

_título:

Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017

_coleção

Documento nº 149

_edição:

INSA, IP

_autores:

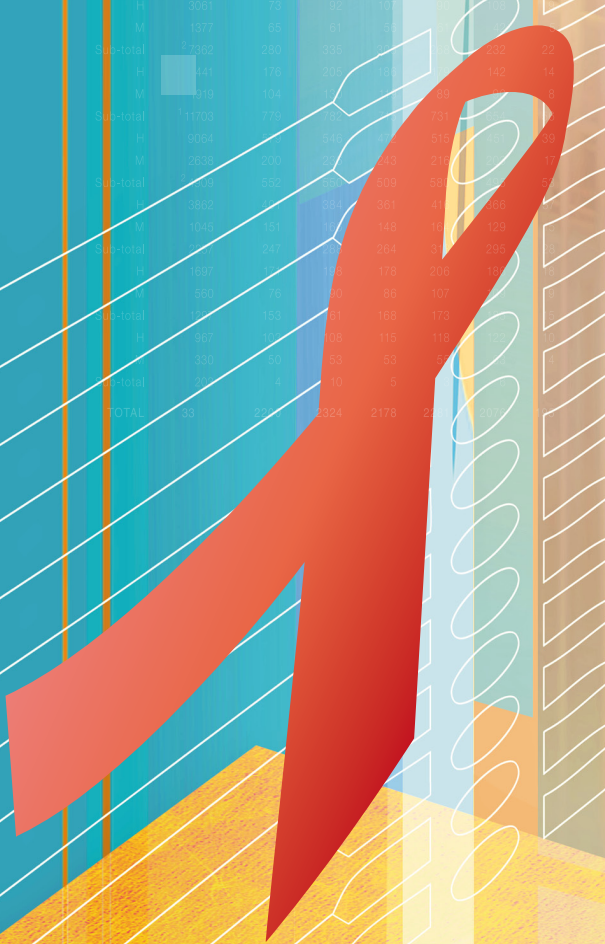
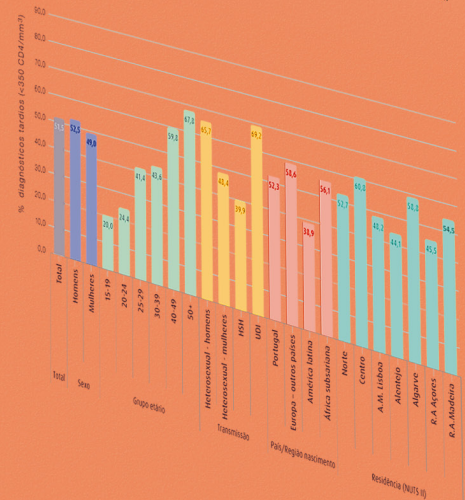
Helena Cortes Martins, Departamento de Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Isabel Aldir, Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA, Direção-Geral da Saúde (colaboração)

_local / data:

Lisboa
Novembro 2018



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge





*_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 **2017**

_coleção

Documento nº 149

_edição:
INSA, IP

_autores:

Helena Cortes Martins, Departamento de Doenças Infeciosas, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Isabel Aldir, Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA, Direção-Geral da Saúde (colaboração)

_local / data:
Lisboa
Novembro **2018**



ÍNDICE

Resumo/ <i>Abstract</i>	5/7
Lista de siglas e abreviaturas.....	9
1. Nota introdutória	11
2. Métodos	15
3. Informação epidemiológica referente ao ano 2017	19
3.1. Novos casos de infecção por VIH.....	21
3.1.1. Novos casos de infecção por VIH diagnosticados adolescentes e em adultos (≥15 anos).....	21
3.1.2. Novos casos de infecção por VIH diagnosticados em crianças (<15 anos).....	27
3.2. Novos casos de SIDA.....	27
3.2.1. Novos casos de SIDA diagnosticados em adolescentes e adultos (≥15 anos).....	27
3.2.2. Novos casos de SIDA diagnosticados em crianças (<15 anos).....	31
3.3. Óbitos ocorridos em 2017.....	31
4. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2017)	33
4.1. Casos de infecção por VIH.....	35
4.2. Casos de infecção por VIH em crianças.....	50
4.3. Casos de SIDA.....	53
4.4. Casos de SIDA em crianças.....	59
4.5. Óbitos nos casos de infecção por VIH e SIDA.....	60
5. Conclusões	65
Referências bibliográficas.....	71
Anexos.....	73
I - Definição nacional de caso de infecção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).....	75
II - Lista das doenças definidoras de SIDA.....	76
Índices de quadros e figuras.....	77

RESUMO

Em Portugal, segundo os dados recolhidos a 30 de junho de 2018, foram notificados 1068 casos em que o diagnóstico de infeção por VIH ocorreu durante o ano 2017, ao que corresponde uma taxa de 10,4 novos casos por 10^5 habitantes, não ajustada para o atraso da notificação. Esta informação atualiza a veiculada no Relatório do Programa Nacional para Infeção VIH e SIDA, que divulgou dados recolhidos a 15 de abril do corrente ano.

A maioria dos diagnósticos (99,6%) ocorreu em indivíduos com 15 ou mais anos de idade e observou-se predominância de casos do sexo masculino (H/M=2,6). A idade mediana ao diagnóstico foi de 39,0 anos e 28,0% dos novos casos foram diagnosticados em indivíduos com idades ≥ 50 anos; a taxa mais elevada de novos diagnósticos observou-se no grupo etário dos 25 aos 29 anos (24,8 casos/ 10^5 habitantes), taxa que nos homens das idades referidas atinge o valor de 38,9 casos/ 10^5 habitantes. A idade mediana mais baixa (32,0 anos) registou-se nos casos em homens que fazem sexo com homens (HSH), que corresponderam a 64,1% dos casos diagnosticados em 2017 com idades entre 15 e 29 anos. Os casos de transmissão heterossexual incluíram 39,5% de indivíduos com 50 ou mais anos de idade e representaram 85,8% do total de casos nessa faixa etária. A Área Metropolitana de Lisboa registou uma taxa de 17,4 novos casos/ 10^5 habitantes, acumulando 46,4% dos novos diagnósticos de infeção por VIH em 2017. Portugal foi o país de naturalidade referido em 67,0% dos casos em que se dispunha dessa informação. A forma de transmissão predominante foi o contacto sexual e os casos de transmissão heterossexual e em HSH representaram, respetivamente, 59,9% e 38,3% dos novos casos com informação disponível. Os últimos constituíram 51,0% do total de novos diagnósticos em homens e 53,1% dos casos com informação relativa ao modo de transmissão. Os casos em utilizadores de drogas injetadas (n=18) constituíram 1,8% do total de novos casos com informação, o que constitui um mínimo histórico. Na sua maioria os indivíduos (68,1%) estavam assintomáticos na primeira avaliação clínica, contudo, as contagens de células TCD4+, disponíveis em 84,7% dos novos casos, revelaram que 51,5% apresentaram-se tardiamente (nº células TCD4+ < 350 células/ mm^3) e 31,1% com doença avançada (nº células TCD4+ < 200 células/ mm^3).

Nos casos de transmissão heterossexual em homens 65,7% apresentaram-se tardiamente à data do diagnóstico, valor que atingiu 67,8% nos casos com idades de 50 ou mais anos. Em 14,8% dos novos casos de infeção por VIH houve um diagnóstico concomitante de SIDA. Nos novos casos de SIDA diagnosticados em 2017, em indivíduos com idade ≥ 15 anos (n=232; 2,3 casos de SIDA/ 10^5 habitantes) a idade mediana foi de 47,0 anos, observando-se no grupo etário 40-49 anos a incidência mais elevada de SIDA (4,2 casos de SIDA/ 10^5 habitantes). Por outro lado 64,7% dos diagnósticos de SIDA em 2017 ocorreram em casos de transmissão heterossexual e a doença definidora de SIDA mais frequentemente referida, nos casos relativos às principais formas de transmissão, foi a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*.

Foram também notificados 261 óbitos, ocorridos em 2017, em pessoas com infeção por VIH, das quais 134 em estágio SIDA. Estes óbitos registaram-se maioritariamente (71,7%) em homens e a idade mediana à data do óbito foi de 52,0 anos. A maioria das mortes (132; 50,6%) ocorreu em casos de transmissão heterossexual; 28,9% dos óbitos no sexo masculino ocorreram nos 5 anos após o diagnóstico, enquanto em 86,7% dos óbitos em utilizadores de drogas injetadas (UDI) o diagnóstico tinha acontecido há mais de 10 anos.

Até final de 2017 foram diagnosticados, cumulativamente, em Portugal, 57913 casos de infeção por VIH, dos quais 22102 atingiram estágio de SIDA. Embora o País continue a apresentar das mais elevadas taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH e de incidência de SIDA registadas na União Europeia (UE), essas taxas apresentam tendência decrescente que, em análise comparativa do número de casos com diagnóstico nos anos 2007 e 2016, foi de 40% nos casos de infeção por VIH e de 60% em novos casos de SIDA. Os dados obtidos para os mesmos anos mostraram que o número de casos de transmissão heterossexual e em UDI sofreu uma redução de, respetivamente, 45% e 90%. Inversamente, observou-se um aumento de 29% no número de casos em HSH, que desde 2015 são em número mais elevado que os registados de homens heterossexuais. Em acréscimo, constatou-se que nos novos casos com diagnóstico entre 2013 e 2017, em homens de idades entre 15 e 29 anos, 79,8% eram HSH, enquanto, no mesmo período, 82,2% dos casos em indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 50 anos referiam transmissão por contacto heterossexual. A percentagem de diagnósticos tardios mantém-se superior à observada na UE, com particular relevância nos casos em heterossexuais. Assim, o aumento do número de casos em HSH de idades jovens, bem como a elevada percentagem de diagnósticos tardios, em particular em heterossexuais foram, nos anos mais recentes, as situações mais prementes de intervenção.

A iniciativa “Cidades na Via rápida para acabar com a epidemia por VIH e SIDA” motivou uma análise mais granular da epidemia, evidenciando que 6 municípios da Área Metropolitana de Lisboa estão entre os 10 concelhos do País com taxas mais elevadas de diagnóstico de infeção por VIH nos últimos cinco anos (2013-2017), onde se incluem também o Porto e Portimão. Nesse período, a cidade de Lisboa acumulou o maior número de casos ($n=985$) bem como a taxa mais elevada de diagnósticos (38,8 casos/ 10^5 habitantes) a nível nacional. O conhecimento das características da epidemia ao nível municipal possibilitará uma melhor adequação das estratégias de mitigação e controlo da epidemia às particularidades de cada cidade, de modo a contribuírem eficazmente para o atingimento dos objetivos 90-90-90 em cada uma dessas áreas geográficas, complementando a estratégia nacional.

Na sequência da identificação de oportunidades de melhoria na qualidade da informação epidemiológica, que motivou a publicação do Despacho n.º 8379/2017, ocorreu um esforço extraordinário de apuramento retrospectivo do motivo porque em cerca de 13000 casos previamente notificados, sem óbito comunicado, não havia evidência de seguimento clínico recente. Deste esforço resultou, entre outras melhorias, o registo de 3202 óbitos nunca anteriormente comunicados, originando um aumento de 28% do total nacional, com impacto significativo na estimativa referente ao número de pessoas que vivem com VIH em Portugal, dado essencial à monitorização do compromisso nacional para com a estratégia 90-90-90 da ONUSIDA. Encontram-se ainda em fase de implementação outras medidas determinadas no despacho acima referido, que visam simplificar o processo de notificação e facilitar o registo de informação relativa à monitorização clínica dos casos, e que se espera virem melhorar a celeridade de obtenção da informação, bem como a completude e qualidade dos dados. O processo de melhoria dos sistemas de vigilância epidemiológica quer-se contínuo e carece do contributo de todos os que de alguma forma nele têm intervenção.

ABSTRACT

In Portugal, 1068 new HIV infections were diagnosed in 2017 and cases reported to the national database for HIV and AIDS until 30 June 2017, corresponding to a rate of 10.4 new cases/10⁵ inhabitants, not adjusted for reporting delay.

