998	531	443
1999	572	484
2000	576	494
2001	613	493
2002	622	532
2003	537	427
2004	419	348
2005	366	303
2006	300	243
2007	298	228
2008	291	211
2009	294	214
2010	302	217
2011	284	200
2012	284	175
2013	362	223
2014	260	167
2015	238	128
2016	253	135
Desconhecido	8	3
Total	11020	8879

A distribuição dos óbitos por ano de morte e dos casos notificados de acordo com o estado vital e ano de diagnóstico é apresentada na [figura 23](#),

no entanto, ressalva-se que os casos assumidos como vivos poderão incluir casos cujo óbito, já ocorrido, não tenha sido notificado.

Quadro 37 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição por sexo e categoria de transmissão, segundo o ano de morte.

Ano de morte	Total	Sexo		Categoria de transmissão			
		Homens	Mulheres	Hetero	HSH	Toxico	Outra/NR
≤2006	8146	6864	1282	2234	1161	4243	508
2007	298	231	67	125	21	139	13
2008	291	223	68	127	20	133	11
2009	294	222	72	118	15	153	8
2010	302	238	64	141	14	139	8
2011	284	220	64	131	25	122	6
2012	284	218	66	141	19	116	8
2013	362	286	76	171	26	159	6
2014	260	197	63	118	26	108	8
2015	238	182	56	123	21	91	3
2016	253	200	53	129	25	95	4
Desconhecido	8	7	1	4	2	1	1
Total	11020	9088	1932	3562	1375	5499	584

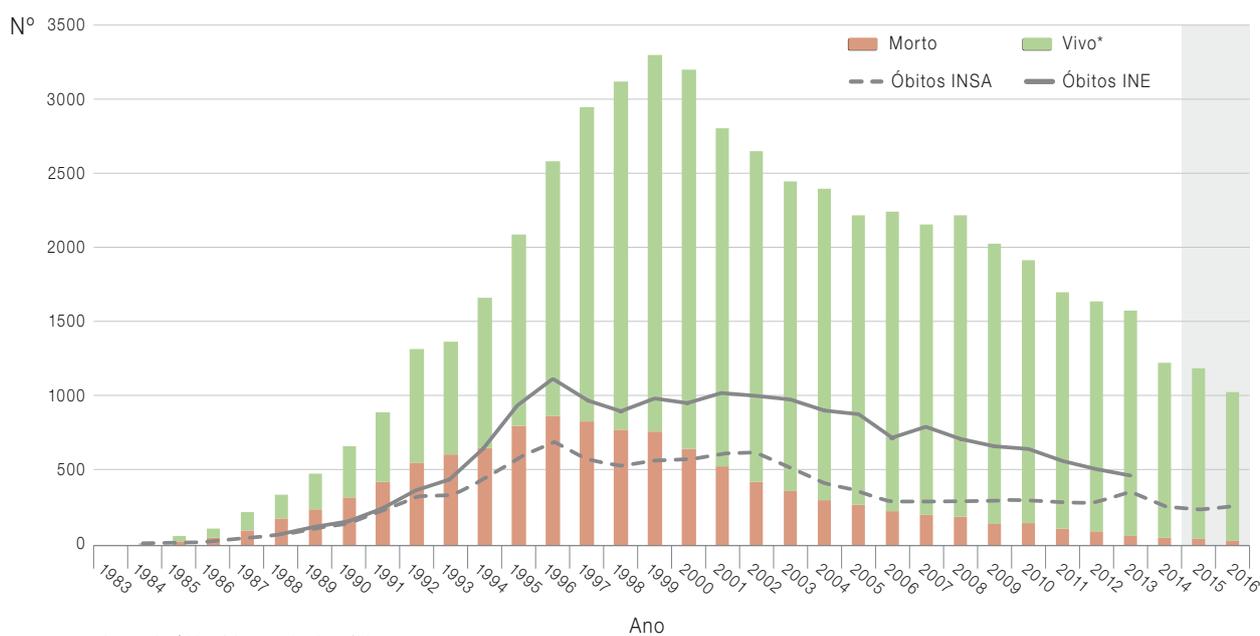


Figura 23 – Casos de infeção por VIH e óbitos (1983-2016): distribuição dos casos segundo o estado vital e ano de diagnóstico da infeção e dos óbitos por ano de morte.