The majority of new diagnoses (99.6%) occurred in individuals 15 years of age or older and the male to female ratio was equal to 2.6. The median age of recently diagnosed individuals was 39.0 years and in 28.0% of the new cases, subjects were aged 50 years or older. The highest rate of new HIV diagnoses was found among individuals aged 25 to 29 years old (24.8 cases/10⁵ inhabitants), though among men of same age group the rate was 38.9 cases/10⁵ inhabitants. Men who have sex with men (MSM) younger than other individuals diagnosed with HIV (median age=32.0 years) account for 64.1% of cases in those under the age of 30. Conversely, 39.5% of cases reporting heterosexual transmission were diagnosed in persons aged 50 years or older and represent 85.8% of cases at that age group. Lisbon Metropolitan Area registered the highest rate of new HIV diagnosis among its residents (17.4 new cases/10⁵ inhabitants) and 46.4% of subjects with a new diagnosis of HIV infection in 2017 resided in this region. 68.4% of cases with available information referred Portugal as the country of birth. Unprotected sexual contact was the predominant transmission mode and cases reporting heterosexual transmission and MSM cases accounted for, respectively, 59.9% and 38.3% of the cases in which information on transmission route is available. MSM cases represented 51.0% of all men diagnoses and 53.1% of men cases with information on transmission mode. Cases from injecting drug users (IDU) registered the lowest number in 3 decades (n=18) and accounted for 1.8% of diagnoses. At first clinical evaluation 68.1% of subjects were asymptomatic, nevertheless, CD4 counts, available in 84.7% of cases, revealed 51.5% of cases as being late presenters (CD4 <350 cells/mm³) and 31.1% had advanced disease (CD4 <200 cells/mm³).

In addition, 65.7% of heterosexual transmission cases and 67.8% of cases diagnosed among persons aged 50 or older, were also late presenters. A concurrent AIDS diagnosis occurred in 14.8% of new HIV cases. Among the new AIDS cases diagnosed in 2017 in individuals aged ≥15 years (n=232; 2.5 cases/10⁵ inhabitants) the median age was 44.0 years and the highest AIDS diagnosis rate was obtained for the 40-49 age group (4.2 AIDS cases/10⁵ inhabitants). 66.9% of the 2016 new AIDS cases occurred in heterosexuals and *Pneumocystis pneumonia* was the AIDS-defining illness most frequently reported in cases related to the major transmission modes.

The death of 261 subjects with HIV infection occurred in 2017 and was reported to the surveillance system, 134 of them were at AIDS stage. The majority (71.7%) of the deceased were men and 52.0 years was the median age at the date of death. Approximately half deaths (n=132; 50.6%) were registered in cases with heterosexual transmission; 28.9% of deaths in men occurred in the 5 years following the diagnosis of HIV infection while 86.7% of deaths among UDI occurred more than five years following the diagnosis.

By the end of 2017, 57913 cases of HIV infection had been diagnosed in Portugal and of those, 22102 progressed to AIDS. While Portugal still exhibits annual rates of new HIV and AIDS diagnosis among the highest observed in the European Union (EU), trends show that there is a decline and when comparing

the number of cases diagnosed in 2007 and 2016 one can see a decrease of 40% for HIV cases and 60% for AIDS cases. The number of HIV cases with heterosexual transmission and among UDI also reduced in, respectively, 45% and 90%; oppositely, an increase of 29% for MSM cases was observed in the same years, and, since 2015, these cases are exceeding the number of heterosexual transmission cases in men. Additionally, among new cases diagnosed between 2013 and 2017, 79.8% of men aged 15 to 29 years old were MSM while in 82.2% of individuals aged 50 or older transmission occurred through heterosexual contact. Overall, the proportion of late diagnosis stays higher than the one found in the EU, particularly among heterosexual cases. In recent years the increase of new HIV cases in MSM of young ages and the proportion of late diagnoses, particularly in heterosexuals, remain as the current features of the national epidemic that require intervention.

“Fast Track Cities” initiative motivated a more detailed analysis of regional epidemic characteristics, which showed that six municipalities of Lisbon Metropolitan Area were among the 10 cities in the country with the highest rates of HIV diagnosis in a five-year period (2013-2017); Oporto and Portimão, in Algarve, also included this top group. In the same time interval Lisbon was the city with the highest number ($n=985$) and rate (38.8 cases/ 10^5 inhabitants) of new diagnosis in the country. Knowing the characteristics of the epidemic at the city level will enable a better fitting of the local strategies designed to its mitigation and control, in order to contribute effectively to the achievement of the 90-90-90 goals at local level, therefore complementing the national strategy.

Following the identification of improvement opportunities related to the quality of epidemiological data, a massive retrospective investigation took place in hospitals to assess the reasons underlying the fact that 13000 cases previously reported, and for which deaths had not been communicated, were not recently seen in care. Beside other improvements, this effort led to the communication of 3202 missing deaths, an increase of 28% in relation to previous statistics. This had a significant impact in the recent estimates of the number of people living with HIV in Portugal, essential data to monitor the country commitment to the UNAIDS 90-90-90 strategy. Additional measures in order to simplify case reporting and clinical data registration are in an implementation phase, the expected outcomes are the enhancement of data quality and timeliness. Improvement of epidemiological surveillance systems should be an ongoing process and needs the contribution of all the stakeholders.

Lista de siglas e abreviaturas

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIQ – Dispersão interquartil

ECDC – *European Centre for Diseases Prevention and Control*

HSH – Homens que fazem sexo com outros homens

IAG – Primo-infeção ou infeção aguda

IC – Intervalo de confiança

INE – Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

PA – Portador assintomático

PNVIHSIDA – Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA

PrEP – Profilaxia Pré-exposição

SIDA – Síndrome de imunodeficiência adquirida

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

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

VIH-1 – Vírus da imunodeficiência humana do tipo 1

VIH-2 – Vírus da imunodeficiência humana do tipo 2

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 estádios e aos óbitos. Foi então criada uma base de dados para registo dessa informação, que desde o início encontra-se sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP (INSA), ainda hoje utilizada. 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 estágio e óbitos.

Em 29 de abril de 2014 foi publicado o Despacho n.º 5681-A da Direção-Geral da Saúde (DGS), 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, posteriormente atualizado pelo Despacho n.º 15385-A/2016, em 21 de dezembro³.

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, cuja última revisão ocorreu em 2018⁵, 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*

System – 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. Atualmente, é efetuada 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 por VIH ou em estágio de SIDA.

A implementação do programa SI.VIDA nos hospitais nacionais onde são seguidos os indivíduos infetados por VIH e subsequente notificação dos casos em seguimento permitiram o registo de elevado número de casos anteriormente nunca comunicados, com impacto nas estatísticas apresentadas nos relatórios anuais de 2013 e 2014. O despacho n.º 8379/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado a 25 de setembro, veio determinar a conclusão dessa implementação em todos os hospitais que fazem parte da rede de referência para a infeção por VIH. Ainda, determinou uma investigação retrospectiva dos casos notificados e em que não tinha sido comunicado óbito, mas que aparentemente não se encontravam em seguimento clínico. O processo de registo dos doentes no programa ainda se

encontra a decorrer nos novos hospitais, pelo que não se observou impacto significativo nos totais de novos casos, no entanto, decorrente da disposição relativa à investigação retrospectiva, foi registado no ano em análise um número elevado de óbitos.

②

Métodos

Atualmente, as notificações recebidas no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) são provenientes de duas plataformas informáticas: o SI.VIDA, que contempla uma funcionalidade de emissão direta 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 de forma a garantir o anonimato e recolhe-se informação demográfica, epidemiológica, clínica e virológica necessária à caracterização do caso. Após receção no INSA, na Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Departamento de Doenças Infecciosas é efetuada a validação da informação veiculada nas notificações, a procura e subsequente registo informático em base de dados específica. Na validação das notificações 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 validação 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 últimos censos (2011). Para o cálculo das taxas por sexo, grupo etário ou região geográfica são 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 2018.

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 2017

3.1. Novos casos de infeção por VIH

Até 30 de junho de 2018 foram recebidas no INSA notificações referentes a 1068 novos casos de infeção por VIH em que o diagnóstico ocorreu entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2017, o que corresponde a uma taxa de 10,4 novos casos por 10⁵ habitantes, não corrigida para o atraso de notificação. Verifica-se que 99,6% destes novos casos foram registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos ([quadro 1](#)), do que resulta uma taxa de 10,3 casos por 10⁵ habitantes para esta faixa etária.

Quadro 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2017.

	Nº casos
Adolescentes e adultos (≥15 anos)	1064
Crianças (<15 anos)	4
Total	1068

Entre 1 de julho de 2017 e 30 de junho de 2018, foram ainda rececionadas 844 notificações de casos com diagnóstico em anos anteriores e que estavam em atraso.

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

Os 1064 casos diagnosticados em adultos, durante o ano 2017, ocorreram maioritariamente em indivíduos do sexo masculino (n=766; 72,0%), representando os casos em mulheres apenas 28,0% (n=298), o que corresponde a um ratio homem/mulher de 2,6.

A idade à data de diagnóstico situou-se entre os 25 e os 49 anos em 60,9% dos novos casos, enquanto 28,0% foram diagnosticados em indivíduos com idade ≥ 50 anos. No [quadro 2](#) é possível ainda verificar que o maior número de novos diagnósticos ocorreu no grupo etário dos 30-39 anos, no entanto, a taxa mais elevada, 24,8 casos por 10⁵ habitantes, registou-se no grupo etário dos 25-29 anos. Idêntico padrão de distribuição para o número de casos foi observado nos casos do sexo masculino, para os quais se apurou uma taxa de novos diagnósticos de 38,9 casos/10⁵ homens de 25 a 29 anos. Nas mulheres, o maior número de novos diagnósticos (n=88) e a taxa mais elevada (13,1 casos/10⁵ mulheres de 30 a 39 anos) observaram-se nas idades entre 30 e 39 anos.

Quadro 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2017: 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	14	1,8	4,9	5	1,7	1,8	19	1,8	3,4
20-24 anos	82	10,7	30,1	17	5,7	6,4	99	9,3	18,4
25-29 anos	107	14,0	38,9	29	9,7	10,6	136	12,8	24,8
30-39 anos	195	25,5	31,1	88	29,5	13,1	283	26,6	21,8
40-49 anos	163	21,3	21,6	66	22,1	8,0	229	21,5	14,5
50-59 anos	120	15,7	17,2	52	17,4	6,7	172	16,2	11,7
≥ 60 anos	85	11,1	6,9	41	13,8	2,5	126	11,8	4,4
Total	766	100,0	15,7	298	100,0	5,5	1064	100,0	10,3

No total de casos diagnosticados em adultos a idade mediana à data do diagnóstico foi de 39,0 anos (Dispersão Interquartil-DIQ: 30,0-51,0) (quadro 3). Tal como observado nos anos mais recentes, os casos referentes a homens que fazem sexo com homens (HSH) apresentaram uma mediana de idades cerca de 10 anos inferior à apurada para os casos que referem outras formas de transmissão. Em 40,2% dos casos em HSH a idade à data de diagnóstico era inferior a 30 anos, enquanto apenas 14,1% dos casos de transmissão por contacto heterossexual pertenciam à mesma faixa etária (figura 1). Os casos em HSH corresponderam a 64,1% dos casos diagnosticados, em 2017, em indivíduos com idades entre 15 e 29 anos. Por outro lado, 39,5% dos casos em heterossexuais ocorreram em indivíduos com 50 ou mais anos e correspondem a 85,8% dos casos em indivíduos dessas idades. Uma elevada percentagem (66,7%) dos casos em utilizadores de drogas injetadas (UDI) correspondiam a indivíduos com 40 ou mais anos, no entanto, deverá ser tido em conta o reduzido número de casos notificados referindo essa forma de transmissão na interpretação desta informação.

Quadro 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os novos casos (≥ 15 anos)	39,0	30,0	51,0
Homens	39,0	29,0	50,0
Mulheres	41,0	33,0	52,0
Heterossexual	45,0	35,0	56,0
HSH	32,0	26,0	41,0
UDI	44,0	39,0	51,0

Legenda: DIQ - Dispersão interquartil

A informação sobre a residência à data da notificação esteve disponível para 1033 dos novos casos. A região definida pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) de nível II com maior proporção de residentes entre os novos casos foi a Área Metropolitana de Lisboa (46,4%), na qual se observou também a taxa mais elevada de novos diagnósticos (17,4 casos/ 10^5 habitantes) (quadro 4).