A análise das tendências temporais relativas ao tempo entre o diagnóstico de infeção por VIH e a morte (figura 24) revela, para o total dos casos em que o óbito foi comunicado, que até ao advento da terapêutica HAART (*highly active antiretroviral therapy*) em 1996 e 2000 mais de 70% dos indivíduos com infeção por VIH morriam no primeiro ano após o diagnóstico. Na década seguinte essa percentagem desceu para valores próximos de 40% e desde 2013 situa-se abaixo dos 20%, o que evidencia bons resultados da estratégia nacional referente ao tratamento antirretroviral e ao diagnóstico precoce. Contudo, esta evolução temporal não é idêntica para os óbitos registados em casos de todas as categorias de

transmissão. Verifica-se que para os óbitos ocorridos na categoria de transmissão “heterossexual” o decréscimo da proporção de indivíduos que morreram no primeiro ano após o diagnóstico foi mais lento do que para os casos com transmissão associada ao consumo de drogas (figura 25). Foi já anteriormente referido que os casos de transmissão heterossexual se apresentam em maior proporção com critérios de diagnóstico tardio e é conhecido o esforço realizado no final da década de 90 na deteção de casos de infeção por VIH em toxicod dependentes, razões que certamente explicarão as diferenças observadas nos tempos decorridos entre o diagnóstico e a morte para estas categorias de transmissão.

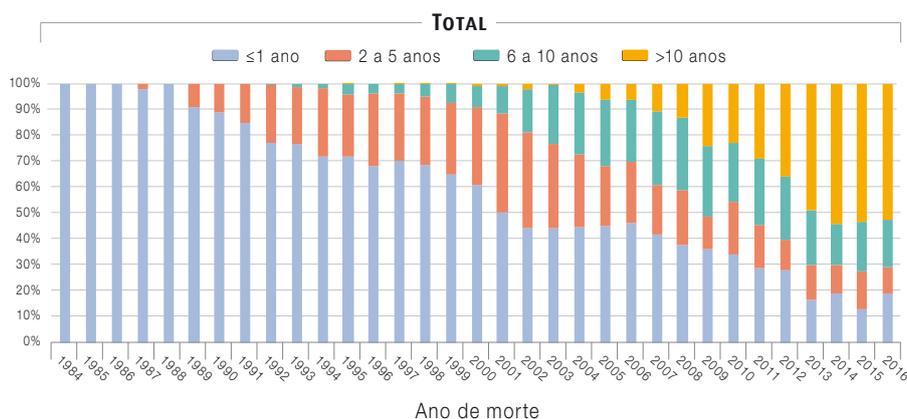


Figura 24 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2016): distribuição percentual de acordo com o tempo entre o diagnóstico e a morte para o total de casos, segundo o ano de morte.