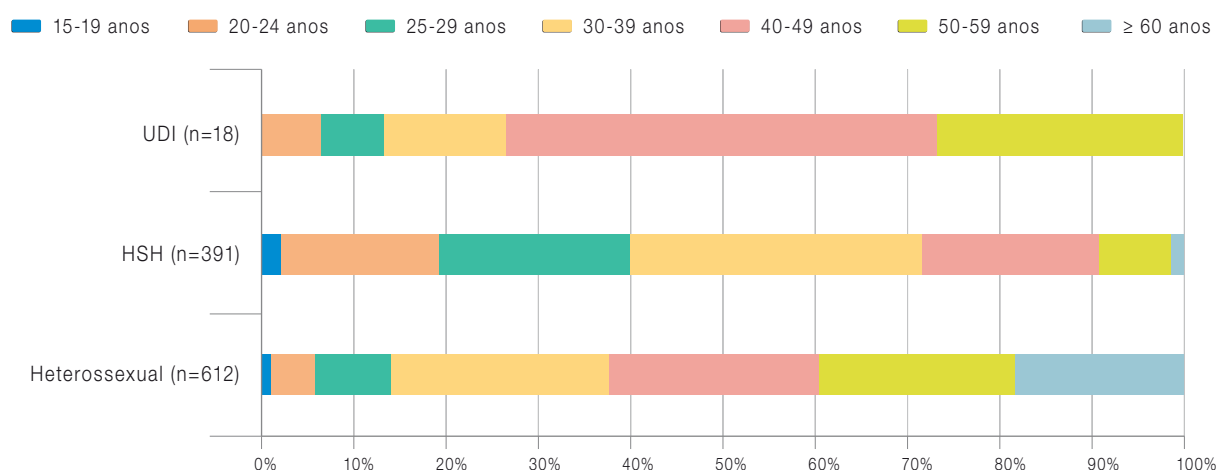


Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção por grupo etário para as principais formas de transmissão.

Quadro 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por residência à data da notificação inicial (NUTS II).

Região NUTS II	Nº casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes
PT11 - Norte	247	23,2	6,9
PT16 - Centro	192	18,0	8,6
PT17 - Área Metropolitana de Lisboa	494	46,4	17,4
PT18 - Alentejo	37	3,5	5,2
PT15 - Algarve	36	3,4	8,2
PT20 - Região Autónoma dos Açores	12	1,1	4,9
PT30 - Região Autónoma da Madeira	11	1,0	4,3
Residência no estrangeiro	4	0,4	na
Sem informação	31	2,9	na
Total	1064	100,0	10,3

Quadro 5 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Portugal	536	70,0	154	51,7	690	64,8
África subsariana	87	11,4	109	36,6	196	18,4
América Latina	98	12,8	12	4,0	110	10,3
Europa Ocidental	20	2,6	3	1,0	23	2,2
Europa Central	1	0,1	1	0,3	2	0,2
Europa de Leste	3	0,4	3	1,0	6	0,6
Outra	3	0,4	0	0,0	3	0,3
Sem informação	18	2,3	16	5,4	34	3,2
Total	766	100,0	298	100,0	1064	100,0

A região geográfica de origem dos indivíduos com um novo diagnóstico de infeção por VIH em 2017, derivada do país de nascimento, foi apurada e a informação obtida é apresentada no [quadro 5](#).

Foi possível apurar esta informação para 1030 casos e na maioria destes Portugal foi indicado como país de naturalidade (67,0%; 690/1030). Dos 340 casos que referiam ter nascido noutro país, 57,6% eram originários de países situados

na África subsariana e 32,4% de países da América Latina. A distribuição por sexo revelou, para as mulheres, uma proporção de casos nascidos fora de Portugal bastante superior à observada para os homens (45,4% vs 28,3%), sendo estas maioritariamente originárias de países africanos (85,2%; 109/128), enquanto o maior número de casos nos 212 homens nascidos fora de Portugal ocorreu em indivíduos originários da América Latina (n=98;46,2%).

A desagregação da informação referente à naturalidade para as três principais formas de transmissão revelou que, em todas elas, a maioria dos casos correspondia a indivíduos nascidos em Portugal (figura 2), contudo, as proporções variam consideravelmente. É entre os casos em mulheres que referem transmissão heterossexual que se observa uma maior proporção de indivíduos nascidos fora de Portugal, 47,2% daqueles com informação disponível (126/267). Destas, 84,9% são de origem africana (107/126). Nos 115 casos em HSH com naturalidade conhecida e diferente de Portugal, 86 (74,8%) eram originários da América Latina. A informação referente à origem geográfica dos indivíduos não corresponde necessariamente à informação relativa ao país de provável infeção, pelo que não deverá

ser deduzido que todos os novos casos de infeção por VIH em indivíduos nascidos fora de Portugal sejam casos em que a transmissão ocorreu no país de origem.

No que respeita ao tipo de vírus, foi possível recolher informação em 1056 (99,2%) dos novos casos notificados e em 1018 destes (96,4%) a infeção era causada por vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (VIH-1). As 38 infeções por vírus da imunodeficiência humana do tipo 2 (VIH-2) com diagnóstico em 2017, corresponderam maioritariamente a casos em mulheres (68,4%; 26/38), indivíduos com 50 ou mais anos (60,5%; 23/38) e nascidos em países da África subsariana (68,4%; 26/38), mais concretamente na Guiné Bissau (55,3%; 21/38).

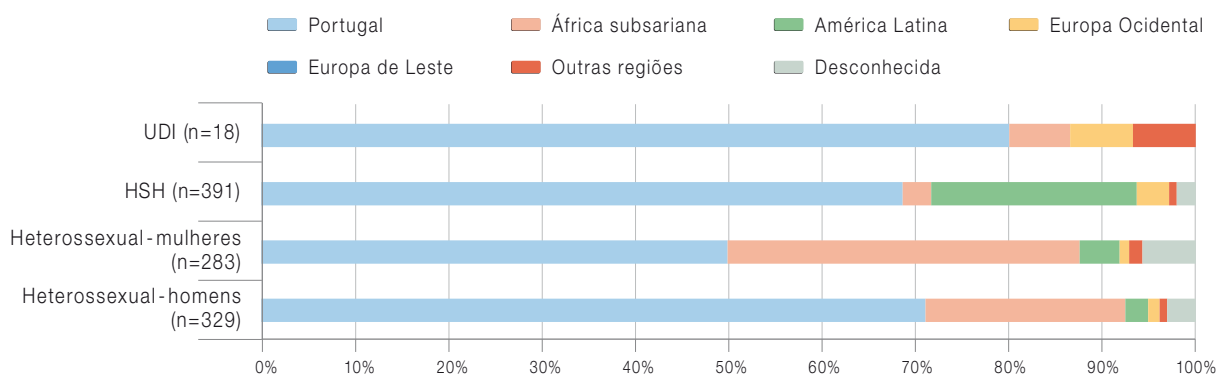


Figura 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção segundo a origem geográfica dos indivíduos para as principais formas de transmissão.

Quadro 6 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Heterossexual	329	43,0	283	95,0	612	57,5
HSH	391	51,0	0	-	391	36,7
UDI	16	2,1	2	0,7	18	1,7
Outra	0	0,0	1	0,3	1	0,1
Desconhecido	30	3,9	12	4,0	42	3,9
Total	766	100,0	298	100,0	1064	100,0

Considerando os casos com informação referente ao modo de transmissão (n=1022), a análise estratificada revelou que em 98,1% dos novos casos com diagnóstico em 2017 a transmissão ocorreu por contactos sexuais de risco ([quadro 6](#)). Ainda, que em 59,9% dos casos foi apurada transmissão por contacto heterossexual, em 38,3% transmissão decorrente de relações sexuais entre homens e em 1,8% transmissão associada ao consumo de drogas injetadas.

A [figura 3](#) ilustra a distribuição percentual dos novos casos por modo de transmissão e sexo. Tal como tem sido observado desde 2015, também os casos com diagnóstico em 2017 associados a transmissão por relações sexuais entre homens (n=391) constituíram a maioria (51,0%) dos novos diagnósticos em homens em

2017, contudo, este valor ascende a 53,1% se forem considerados apenas os casos com informação sobre a forma de transmissão (n=736).

No que respeita ao estágio apurado na avaliação clínica inicial, observou-se que a maioria (68,1%) dos casos com diagnóstico em 2017 apresentavam-se assintomáticos, que em 14,8% ocorreu um diagnóstico concomitante de SIDA e que em 25 casos o diagnóstico foi efetuado na fase aguda da infeção, não se observando diferenças significativas entre sexos ([quadro 7](#)).

A informação referente ao número de células TCD4+ da primeira avaliação clínica é essencial para a avaliação da proporção de diagnósticos tardios e esteve disponível para 84,7% dos casos diagnosticados em 2017 ([quadro 8](#)).

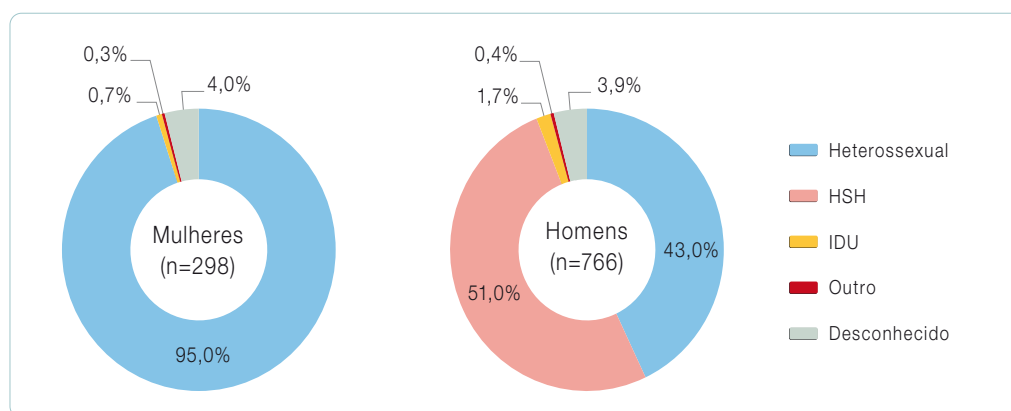


Figura 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2017: proporção por sexo e modo de transmissão.

Quadro 7 – Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por estágio inicial e sexo.

	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Infeção Aguda	22	2,9	3	1,0	25	2,3
Portador Assintomático	515	67,2	210	70,5	725	68,1
Sintomático Não-SIDA	96	12,5	34	11,4	130	12,2
SIDA	115	15,0	43	14,4	158	14,8
Sem informação	18	2,3	8	2,7	26	2,4
Total	766	100,0	298	100,0	1064	100,0

Quadro 8 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais de acordo com o sexo e para as principais formas de transmissão

	Homens		Mulheres		Heterossexual		HSH		UDI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total com contagens TCD4+	648	84,6	253	84,9	527	86,1	328	83,9	13	72,2	901	84,7
Nº células TCD4+ <350 cél/mm ³	340	52,5	124	49,0	304	57,7	131	39,9	9	69,2	464	51,5
Nº células TCD4+ <200 cél/mm ³	203	31,3	77	30,4	194	36,8	62	18,9	7	53,8	280	31,1

Constatou-se que 51,5% desses casos referiam valores <350 células/mm³, denotando uma apresentação tardia aos cuidados clínicos. Salienta-se ainda, que em 31,1% dos casos observaram-se valores <200 células/mm³, indicador de doença avançada⁷, proporção que nos casos associados a transmissão heterossexual ascendeu a 36,8%. Os casos com diagnóstico no ano em análise ocorridos em UDI,

apresentaram-se maioritariamente como diagnósticos tardios (69,2%) e também com critérios de doença avançada (53,8%), contudo, por consistirem num número reduzido recomenda-se cautela na interpretação destas proporções.

A [figura 4](#) resume a informação relativa à proporção de diagnósticos tardios para diferentes variáveis, mostrando que a estratificação por

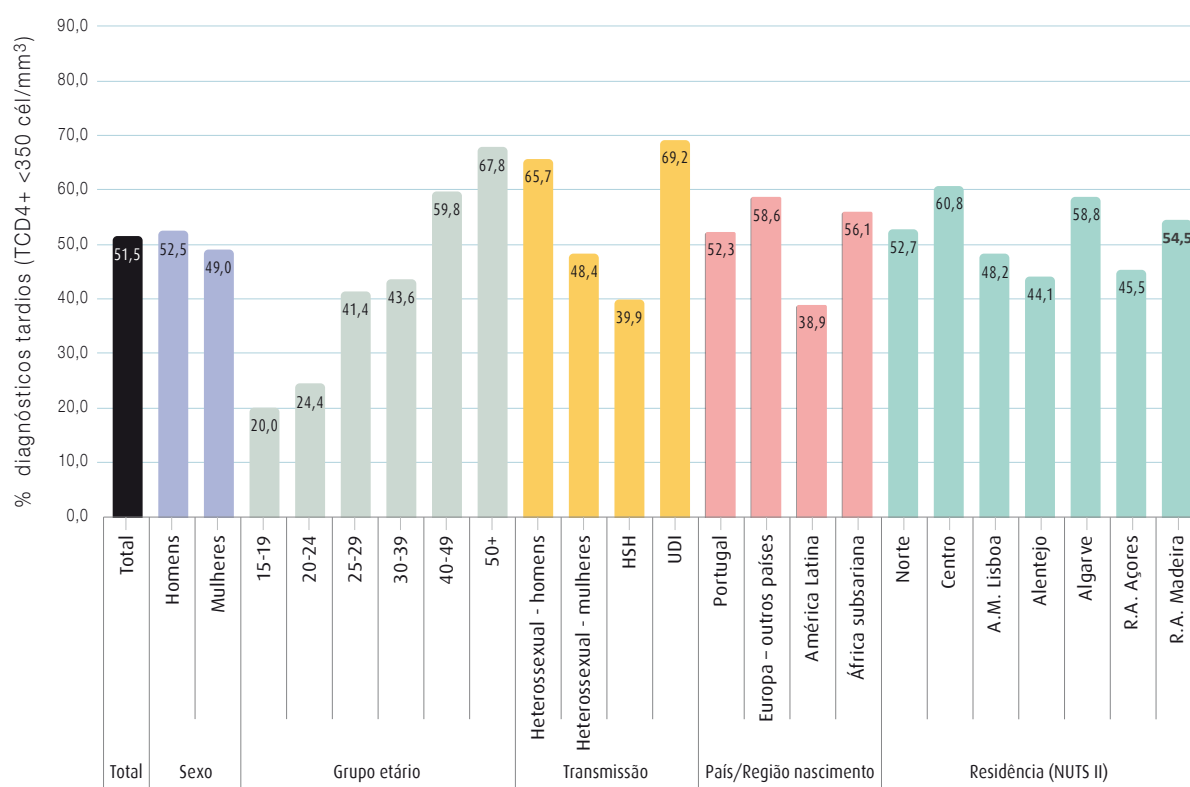


Figura 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção de diagnósticos tardios (TCD4+ <350 cél/mm³) de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.

sexo não revela diferenças marcadas, contudo, para a variável idade à data de diagnóstico observaram-se diferenças com significado estatístico nas proporções encontradas nos diferentes grupos etários, proporções essas que variaram diretamente com a idade, atingindo de 67,8% nos casos com idades \geq a 50 anos. Para os casos de transmissão heterossexual a proporção de diagnósticos tardios em homens (65,7%) é significativamente superior à observada para as mulheres (48,4%) e, tal como nos anos mais recentes, os casos em HSH são os que apresentam menor proporção de diagnósticos tardios, situação idêntica à reportada noutros países europeus⁸. No que se refere à origem geográfica, os casos nascidos em países da América Latina apresentaram ter um diagnóstico mais precoce, o que estará possivelmente associado ao facto de a maioria (78,2%) corresponder a casos de HSH. De acordo com a região de residência, as percentagens de diagnósticos tardios mais elevadas verificaram-se em indivíduos residentes na região Centro e Algarve, respetivamente, 60,8% e 58,8%, contudo esta diferença não é estatisticamente significativa.

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

Em 2017 foram diagnosticados 4 casos de infeção por VIH em crianças, 2 do sexo feminino e 2 do sexo masculino e com idades entre os 0 e os 8 anos. Dois casos referiam Portugal como país de nascimento e os outros dois Angola; nenhum referia residência na região de Lisboa. O modo de transmissão indicado em três dos casos foi a transmissão mãe-filho, no caso restante a infor-

mação para esta variável estava omissa e, embora solicitada, não foi ainda recebida. Em todos os casos, foi identificada infeção por VIH-1.

3.2. Novos casos de SIDA

Durante o ano 2017 foram diagnosticados 234 novos casos de SIDA, dos quais 232 em adultos com idades iguais ou superiores a 15 anos (**quadro 9**). A taxa de novos diagnósticos de SIDA foi assim de 2,3 novos casos de SIDA/10⁵ habitantes. Na maioria dos casos (68,4%) o diagnóstico de SIDA foi concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH; os restantes 74 casos (31,6%) resultaram da evolução para estágio SIDA em casos em que o diagnóstico da infeção ocorreu em anos precedentes.

Quadro 9 – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2017.

	Nº casos
Adolescentes e adultos (≥ 15 anos)	232
Crianças (<15 anos)	2
Total	234

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

Dos 232 casos de SIDA diagnosticados em adultos, 168 (72,4%) registaram-se em homens e 64 (27,6%) em mulheres, o que revela um *ratio* H/M de 2,6.

A maioria (72,4%) dos novos casos de SIDA ocorreu em indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos e para ambos os sexos a incidência mais elevada de diagnósticos registou-se no escalão dos 40-49 anos (**quadro 10**). A idade mediana à

data do diagnóstico para o total de novos casos de SIDA diagnosticados no ano em análise foi de 47,0 anos (DIQ: 39,0-56,5) (quadro 11). Não se observaram diferenças significativas nos valores das medianas das idades para os dois sexos. Os casos de SIDA com transmissão heterossexual apresentaram uma mediana de idades mais elevada do que os registados nos casos que referem outras formas de transmissão.

No quadro 12 é mostrada a distribuição dos novos casos de SIDA por região NUTS II da residência à data da notificação, sendo a área metropolitana de Lisboa a região em que se observou o maior número de diagnósticos de SIDA (n=105), valor que corresponde também à taxa de incidência de SIDA mais elevada (3,7 casos de SIDA/10⁵ habitantes).

Quadro 10 – Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por grupo etário e sexo.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes
15-19 anos	1	0,6	0,4	0	0,0	-	1	0,4	0,2
20-24 anos	1	0,6	0,4	0	0,0	-	1	0,4	0,2
25-29 anos	14	8,3	5,1	2	3,1	0,7	16	6,9	2,9
30-39 anos	34	20,2	5,4	12	18,8	1,8	46	19,8	3,5
40-49 anos	45	26,8	6,0	22	34,4	2,7	67	28,9	4,2
50-59 anos	36	21,4	5,2	19	29,7	2,4	55	23,7	3,7
≥ 60 anos	37	22,0	3,0	9	14,1	0,5	46	19,8	1,6
Total	168	100,0	3,5	64	100,0	1,2	232	100,0	2,3

Quadro 11 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	DIQ	
		25%	75%
Todos os novos casos de SIDA (≥15 anos)	47,0	39,0	56,5
Homens	45,5	38,0	58,0
Mulheres	47,0	41,0	54,5
Heterossexual	51,0	41,0	59,0
HSH	35,0	30,0	48,0
UDI	44,0	43,0	48,0

Legenda: DIQ- Dispersão interquartil

Quadro 12 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II).

Região NUTS II	Nº casos	%	Casos/10 ⁵ habitantes
PT11 - Norte	51	22,0	1,4
PT16 - Centro	42	18,1	1,9
PT17 - A.M. de Lisboa	105	45,3	3,7
PT18 - Alentejo	13	5,6	1,8
PT15 - Algarve	9	3,9	2,0
PT20 - R.A. dos Açores	3	1,3	1,2
PT30 - R.A. da Madeira	2	0,9	0,8
Sem informação	1	0,4	n.a.
Residência no estrangeiro	6	2,6	n.a.
Total	232	100,0	2,3

A análise da informação relativa ao país de nascimento para os novos casos de SIDA revelou, como se pode constatar no [quadro 13](#), que a maioria (67,7%) registou-se em indivíduos nascidos em Portugal. Contudo, a estratificação por sexo mostrou que na maioria dos casos de SIDA em mulheres (54,7%) o país de nascimento situava-se na região da África subsariana.

A distribuição dos novos casos de SIDA por modo de transmissão é apresentada no

[quadro 14](#) e mostra que 69,1% (n=150) dos 217 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 modo de transmissão e sexo, observando-se uma predominância de casos de transmissão heterossexual em ambos os sexos. Os casos em UDI constituíram 12,5% dos novos casos de SIDA em homens, tendo menor expressão no sexo feminino (4,7%).

Quadro 13 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Portugal	131	78,0	26	40,6	157	67,7
África subsariana	28	16,7	35	54,7	63	27,2
América Latina	7	4,2	0	0,0	7	3,0
Europa Ocidental	2	1,2	1	1,6	3	1,3
Sem informação	0	0,0	2	3,1	2	0,9
Total	168	100,0	64	100,0	232	100,0

Quadro 14 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Heterossexual	92	54,8	58	90,6	150	64,7
HSH	43	25,6	0	–	43	18,5
UDI	21	12,5	3	4,7	24	10,3
Desconhecido	12	7,1	3	4,7	15	6,5
Total	168	100,0	64	100,0	232	100,0

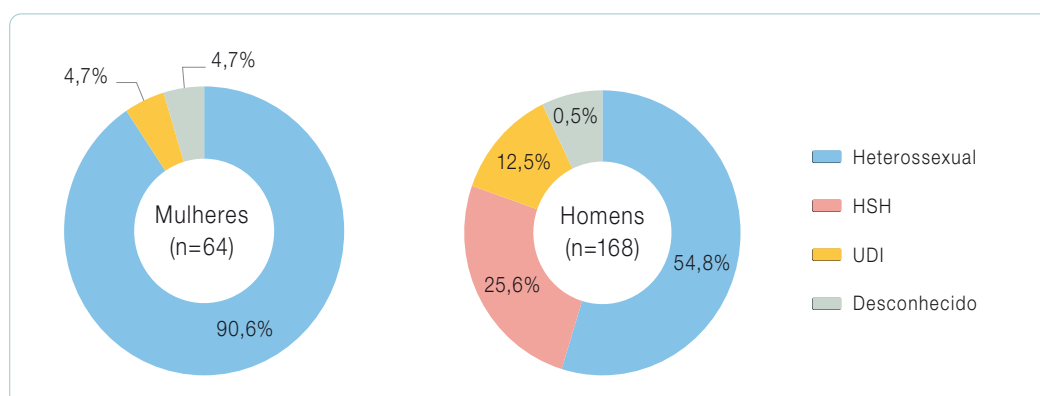


Figura 5 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção por sexo e modo de transmissão.

As definições europeia e nacional de caso de SIDA não consideram o critério imunológico, que é utilizado noutras regiões do mundo, obrigando à presença de pelo menos uma das doenças definidoras de SIDA que constam da lista publicada em 1993⁴ e no Anexo II deste relatório. São registadas até quatro doenças que constituam o quadro inaugural de SIDA. No [quadro 15](#) são mostradas as frequências das doenças definidoras de SIDA mais comumente indicadas e é possível constatar que, à semelhança do registado nos últimos anos, a pneumonia por

Pneumocystis jirovecii (PPj), referida em 29,7% dos casos, foi a doença definidora de SIDA mais frequente nos novos casos com diagnóstico em 2017, para ambos os sexos. Contudo, a desagregação por sexo revela algumas diferenças na frequência de diagnóstico de outras doenças definidoras de SIDA.

A estratificação dos casos de acordo com o modo de transmissão ([figura 6](#)) revelou que a PPj foi a doença definidora de SIDA mais frequente nas formas de transmissão mais im-

Quadro 15 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, de acordo com sexo.