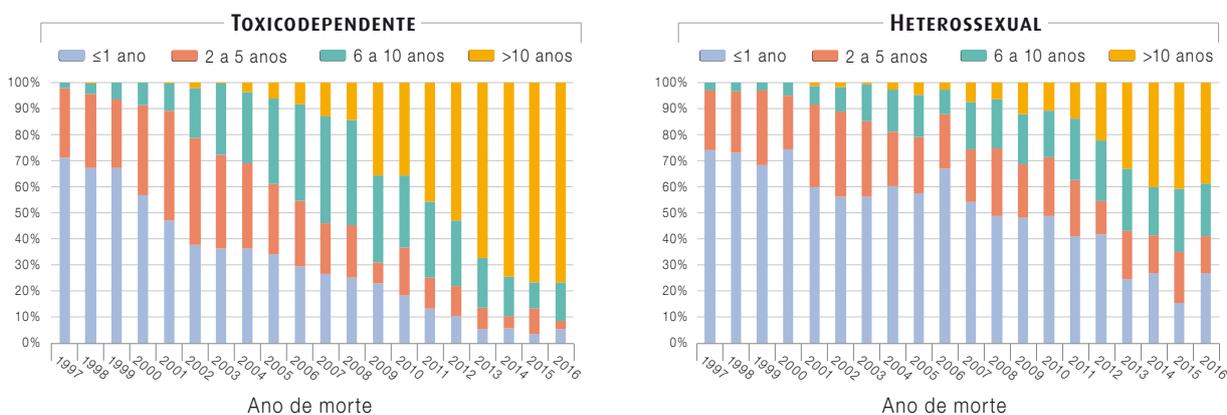


Figura 25 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1997-2016): distribuição percentual de acordo com o tempo entre o diagnóstico e a morte, para as categorias de transmissão “toxicod dependente” e “heterossexual”, segundo o ano de morte.

5

Conclusões



Das características atuais da epidemia nacional destacam-se o predomínio de casos do sexo masculino, com idades inferiores às observadas nos casos em mulheres, bem como de casos em indivíduos nascidos em Portugal e associados a transmissão sexual, mais concretamente heterossexual. Um olhar mais aprofundado revela ainda que os novos casos referentes a homens que têm sexo com homens são, nos dois anos mais recentes, a maioria dos casos do sexo masculino e também dos novos diagnósticos em pessoas com menos de 30 anos. Ainda, constata-se que um quarto dos novos casos corresponde a pessoas com idade superior ou igual a 50 anos e que em mais de metade dos novos casos o diagnóstico é tardio, proporção que é ainda mais elevada entre os novos casos de transmissão heterossexual.

O predomínio de casos de HSH, maioritariamente em indivíduos jovens, tem sido referido noutros países desenvolvidos e em 2015 corresponderam a 42% dos novos casos diagnosticados na União Europeia⁸. Estudo recente mostra que a proporção de novos diagnósticos em HSH com idades entre os 15 e os 24 anos, em Portugal, entre 2000 e 2012, foi a segunda mais elevada quando comparada com as observadas noutros países da Europa Ocidental, América do Norte e Austrália¹⁰. Os dados apresentados no presente relatório confirmam que esta situação se mantém nos anos subsequentes aos estudados, o que deverá merecer reflexão e motivar à disseminação da informação relativa à prevenção da infeção por VIH nesta comunidade e particularmente nos jovens.

Em Portugal, relativamente ao observado nas outras categorias de transmissão, os diagnósticos de infeção por VIH em heterossexuais ocorrem em idades mais elevadas. De acordo com publicação recente, em 2015, Portugal apresentou uma das mais elevadas taxas de diagnóstico em pessoas com idade superior ou igual a 50 anos entre países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu¹¹. Contudo, foi o único dos países em análise que revelou, simultaneamente e para o período 2004-2015, decréscimo na taxa de diagnóstico de casos desta faixa etária e em adultos mais jovens, com idades entre 15 e 49 anos.

A maioria dos novos casos em heterossexuais tem critérios de diagnóstico tardio e, numa percentagem elevada, critérios de doença avançada. Em cerca de 30 a 40% dos indivíduos com transmissão heterossexual o óbito ocorre nos cinco anos posteriores ao diagnóstico. Tal como já referido em anos anteriores^{12, 13}, estes factos alertam para a necessidade premente de aumentar o diagnóstico neste grupo, para o qual poderão contribuir as iniciativas de base comunitária e a sensibilização dos profissionais de saúde no sentido de proporem o teste VIH aos utentes que nunca o tenham realizado. Assegurar o acesso universal ao conhecimento do estado serológico para a infeção por VIH é um dos objetivos do Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose para 2020 e que certamente permitirá reduzir a fração não diagnosticada da epidemia nacional¹⁴.

6

Perspetivas futuras



No âmbito da vigilância epidemiológica

O conhecimento da epidemia de VIH e SIDA no sentido de possibilitar o planeamento, implementação e monitorização de estratégias para o seu combate e mitigação é o objetivo primordial dos sistemas de vigilância epidemiológica que lhe são dedicados. A produção de informação epidemiológica regular e de qualidade carece de notificação atempada e completa dos novos casos de infeção, dos casos de SIDA e dos óbitos em doentes infetados por VIH, de acordo com o regulamentado.

No contexto atual, a obrigatoriedade de monitorização dos objetivos 90-90-90 reforçou a necessidade de informação epidemiológica atualizada, completa e robusta, tanto na perspetiva da medição direta como da medição indireta através de estimativas por modelação matemática. Na análise decorrida durante o ano 2017, elaborada por um grupo de trabalho, que incorporou representantes de diferentes entidades como a DGS, o INSA, o INFARMED, o ACSS, a SPMS, peritos hospitalares e externos, foram identificadas como oportunidades de melhoria para a informação epidemiológica nacional, entre outras, a redução do atraso da notificação, a atualização da informação relativa ao estado vital dos casos previamente notificados e que não se encontram em seguimento hospitalar, a conclusão do processo de implementação do sistema SI.VIDA em todos os hospitais que seguem doentes com infeção por VIH, de modo a permitir a monitorização da cascata do tratamento, bem como a resolução de algumas dificuldades de funcionamento do referido programa. Assim, o Despacho n.º 8379/2017 de 25

de setembro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde¹⁵, veio determinar uma intervenção multidimensional que inclui:

- A implementação do sistema informático do VIH (SI.VIDA) até 31 de dezembro de 2017, em todos os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que seguem pessoas que vivem com VIH e a formação dos profissionais que o utilizarão;
- O desenvolvimento, até 31 de outubro de 2018, de um modelo de acesso ao sistema de informação SI.VIDA, integrado no sistema SClinico Hospitalar ou similar, onde serão efetivamente realizados todos os registos clínicos, de forma a tornar desnecessário o registo em duplicado de informação no SI.VIDA;
- Até à mesma data, a integração dos sistemas locais de registo e acompanhamento das pessoas que vivem com VIH com o Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), de acordo com a legislação em vigor, de forma a garantir a automatização da notificação dos novos diagnósticos de infeção por VIH e dos novos casos de SIDA, sem necessidade de duplicação de registos ou plataformas para o efeito. A notificação dos novos diagnósticos de infeção por VIH e dos novos casos de SIDA, através do SINAVE, deverá ocorrer de forma automática, no momento da confirmação de cada novo diagnóstico e registo dos dados essenciais, no sistema SClinico Hospitalar ou similar e chegará ao INSA de forma desmaterializada;

- A realização das adaptações necessárias no âmbito do SINAVE, que permitam a recolha de informação pertinente para a vigilância epidemiológica nacional, até 31 de outubro de 2018;
- A atualização dos dados das pessoas que vivem com VIH, até 31 de dezembro de 2017, através da identificação, contacto, atualização e validação das listas de utentes com diagnóstico de VIH ou SIDA reportado pelos diferentes hospitais e que não se encontram em seguimento por um período superior a 12 meses, de acordo com a Norma 23/2017, conjunta da DGS e do INSA, publicada em 25 de outubro, e da qual resultou uma *task-force* atualmente em curso em cerca de 50 hospitais do país;
- A definição do conjunto de dados e os indicadores de suporte ao programa de tratamento de doentes e a criação de mecanismos de incentivo e penalização associados a uma adequada prática de registo no SI.VIDA, já publicados na Circular Normativa Conjunta (ACSS, DGS, INSA e SPMS) nº 23/2017, que determina que serão elegíveis para pagamento apenas os doentes notificados até 30 dias após a primeira cedência de terapêutica;
- A constituição de um Grupo de Trabalho responsável pelo acompanhamento da implemen-

tação do SI.VIDA e melhoria da qualidade dos dados das pessoas que vivem com VIH, passíveis de monitorização através de relatórios mensais a emitir pela SPMS, o qual deverá integrar, entre outros, representantes da ACSS, do INSA e da SPMS.