Doença definidora de SIDA	Homens (n=168)		Mulheres (n=64)		Total (n=232)	
	n	%	n	%	N	%
Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PPj)	50	29,8	19	29,7	69	29,7
Candidose esofágica	21	12,5	9	14,1	30	12,9
Tuberculose pulmonar	19	11,3	8	12,5	27	11,6
Tuberculose extra pulmonar (todas as formas)	13	7,7	7	10,9	20	8,6
Sarcoma de Kaposi	16	9,5	3	4,7	19	8,2
Doença por citomegalovírus	8	4,8	7	10,9	16	6,9
Toxoplasmose cerebral	9	5,4	4	6,3	13	5,6
Criptococose extra-pulmonar	9	5,4	4	6,3	13	5,6
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	12	7,1	0	0,0	12	5,2
Síndrome de emaciação	7	4,2	2	3,1	10	4,3

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

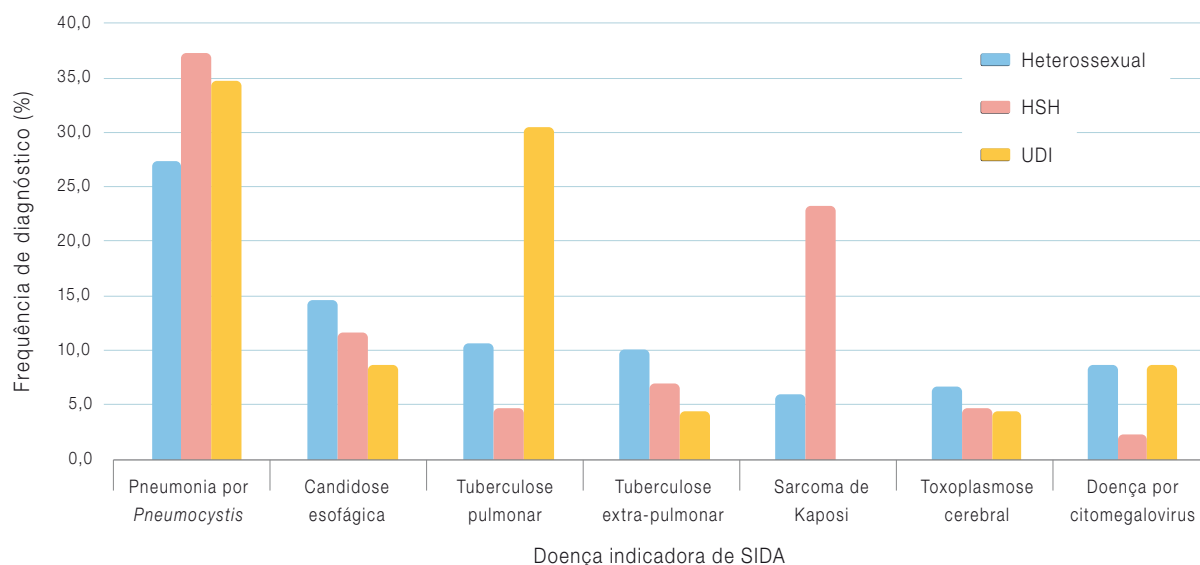


Figura 6 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: frequência de diagnóstico para as três principais formas de transmissão.

portantes. A candidose esofágica, o sarcoma de Kaposi e a tuberculose pulmonar foram a segunda doença mais frequente nos casos, respetivamente, associados a transmissão heterossexual, em HSH e em UDI.

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

Em 2017 foram diagnosticados dois casos pediátricos de SIDA, ambos em rapazes e concomitantemente ao diagnóstico da infeção por VIH. Um dos casos verificou-se numa criança de idade inferior a 1 ano, nascida em Portugal, na qual foi diagnosticada uma PPj, o outro ocorreu numa criança de 8 anos, nascida em Angola e que desenvolveu uma toxoplasmose cerebral.

3.3. Óbitos ocorridos em 2017

Foram notificados 261 óbitos, em doentes infetados por VIH, ocorridos em 2017, dos quais 134 registaram-se em casos de SIDA.

Os óbitos ocorreram maioritariamente em homens (71,7%; $n=187$) e a idade mediana à data de óbito foi de 52,0 anos (DIQ: 46,0-65,0) (quadro 16), observando-se a idade mediana mais baixa nos casos de transmissão associada a toxicodependência.

Quadro 16 – Óbitos ocorridos em 2017: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo 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
Heterossexual	61,0	48,0	70,5
HSH	57,0	46,0	72,0
UDI	47,0	42,0	53,0

Legenda: DIQ – Dispersão interquartil

Quadro 17 – Óbitos ocorridos em 2017: distribuição por sexo e modo de transmissão.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Heterossexual	78	41,7	54	73,0	132	50,6
HSH	29	15,5	0	0,0	29	11,1
UDI	72	38,5	18	24,3	90	34,5
Outro	4	2,1	1	1,4	5	1,9
Desconhecido	4	2,1	1	1,4	5	1,9
Total	187	100,0	74	100,0	261	100,0

Como é possível constatar no [quadro 17](#), foi na forma de transmissão “heterossexual” e no sexo masculino que se registaram mais óbitos.

Embora na maioria dos óbitos (58,6%) ocorridos em 2017 o diagnóstico da infeção por VIH tivesse acontecido há mais de 10 anos ([quadro 18](#)), continua a merecer atenção a percentagem de mortes que ocorreram no primeiro ano após o diagnóstico (18,8%) e que tem maior expressão

nas que sucederam em homens (20,3%), em casos de transmissão heterossexual (21,2%) ou em HSH (34,5%). De notar ainda que 31,8% dos óbitos em casos de transmissão heterossexual, ocorreram nos cinco anos após o diagnóstico, denotando o seu carácter tardio. Por oposição, em 86,7% dos óbitos verificados em casos de transmissão por consumo de drogas, o diagnóstico tinha acontecido há mais de 10 anos.

Quadro 18 – Óbitos ocorridos em 2017: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, de acordo com o sexo e para as principais formas de transmissão.

Tempo	Homens (n=187)		Mulheres (n=74)		Heterossexual (n=132)		UDI (n=90)		HSH (n=29)		Total (n=261)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤1 ano	38	20,3	11	14,9	28	21,2	5	5,6	10	34,5	49	18,8
2 a 5 anos	16	8,6	4	5,4	14	10,6	2	2,2	3	10,3	20	7,7
6 a 10 anos	28	15,0	11	14,9	27	20,5	5	5,6	7	24,1	39	14,9
>10 anos	105	56,1	48	64,9	63	47,7	78	86,7	9	31,0	153	58,6

4

Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2017)

Em Portugal, até 31 de dezembro de 2017, foram diagnosticados cumulativamente 57913 casos de infeção por VIH, 22102 dos quais atingiram critérios clínicos de SIDA. Esta informação tem por base as notificações recebidas até 30 de junho de 2018, nas quais foram ainda comunicados 14519 óbitos em indivíduos com infeção por VIH, ocorridos no mesmo período. A [figura 7](#) ilustra a distribuição temporal destes diagnósticos e óbitos. A análise detalhada dos totais acumulados e das tendências observadas para os principais aspetos demográficos, clínicos e epidemiológicos dos casos notificados é apresentada de seguida.

4.1. Casos de infeção por VIH

Distribuição temporal

No [quadro 19](#) é apresentada a distribuição dos 57913 casos de infeção por VIH diagnosticados desde 1983, de acordo com o ano de diagnóstico. O total anual de novos casos foi crescente até 1999, ano que apresentou maior valor acumulado ($n=3320$), observando-se a partir daí uma tendência decrescente no número anual de novos diagnósticos, que foi de 60% entre os anos 1999 e 2016 e de 40% quando comparados os anos 2007 e 2016.

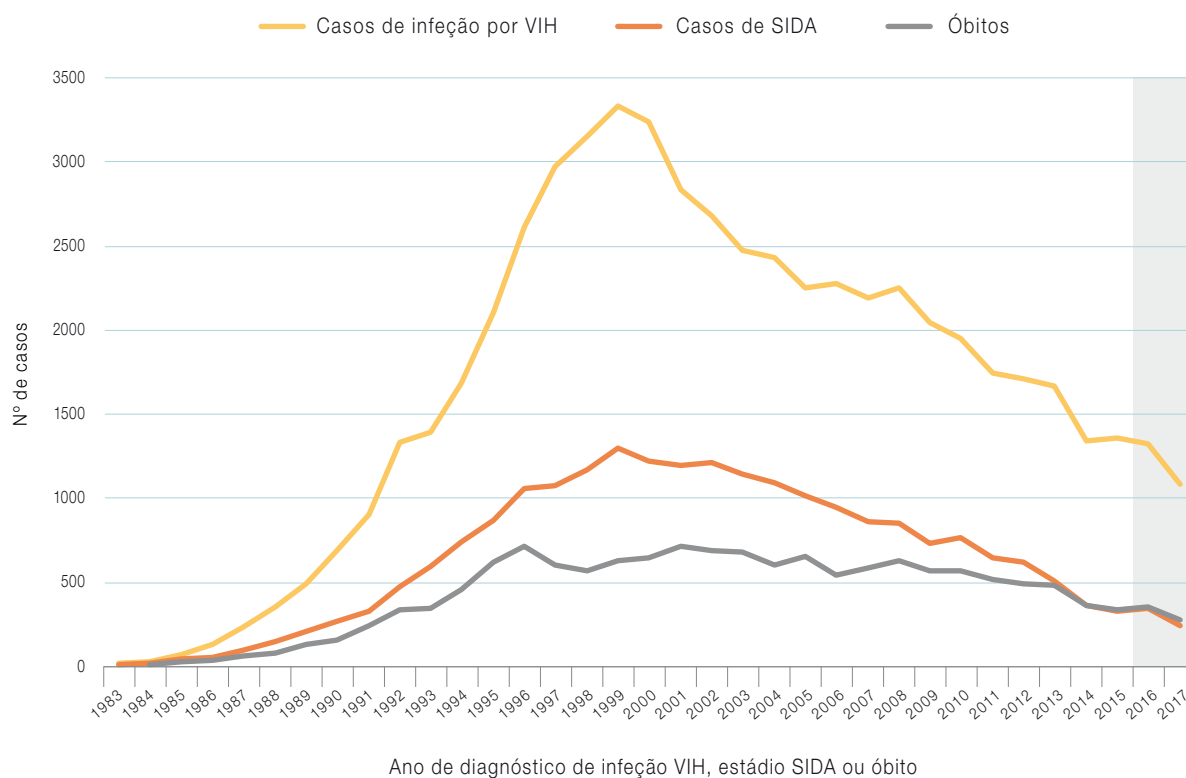


Figura 7 – Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2017): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.

Esta tendência decrescente refletiu-se também nas taxas anuais de novos diagnósticos ([figura 8](#)), que apresentaram uma redução de 61% entre os anos 1999 com uma taxa de 32,4 casos por 10⁵ habitantes e o ano 2016 com uma taxa de 12,7 casos/10⁵ habitantes. A dinâmica observada nos dez anos mais recentes revelou que a taxa de novos diagnósticos sofreu uma redução de 38%: 20,7 novos casos/10⁵ habitantes em 2007 vs 12,7 casos/10⁵ habitantes em 2016. A taxa registada em 2017, 10,4 casos/10⁵ habitantes, não foi considerada na análise das variações pois é esperado que venha ainda a sofrer aumento apreciável devido a atraso nas notificações.

Apesar da 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 que, nos anos mais recentes, se revelam de aproximadamente o dobro da taxa calculada pelo ECDC para a população dos países que compõem a União Europeia⁸.

Distribuição por sexo

O número de casos acumulados de indivíduos do sexo masculino é de 41824, 72,2% do total de casos, o que corresponde a um *ratio* de 2,6 entre o número de casos em homens (H) e mulheres (M) - H/M ([quadro 19](#)). Anualmente e em todos os anos em observação, o número de casos em homens foi sempre superior ao número de casos registados em mulheres. No entanto, nos anos mais recentes observou-se um aumento da proporção de novos diagnósticos em homens.

Quadro 19 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): 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	97	17	114	5,7
1987	178	41	220	4,3
1988	279	63	342	4,4
1989	397	84	481	4,7
1990	546	128	674	4,3
1991	708	185	893	3,8
1992	1052	268	1322	3,9
1993	1087	290	1377	3,7
1994	1292	376	1669	3,4
1995	1624	469	2094	3,5
1996	1958	640	2598	3,1
1997	2295	664	2959	3,5
1998	2340	798	3139	2,9
1999	2533	787	3320	3,2
2000	2377	846	3224	2,8
2001	1990	829	2820	2,4
2002	1812	859	2671	2,1
2003	1679	783	2462	2,1
2004	1606	810	2416	2,0
2005	1535	701	2236	2,2
2006	1515	749	2264	2,0
2007	1442	739	2181	2,0
2008	1524	713	2238	2,1
2009	1372	662	2034	2,1
2010	1293	644	1937	2,0
2011	1207	530	1737	2,3
2012	1194	501	1695	2,4
2013	1174	486	1660	2,4
2014	948	383	1331	2,5
2015	989	354	1343	2,8
2016	942	371	1313	2,5
2017	768	300	1068	2,6
Total	41824	16080	57913	2,6

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

Nota: estão registados 9 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.