Espera-se, num futuro próximo, um impacto marcado na qualidade da informação disponível, resultante da implementação destas medidas. Destaca-se, pelo previsível impacto a curto prazo, a *task-force* atualmente em curso para apuramento dos motivos subjacentes à diferença entre o número de casos registados na base de dados nacional da vigilância epidemiológica com estado vital “Vivo” e o número apurado de doentes em seguimento hospitalar, e cujos resultados terão certamente repercussões nos dados referentes à mortalidade e, conseqüentemente, à prevalência da infeção por VIH no país.

Contando com a colaboração de todos os intervenientes, estas iniciativas certamente contribuirão para uma melhoria na qualidade da informação epidemiológica nacional.

No âmbito da dinâmica da epidemia nacional:

Como atrás referido, não obstante a evolução positiva, com um decréscimo sustentado do número de novos casos diagnosticados anualmente, em ambos os sexos e para as categorias de transmissão que registam um maior número de casos acumulados (heterossexual e toxicodépendente), o aumento da proporção de casos

em homens que têm sexo com homens de idades jovens, bem como a percentagem de diagnósticos tardios, particularmente em casos de transmissão heterossexual, que se têm observado nos anos mais recentes^{12,13} revelam-se merecedores de particular atenção.

O Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose, nas orientações programáticas para 2017-2020¹⁴, definiu como objetivos, entre outros, “Assegurar o acesso universal ao conhecimento do estado serológico para a infeção por VIH, alargando a oferta do teste de rastreio para a infeção VIH a estruturas formais e informais de saúde” e “Priorizar as intervenções de elevado impacto dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por VIH e à tuberculose, nomeadamente no acesso ao preservativo, masculino e feminino, à profilaxia pós-exposição (PPE) e à profilaxia pré-exposição (PrEP) e a material asséptico para consumo de drogas injetáveis”.

No sentido do cumprimento destes objetivos foram e estão a ser preparadas diversas iniciativas que se espera tenham impacto na redução da transmissão da infeção por VIH e também na redução do diagnóstico tardio, da incidência de SIDA e dos óbitos em pessoas que vivem com VIH, tais como:

- A publicação do Despacho n.º 4835/2017, de 2 de junho, que determina os procedimentos a adotar no âmbito do Programa Prioritário na área da Infeção VIH, SIDA e Tuberculose, da Direção-Geral da Saúde, com vista à promoção do acesso à Profilaxia Pré-Exposição da Infeção por VIH (PrEP);
- A publicação da Norma de Orientação Clínica relativa à Profilaxia Pré-exposição da infeção por VIH no Adulto - Norma 25/2017, de 28 de novembro;
- A atualização da Norma de Orientação Clínica relativa à terapêutica antirretrovírica;

– Os trabalhos em curso no sentido de tornar possível a realização de testes para VIH e hepatites B e C na rede nacional de farmácias comunitárias;

– A constituição do grupo de trabalho com o objetivo de definir uma estratégia integrada para a eliminação da epidemia de VIH e SIDA nas cidades de Cascais, Lisboa e Porto, no contexto do projeto internacional «Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH», de acordo com o Despacho n.º 5216/2017, de 12 de junho, e cujo relatório final será colocado, em breve, a discussão pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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, nº53. Revoga a Portaria n.º 103/2005, de 25 de Janeiro.
2. Despacho n.º 5681-A/2014, de 29 de abril, 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 82.
3. Despacho n.º 15385-A/2016, de 21 de dezembro, da Direção Geral da Saúde, que atualiza a lista de doenças de declaração obrigatória e as respetivas definições de caso. D.R., 2.ª série, N.º 243, 1º Suplemento.
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. Decisão de execução da Comissão de 8 de agosto de 2012 que altera a Decisão 2002/253/CE que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão n.º 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. J.O. L 262/1 de 27.9.2012
6. 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.
7. 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.
8. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2016.
9. 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).
10. Charpin-Bardales, Sullivan PS, Guy RJ et al. International trends in new HIV diagnoses among men who have sex with men in North America, Western Europe and Australia. 9th IAS Conference on HIV Science. Paris, 2017.
11. Tavoschi L, Gomes Dias J, Pharris A; EU/EEA HIV Surveillance Network. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004-15: an analysis of surveillance data. Lancet HIV. 2017 Nov;4(11).
12. Infeção por VIH/SIDA em Portugal: Situação a 31 de Dezembro de 2015. Doc.147. INSA, 2016.
13. Infeção por VIH/SIDA em Portugal: Situação a 31 de Dezembro de 2014. Doc.146. INSA, 2015.
14. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose 2017.
15. Despacho n.º 8379/2017 de 25 de setembro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que determina que a implementação do sistema informático do VIH (SI.VIDA) deve encontrar-se concluída até 31 de dezembro de 2017, em todos os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde que seguem pessoas que vivem com VIH. D. R., 2.ª série, n.º 185.

Anexos

- I - Definição nacional de caso de infecção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
- II - Lista das doenças definidoras de SIDA

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

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

Critérios clínicos (SIDA)

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

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

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

Critérios laboratoriais (VIH)

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

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

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

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

- i) Deteção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);
- ii) Deteção do VIH pelo teste do antigénio p24 VIH, confirmada por teste de neutralização;
- iii) Isolamento do VIH.

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

- a) Isolamento do VIH;
- b) Deteção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);
- c) Deteção do VIH pelo teste do antigénio p24 VIH, confirmada por teste de neutralização, no caso de crianças com pelo menos 1 mês.

Critérios epidemiológicos: Não aplicável.

Definição de caso:

Caso possível: Não aplicável.

Caso provável: Não aplicável.

Caso confirmado:

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

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

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

ANEXO II – Lista das doenças definidoras de SIDA

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

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

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

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2016.	19
Quadro 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por grupo etário e sexo.	19
Quadro 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e categoria de transmissão.	20
Quadro 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II).	20
Quadro 5 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por origem geográfica e sexo.	21
Quadro 6 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por categoria de transmissão e sexo.	22
Quadro 7 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por estadio inicial e sexo.	23
Quadro 8 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais.	23
Quadro 9 – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2016.	25
Quadro 10 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por grupo etário e sexo.	25
Quadro 11 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e categoria de transmissão.	25
Quadro 12 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II).	26
Quadro 13 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por origem geográfica e sexo.	26
Quadro 14 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: distribuição por categoria de transmissão e sexo.	27
Quadro 15 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns de acordo com sexo.	28
Quadro 16 – Óbitos ocorridos em 2016: idade mediana à data de óbito, por sexo e categoria de transmissão.	29
Quadro 17 – Óbitos ocorridos em 2016: distribuição por sexo e categoria de transmissão.	29
Quadro 18 – Óbitos ocorridos em 2016: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção e a morte, de acordo com sexo e categoria de transmissão.	30
Quadro 19 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo ano de diagnóstico e sexo.	34
Quadro 20 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	36