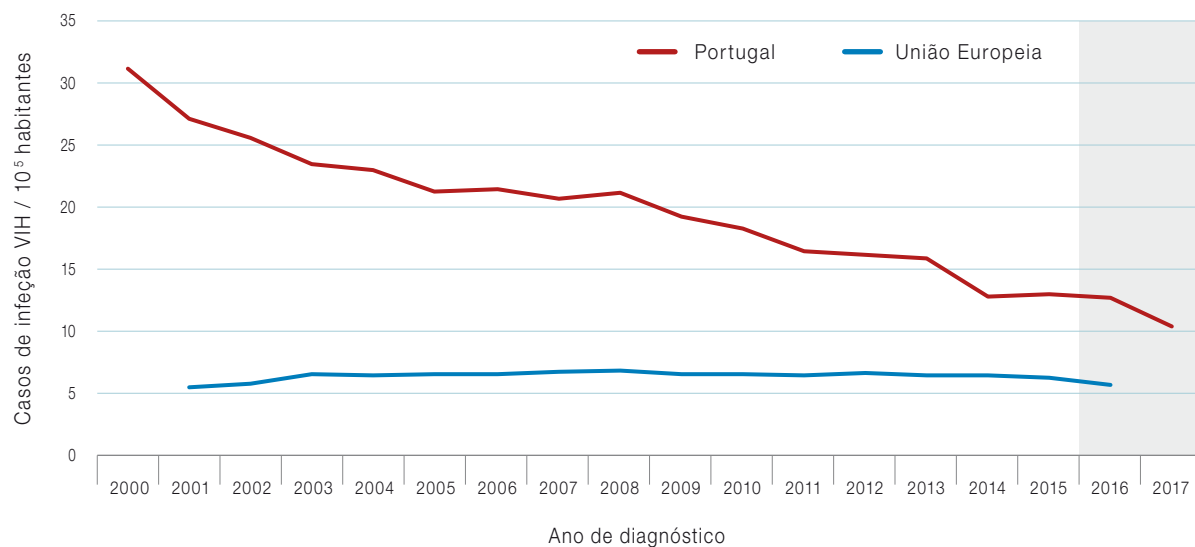


Figura 8 – Casos de infeção por VIH (2000-2017): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.

As tendências no número e nas taxas de diagnósticos por sexo acompanharam a verificada para o total de novos casos, observando-se uma tendência decrescente para os casos registados em ambos os sexos, a partir do ano 2000 (figura 9). As taxas apuradas para 2017 foram de 15,8 novos casos/ 10^5 homens e de 5,5 novos casos/ 10^5 mulheres, valores que, no entanto, se espera ainda virem a sofrer variações devido ao atraso na notificação. A análise da variação

percentual entre o número anual de novos casos na última década, comparando os anos 2007 e 2016, revelou numa redução mais acentuada no número de novos diagnósticos ocorridos em mulheres do que em homens (50% vs 35%). A comparação das taxas de diagnósticos apuradas para ambos os sexos e para os mesmos anos, revelou um decréscimo de 49% para o sexo feminino, também mais elevado que a redução de 32% encontrada para o sexo masculino.

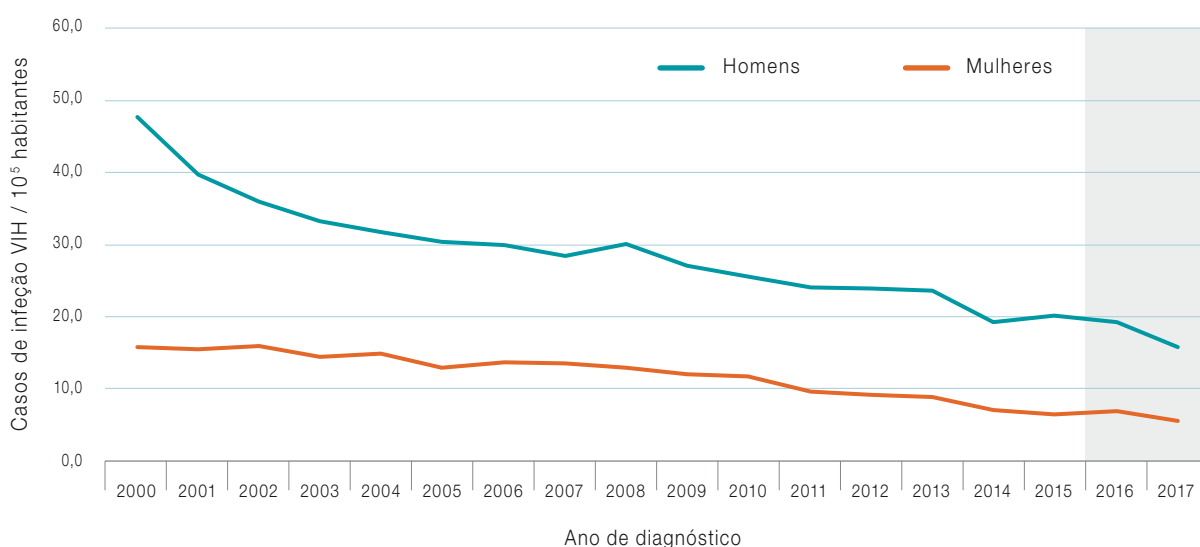


Figura 9 – Casos de infeção por VIH (2000-2017): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

Idade ao diagnóstico

A informação referente à distribuição temporal dos casos notificados por escalão etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo é apresentada no [quadro 20](#). Foi possível saber informação relativa à idade em 99,6% dos casos notificados e apurou-se que 39876 (68,9%) dos casos acumulados tinham idades entre os 25 e os 49 anos à data do diagnóstico.

O número de casos registados anualmente nos diferentes grupos etários apresentou tendência decrescente que, contudo, é mais marcada nos escalões etários referentes às idades 30 a 39 anos e 40 a 49 anos ([figura 10A](#)). A proporção de novos diagnósticos em indivíduos com 50 ou mais anos tem sido das mais elevadas da Europa^{8,9} e, ao longo da última década, situou-se acima dos 20%, com tendência crescente ([figura 10B](#)). O cálculo das taxas de novos

Quadro 20 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição por grupo etário e sexo, segundo ano de diagnóstico.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
<15 anos	Sub-total	472	20	15	17	11	5	11	7	3	3	4	568	1,0
	H	240	9	6	6	6	3	6	2	1	0	2	281	
	M	230	11	9	11	5	2	5	5	2	3	2	285	
15-19 anos	Sub-total	1279	46	45	28	32	38	31	38	25	21	19	1602	2,8
	H	721	29	26	17	18	26	20	24	19	17	14	931	
	M	558	17	19	11	14	12	11	14	6	4	5	671	
20-24 anos	Sub-total	5422	162	154	145	165	157	121	124	149	124	99	6822	11,8
	H	3702	98	108	93	114	131	93	91	122	96	82	4730	
	M	1720	64	46	52	51	26	28	33	27	28	17	2092	
25-29 anos	Sub-total	8695	267	240	239	180	209	197	163	187	172	136	10685	18,5
	H	6327	178	145	149	134	145	139	127	153	141	107	7745	
	M	2366	89	95	90	46	64	58	36	34	31	29	2938	
30-39 anos	Sub-total	14072	702	623	557	512	447	473	367	342	343	283	18721	32,3
	H	10709	488	428	394	336	308	338	264	246	242	195	13948	
	M	3362	214	195	163	176	139	135	103	96	101	88	4772	
40-49 anos	Sub-total	6534	555	473	509	427	421	401	294	315	312	229	10470	18,1
	H	4994	397	348	348	314	295	277	212	230	224	163	7802	
	M	1539	158	125	161	113	126	124	82	85	88	66	2667	
50-59 anos	Sub-total	3083	314	298	285	271	247	270	205	195	213	172	5553	9,6
	H	2254	208	188	178	185	169	192	134	135	146	120	3909	
	M	829	105	110	107	86	78	78	71	60	67	52	1643	
≥60 anos	Sub-total	1789	170	180	153	139	170	156	133	127	125	126	3268	5,6
	H	1302	115	119	105	100	116	109	94	83	76	85	2304	
	M	487	55	61	48	39	54	47	39	44	49	41	964	
Desconhecido	Sub-total	211	2	6	4	0	1	0	0	0	0	0	224	0,4
	Total	41557	2238	2034	1937	1737	1695	1660	1331	1343	1313	1068	57913	100,0

Legenda: H – Homens; M – Mulheres.

Nota: estão registados 9 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.

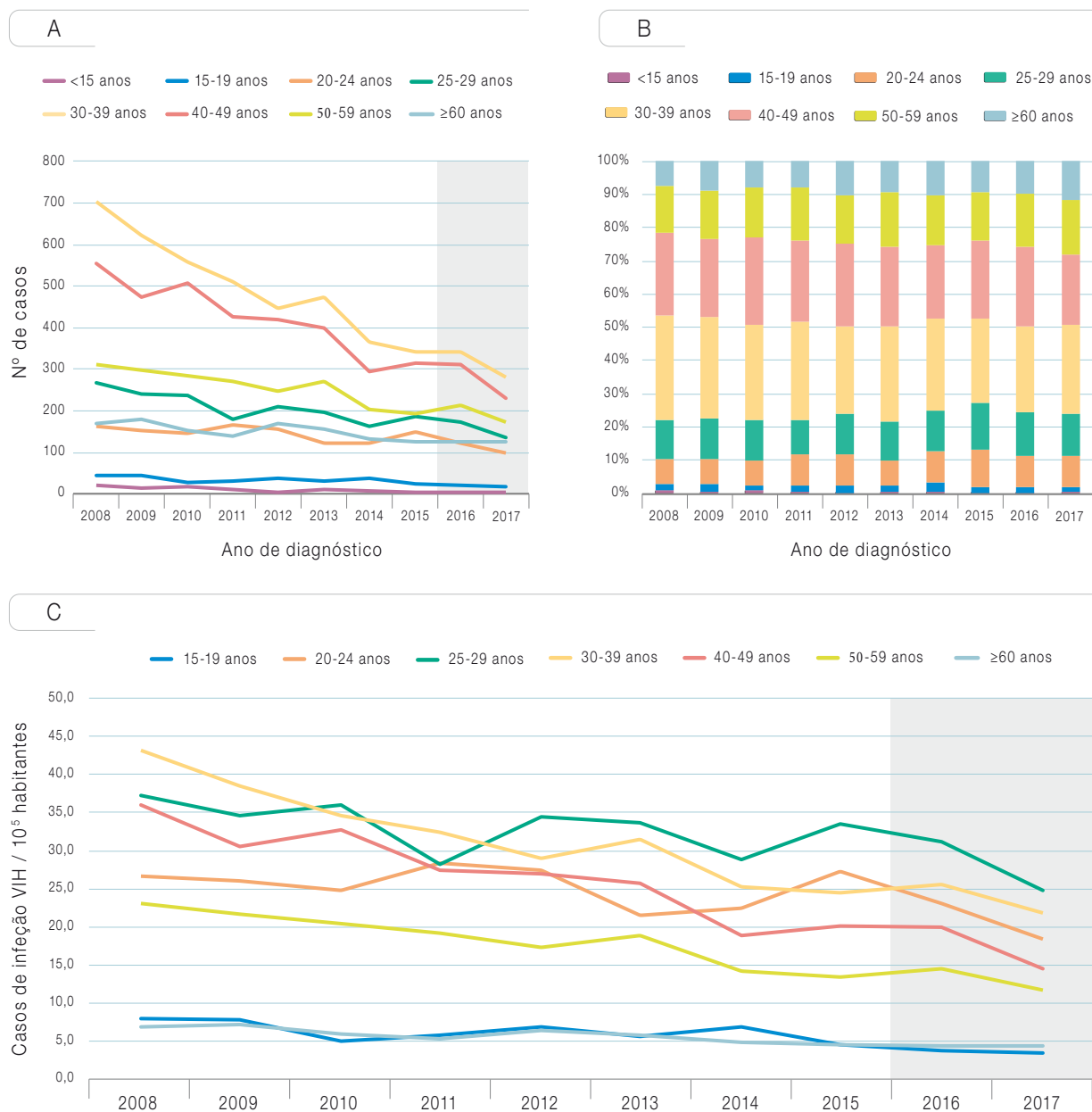


Figura 10 – Casos de infeção por VIH (2008-2017): distribuição do número absoluto (A), proporção (B) e taxa (C) de novos casos por grupo etário e ano de diagnóstico.

diagnósticos para os diferentes escalões etários revelou que, desde 2012, foi no escalão dos 25 aos 29 anos que se verificou a taxa anual mais elevada de novos diagnósticos de infeção por VIH (figura 10C). A taxa média de diagnósticos de infeção por VIH, no período

2013-2017, apurada para esse grupo etário foi de 30,4 casos/10⁵ habitantes.