Quadro 21 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.	39
Quadro 22 – Casos de infeção por VIH (2007-2016): taxa de novos casos por 105 habitantes segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.	40
Quadro 23 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação do estadio inicial e ano de diagnóstico.	41
Quadro 24 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo o estadio inicial e ano de diagnóstico.	44
Quadro 25 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição por categoria de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	46
Quadro 26 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.	48
Quadro 27 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2016): distribuição por sexo e ano de diagnóstico.	49
Quadro 28 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2016): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.	50
Quadro 29 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2015): distribuição por origem geográfica e ano de diagnóstico.	50
Quadro 30 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2015): distribuição por categoria de transmissão e ano de diagnóstico.	51
Quadro 31 – Casos de SIDA (1983-2016): distribuição por sexo, segundo ano de diagnóstico do estadio.	52
Quadro 32 – Casos de SIDA (1983-2016): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estadio.	54
Quadro 33 – Casos de SIDA (1983-2016): distribuição segundo a residência à data da notificação de caso de SIDA e ano de diagnóstico do estadio.	55
Quadro 34 – Casos de SIDA (2007-2016): taxa de novos casos por 105 habitantes segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estadio.	56
Quadro 35 – Casos de SIDA (1983-2016): distribuição por categoria de transmissão e sexo segundo ano de diagnóstico do estadio.	57
Quadro 36 – Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2016): distribuição por ano de morte.	59
Quadro 37 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2016): distribuição por sexo e categoria de transmissão, segundo o ano de morte.	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção por grupo etário para as principais categorias de transmissão.	20
Figura 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção segundo a origem geográfica para as principais categorias de transmissão.	21
Figura 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção por sexo e categoria de transmissão.	22
Figura 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção por níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais para as principais categorias de transmissão.	24
Figura 5 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: proporção por sexo e categoria de transmissão.	27
Figura 6 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥ 15 anos) diagnosticados em 2016: frequência de diagnóstico para as três principais categorias de transmissão.	28
Figura 7 – Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2016): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estadio SIDA, ou ano de morte.	33
Figura 8 – Casos de infeção por VIH (2000-2016): taxa de novos casos por ano de diagnóstico.	35
Figura 9 – Casos de infeção por VIH (2000-2016): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.	35
Figura 10 – Casos de infeção por VIH (2007-2016): distribuição por grupo etário, segundo ano de diagnóstico.	37
Figura 11 – Casos de infeção por VIH (1997-2016): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico nas principais categorias de transmissão.	37
Figura 12 – Casos de infeção por VIH em homens que têm sexo com homens (HSH) (1997-2016): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.	38
Figura 13 – Casos de infeção por VIH (2007-2016): distribuição do número absoluto (A) e percentual (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.	42
Figura 14 – Casos de infeção por VIH (2010-2016): evolução nas proporções com contagens de células TCD4+ comunicadas e com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada.	45
Figura 15 – Casos de infeção por VIH (2013-2016): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico nas principais categorias de transmissão.	45
Figura 16 – Casos de infeção por VIH (1983-2016): distribuição segundo a categoria de transmissão e ano de diagnóstico (A) e detalhe sobre casos de 2007 a 2016 (B).	47
Figura 17 – Casos de infeção por VIH em homens (1997-2016): distribuição percentual segundo a categoria de transmissão e ano de diagnóstico.	48
Figura 18 – Casos de SIDA (2000-2016): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estadio.	53
Figura 19 – Casos de SIDA (2000-2016): taxa de novos casos por sexo e ano de diagnóstico do estadio.	53

- Figura 20** – Casos de SIDA (1990-2016): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico 55
de SIDA nas principais categorias de transmissão.
- Figura 21** – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (1983-2016): frequência de diagnóstico nas principais 58
categorias de transmissão.
- Figura 22** – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2007-2016): tendências temporais na frequência 58
de diagnóstico.
- Figura 23** – Casos de infeção por VIH e óbitos (1983-2016): distribuição dos casos segundo o estado vital e 60
ano de diagnóstico da infeção e dos óbitos por ano de morte.
- Figura 24** – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2016): distribuição percentual de acordo com o tempo 61
entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.
- Figura 25** – Óbitos em casos de infeção por VIH (1997-2016): distribuição percentual de acordo com o 61
tempo entre o diagnóstico e a morte, para as categorias de transmissão “toxicodependente”
e “heterossexual”, segundo o ano de morte.

_Departamento de Doenças Infeciosas

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal
Tel.: (+351) 217 519 200
Fax: (+351) 217 526 400
E-mail: ddi@insa.min-saude.pt

Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira
Rua Alexandre Herculano, n.321 4000-055 Porto, Portugal
Tel.: (+351) 223 401 190
Fax: (+351) 223 401 109
E-mail: inforporto@insa.min-saude.pt

Centro de Estudos de Vectors de Doenças Infeciosas
Doutor Francisco Cambournac
Av. da Liberdade, n.5 2965-575 Águas de Moura, Portugal
Tel.: (+351) 265 938 290
E-mail: cevd@insa.min-saude.pt