Ao longo das duas últimas décadas da epidemia por VIH no país as idades medianas à data do diagnóstico da infeção por VIH sofreram um

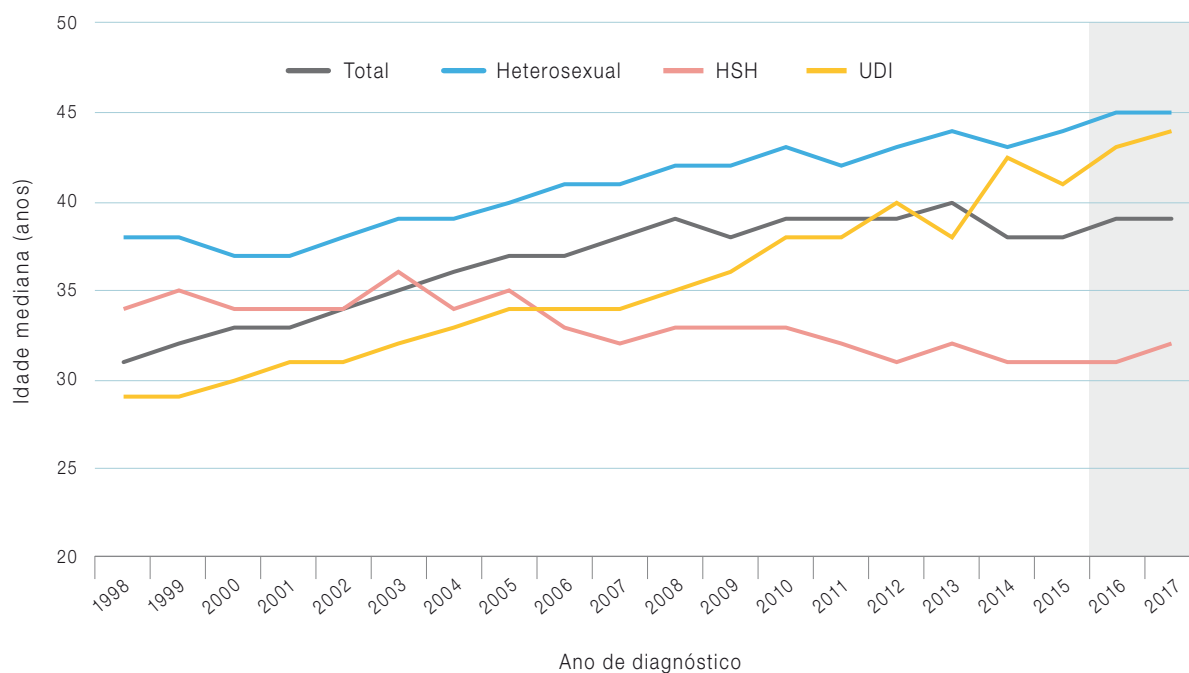


Figura 11 – Casos de infeção por VIH (1998-2017): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

aumento temporal, que foi de 8 anos para o total dos casos (figura 11). Foi observada tendência similar para os casos de transmissão por contacto heterossexual e em UDI, nos quais se verificaram, para o mesmo período, aumentos nas medianas das idades de, respetivamente, 7 e 15 anos. Inversamente, as medianas das idades dos casos em HSH, diagnosticados no período em análise, registaram uma redução de 2 anos e, desde 2006, foram inferiores às observadas para os casos que referiram as formas de transmissão acima indicadas, o que denota as idades jovens em que ocorreu a transmissão da infeção. Assim, nos novos casos com diagnóstico entre 2013 e 2017, em homens de idades entre 15 e 29 anos, verificou-se que 79,8% (993/1245) referiam transmissão por sexo com homens. No mesmo período, constatou-se que 82,2% dos casos em indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 50 anos (1416/1722) referiam transmissão por contato heterossexual.

Distribuição geográfica

A informação relativa à residência dos indivíduos à data da notificação é usada na análise da distribuição geográfica dos novos casos, sendo sistematizada de acordo com as regiões NUTS de 2013¹⁰, bem como por distrito e concelho de residência. O quadro 21 apresenta a informação de acordo com a região NUTS II e NUTS III de residência à data da notificação, observando-se que a região PT17 - Área Metropolitana de Lisboa corresponde à região de residência em 52,6% do total de casos acumulados.

O apuramento das taxas médias de novos diagnósticos de infeção por VIH, ocorridos nos últimos cinco anos (2013 a 2017), para as diferentes regiões NUTS III do continente, revelou que as regiões do litoral apresentaram as taxas mais elevadas, destacando-se a Área Metropolitana de Lisboa com o valor mais alto

Quadro 21 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação do estágio inicial, por ano de diagnóstico.

NUTSII	NUTSIII	Ano de diagnóstico											Total	
		≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
PT11 – Norte	Sub-total	10720	561	496	444	381	384	385	322	293	314	247	14547	25,1
	PT111 – Alto Minho	251	18	16	15	15	19	9	13	18	13	15	402	
	PT112 – Cávado	667	48	43	33	36	36	24	34	26	22	27	996	
	PT119 – Ave	447	25	26	28	28	17	22	26	18	20	11	668	
	PT11A – A.M. do Porto	8384	418	348	304	252	268	272	200	182	214	150	10992	
	PT11B – Alto Tâmega	59	3	9	7	5	2	2	4	1	2	2	96	
	PT11C – Tâmega e Sousa	515	30	36	31	30	29	40	36	36	34	35	852	
	PT11D – Douro	247	11	10	15	14	11	4	6	9	6	3	336	
	PT11E – Terras de Trás-os-Montes	150	8	8	11	1	2	12	3	3	3	4	205	
PT16 – Centro	Sub-total	3802	259	244	222	223	237	222	220	229	194	192	6044	10,4
	PT16B – Oeste	757	39	37	28	29	35	33	33	43	38	23	1095	
	PT16D – Região de Aveiro	601	60	47	52	50	69	48	43	60	47	59	1136	
	PT16E – Região de Coimbra	859	52	73	57	53	53	53	66	57	46	42	1411	
	PT16F – Região de Leiria	570	34	39	27	41	33	37	35	28	22	21	887	
	PT16G – Viseu Dão-Lafões	339	22	16	17	16	11	17	14	19	18	14	503	
	PT16H – Beira Baixa	149	14	2	4	7	8	8	8	4	4	9	217	
	PT16I – Médio Tejo	341	30	22	27	24	19	16	16	12	13	16	536	
	PT16J – Beiras e Serra da Estrela	186	8	8	10	3	9	10	5	6	6	8	259	
PT17 – A.M. de Lisboa	Sub-total	21934	1126	1041	1068	917	888	833	653	661	634	495	30250	52,2
	PT170 – A.M. de Lisboa	21934	1126	1041	1068	917	888	833	653	661	634	495	30250	
PT18 – Alentejo	Sub-total	1596	57	54	43	50	35	59	40	48	47	38	2067	3,6
	PT181 – Alentejo Litoral	234	11	17	6	11	5	19	9	13	7	5	337	
	PT184 – Baixo Alentejo	262	2	4	9	14	7	6	6	8	11	0	329	
	PT185 – Lezíria do Tejo	718	35	18	22	21	15	25	15	18	22	24	933	
	PT186 – Alto Alentejo	147	3	3	2	0	3	2	3	3	1	2	169	
	PT187 – Alentejo Central	235	6	12	4	4	5	7	7	6	6	7	299	
PT15 – Algarve	Sub-total	2017	119	120	106	117	90	98	73	62	52	37	2891	5,0
	PT150 – Algarve	2017	119	120	106	117	90	98	73	62	52	37	2891	
PT20 – R.A. dos Açores	PT200 – R.A. dos Açores	266	30	16	14	9	14	8	6	3	15	12	393	0,7
PT30 – R.A. da Madeira	PT300 – R.A. da Madeira	419	40	37	24	16	23	25	9	28	10	11	642	1,1
Residência no estrangeiro		210	11	11	4	8	5	6	1	5	13	4	278	0,5
Não referida		593	35	15	12	16	19	24	7	14	34	32	801	1,4
Total		41557	2238	2034	1937	1737	1695	1660	1331	1343	1313	1068	57913	100,0

(23,3 casos/10⁵ habitantes) (figura 12). O Algarve (14,6 casos/10⁵ habitantes), a região de Aveiro (14,1 casos/10⁵ habitantes), a região de Coimbra (11,9 casos/10⁵ habitantes), a Área Metropolitana do Porto (11,8 casos/10⁵ habitantes) e o Alentejo Litoral (11,1 casos/10⁵ habitantes) são, por ordem decrescente, as restantes regiões onde as taxas foram mais elevadas.

A distribuição dos casos por ano de diagnóstico e distrito ou região de residência, apresentada no quadro 22, revela que os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal registam o maior número de casos acumulados, representando 73,0% do total nacional, padrão que se repete anualmente. Portalegre, Guarda e Bragança são os distritos com menor número de casos acumulados.

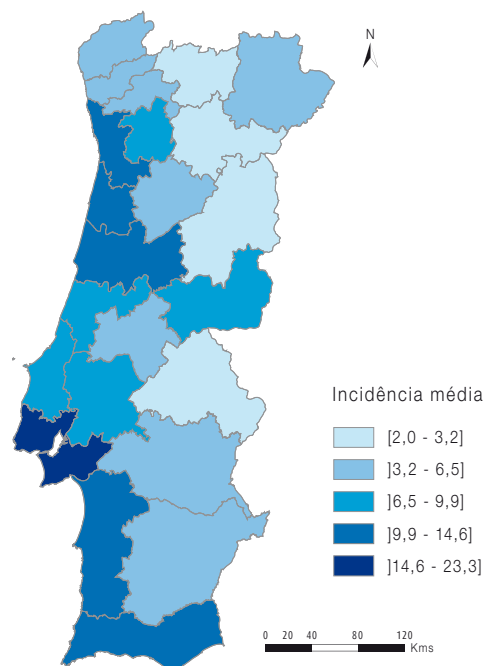


Figura 12 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2013-2017) por região NUTS III.

Quadro 22 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
Aveiro	1003	101	75	80	84	99	71	67	78	71	79	1808	3,1
Beja	306	2	8	10	18	9	10	8	10	13	0	394	0,7
Braga	1120	74	70	61	65	54	46	60	44	42	41	1677	2,9
Bragança	156	8	8	11	1	2	12	3	4	4	4	213	0,4
Castelo Branco	227	17	5	7	7	11	11	10	5	8	13	321	0,6
Coimbra	838	49	72	56	52	50	46	61	56	45	40	1365	2,4
Évora	235	6	12	4	4	5	7	7	6	6	7	299	0,5
Faro	2017	119	120	106	117	90	98	73	62	52	37	2891	5,0
Guarda	133	7	6	9	4	9	8	3	5	5	4	193	0,3
Leiria	1027	52	51	37	50	48	53	54	42	39	30	1483	2,6
Lisboa	17432	966	890	929	784	745	727	592	570	546	398	24579	42,4
Portalegre	147	3	3	2	0	3	2	3	3	1	2	169	0,3
Porto	8460	408	355	305	246	266	295	214	197	224	161	11131	19,2
Santarém	956	61	38	47	45	29	37	31	29	25	39	1337	2,3
Setúbal	5073	194	190	163	160	169	141	82	132	121	117	6542	11,3
Viana do Castelo	251	18	16	15	15	19	9	13	18	13	15	402	0,7
Vila -Real	256	12	18	21	15	8	4	9	5	5	5	358	0,6
Viseu	432	25	18	20	21	18	20	18	27	21	17	637	1,1
R.A. Açores	266	30	16	14	9	14	8	6	3	15	12	393	0,7
R.A. Madeira	419	40	37	24	16	23	25	9	28	10	11	642	1,1
Estrangeiro	210	11	11	4	8	5	6	1	5	13	4	278	0,5
Desconhecido	593	35	15	12	16	19	24	7	14	34	32	801	1,4
Total	41557	2238	2034	1937	1737	1695	1660	1331	1343	1313	1068	57913	100,0

Contudo, a análise das taxas de novos diagnósticos, ocorridos entre 2008 e 2017, por distrito ou região autónoma ([quadro 23](#)) revela que até 2014 o distrito de Faro apresentou as segundas taxas mais elevadas do país, que atualmente se observam no distrito de Setúbal. De notar que, devido a atraso na notificação, as taxas para os anos mais recentes poderão sofrer alterações.

A análise mais granular da informação epidemiológica, particularmente no que se refere à sua distribuição geográfica, ganhou particular relevo com a iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, que visa envolver os municípios na luta contra a epidemia e no cumprimento dos objetivos 90-90-90 da ONUSIDA, à qual várias cidades de Portugal já aderiram^{11,12}. Assim, foram realizadas várias

análises para apurar as taxas de diagnóstico de infeção por VIH nos diferentes municípios do país, de modo a fornecer evidência para a decisão de participação e ação, apresentadas no Relatório do grupo de trabalho nomeado pelo Despacho n.º 5216/2017¹². A [figura 13](#) ilustra os resultados de uma análise mais recente e que inclui os casos com diagnóstico no período de 2013 a 2017, mostrando que em 11 municípios do país as taxas médias de diagnóstico foram superiores a 20,5 casos/10⁵ habitantes. Ainda, que os municípios da região litoral apresentaram taxas de diagnóstico mais elevadas que os da região interior do país, região esta onde se concentram a maioria dos 46 municípios em cujos residentes, nesse período, não foram diagnosticados e notificados casos de infeção por VIH.

Quadro 23 – Casos de infeção por VIH (2008-2017): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aveiro	14,1	10,5	11,2	11,8	13,9	10,0	9,5	11,1	10,2	11,3
Beja	1,3	5,2	6,5	11,9	6,0	6,7	5,4	6,9	9,0	0,0
Braga	8,7	8,2	7,2	7,7	6,4	5,5	7,1	5,3	5,0	4,9
Bragança	5,7	5,8	8,1	0,7	1,5	9,1	2,3	3,1	3,2	3,2
Castelo Branco	8,5	2,5	3,6	3,6	5,7	5,8	5,4	2,7	4,4	7,2
Coimbra	11,3	16,6	13,0	12,2	11,8	11,0	14,7	13,6	11,0	9,8
Évora	3,5	7,1	2,4	2,4	3,0	4,3	4,4	3,8	3,8	4,5
Faro	27,0	26,9	23,5	26,2	20,3	22,2	16,5	14,0	11,8	8,4
Guarda	4,2	3,7	5,6	2,5	5,7	5,2	2,0	3,3	3,4	2,7
Leiria	11,0	10,8	7,8	10,6	10,3	11,4	11,7	9,1	8,5	6,6
Lisboa	43,3	39,7	41,3	34,8	33,2	32,5	26,5	25,5	24,3	17,6
Portalegre	2,5	2,5	1,7	0,0	2,6	1,8	2,7	2,7	0,9	1,9
Porto	22,4	19,5	16,8	13,5	14,7	16,4	12,0	11,1	12,6	9,1
Santarém	13,4	8,3	10,3	10,0	6,5	8,3	7,0	6,6	5,7	9,0
Setúbal	23,1	22,5	19,1	18,7	19,8	16,5	9,6	15,5	14,2	13,7
Viana do Castelo	7,3	6,5	6,1	6,1	7,8	3,7	5,5	7,6	5,6	6,5
Vila -Real	5,7	8,6	10,1	7,3	3,9	2,0	4,5	2,5	2,6	2,6
Viseu	6,5	4,7	5,3	5,6	4,8	5,4	4,9	7,4	5,8	4,8
R.A. Açores	12,2	6,5	5,7	3,6	5,7	3,2	2,4	1,2	6,1	4,9
R.A. Madeira	15,1	13,9	9,0	6,1	8,7	9,6	3,5	10,9	3,9	4,3
Total	21,2	19,2	18,3	16,5	16,2	15,9	12,8	13,0	12,7	10,4

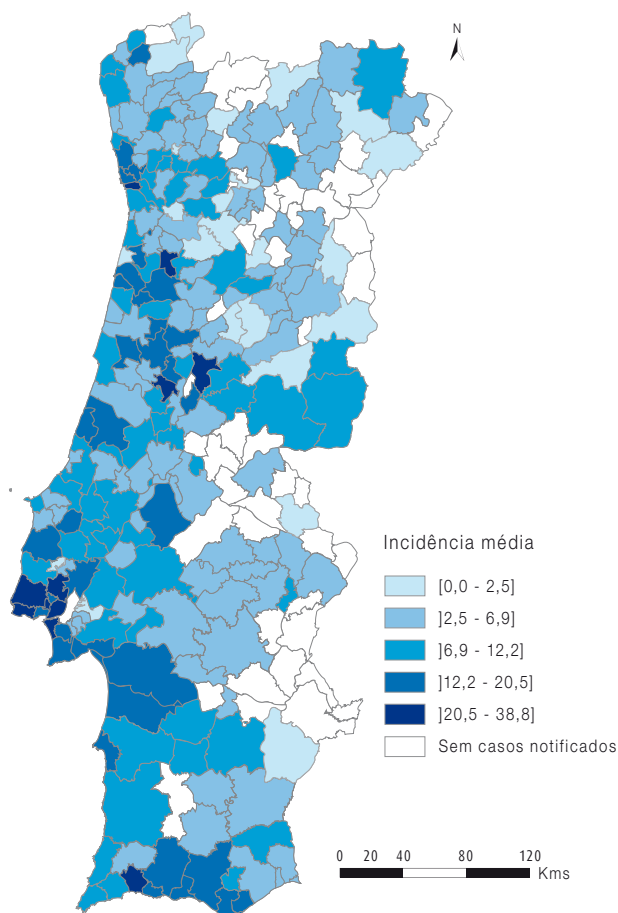


Figura 13 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2013-2017) por município do continente.

O [quadro 24](#) apresenta a informação relativa aos 20 concelhos do país que, no período de 2013 a 2017, apresentaram as taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH mais elevadas. Constatou-se que o maior número de diagnósticos ocorreu em residentes no município de Lisboa, seguindo-se os observados nos residentes nos municípios de Sintra e do Porto. No entanto, embora a taxa mais elevada tenha também sido encontrada em Lisboa, foi o município da Amadora que apresentou a segunda taxa mais elevada. A taxa média de diagnósticos de infeção por VIH no país, no período 2013 a 2017, foi de 13,0 casos/10⁵ habitantes, pelo que a

Quadro 24 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2013-2017) nos 20 municípios do continente com as taxas mais elevadas.

Concelho	Nº total de casos (2013-2017)	Nº casos/10 ⁵ habitantes	Rate ratio (RR)
Lisboa	985	38,8	3,0
Amadora	274	30,9	2,4
Porto	303	28,0	2,2
Sintra	524	27,4	2,1
Sever do Vouga	15	25,4	2,0
Loures	259	25,1	1,9
Góis	5	25,1	1,9
Portimão	65	23,5	1,8
Cascais	238	22,6	1,7
Almada	186	21,9	1,7
Penela	6	21,4	1,6
Estarreja	27	20,5	1,6
Albufeira	40	19,8	1,5
Setúbal	114	19,4	1,5
Odivelas	149	19,3	1,5
Sines	13	18,9	1,5
Oliveira do Bairro	22	18,6	1,4
Coimbra	124	18,4	1,4
Vila Franca de Xira	165	18,2	1,4
Faro	55	18,0	1,4

* Nota: *Rate ratio* é a razão entre a taxa de diagnóstico de infeção por VIH observada no concelho e a taxa de diagnóstico calculada para o país no período equivalente, que foi de 13,0 casos por 10⁵ habitantes.

taxa apurada para Lisboa correspondeu ao triplo da taxa nacional e as taxas apuradas para os municípios da Amadora, Porto, Sintra e Sever do Vouga foram superiores ou iguais ao dobro da taxa nacional.

Origem geográfica

Na análise dos dados referentes à origem geográfica dos casos utiliza-se a informação relativa ao país de nascimento, tal como efetuado pela vigilância epidemiológica europeia. Os países de origem foram agrupados segundo as regiões geográficas preconizadas, para o efeito, pelo sistema de vigilância europeu, TESSy.

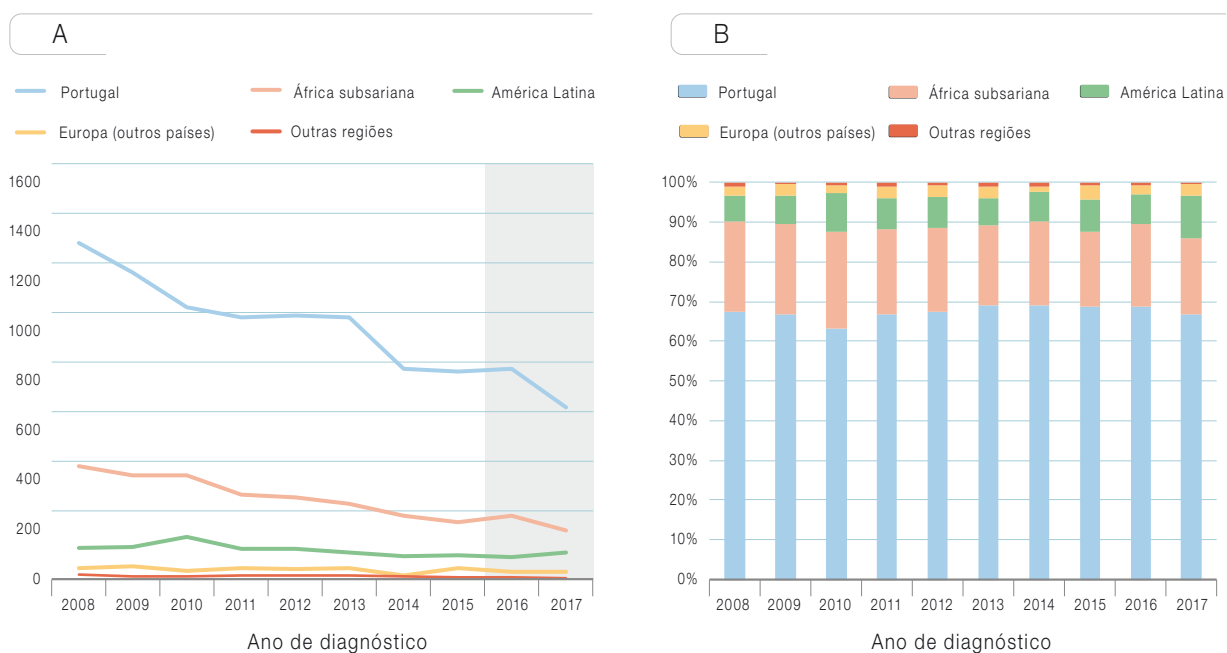


Figura 14 – Casos de infeção por VIH (2008-2017): distribuição do número absoluto (A) e percentual (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

Em Portugal, a informação referente à naturalidade só começou a ser recolhida em 2003 pelo que é desconhecida a origem geográfica de 29,8% dos casos acumulados. Nos casos em que existe informação, apurou-se que 74,4% nasceram em Portugal e que 7594 (73,1%) dos 10387 casos nascidos fora de Portugal são originários da África subsariana, 97,0% dos quais oriundos de países africanos com língua oficial portuguesa.

A distribuição dos casos segundo a origem geográfica e o ano de diagnóstico está ilustrada na [figura 14](#). Observou-se um decréscimo no número de novos casos, particularmente em indivíduos nascidos em Portugal ou em países da África subsariana. Portugal continua a ser o país de nascimento referido anualmente em mais de 65,0% dos novos casos.

Estádio inicial

Tal como anteriormente referido, segundo as regras aplicadas na vigilância epidemiológica da infeção por VIH na Europa, o estadiamento dos casos, para os efeitos desta vigilância, baseia-se exclusivamente em critérios clínicos, não incluindo os valores das contagens de células TCD4+, ou seja, o critério imunológico.

O enquadramento legal actual³ determina que, após a notificação inicial, a evolução para estágio de SIDA também carece de notificação específica e tem definição de caso própria.

No [quadro 25](#) apresenta-se a distribuição dos casos de acordo com estágio inicial e ano de diagnóstico. É possível constatar que no final de 2017 encontravam-se diagnosticados cumulativamente 33696 casos de infeção por VIH que à

Quadro 25 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição segundo o estágio inicial e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Estádio inicial										
	IAG		PA		Sintomático Não-SIDA		SIDA		Não referido		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
≤2007	2	0,0	22930	55,2	4239	10,2	12095	29,1	2291	5,5	41557
2008	0	0,0	1429	63,9	264	11,8	491	21,9	54	2,4	2238
2009	0	0,0	1344	66,1	240	11,8	404	19,9	46	2,3	2034
2010	1	0,1	1243	64,2	231	11,9	425	21,9	37	1,9	1937
2011	3	0,2	1101	63,4	247	14,2	352	20,3	34	2,0	1737
2012	6	0,4	1074	63,4	256	15,1	335	19,8	24	1,4	1695
2013	6	0,4	1104	66,5	260	15,7	272	16,4	18	1,1	1660
2014	10	0,8	923	69,3	147	11,0	233	17,5	18	1,4	1331
2015	20	1,5	954	71,0	150	11,2	199	14,8	20	1,5	1343
2016	25	1,9	868	66,1	137	10,4	233	17,7	50	3,8	1313
2017	25	2,3	726	68,0	130	12,2	160	15,0	27	2,5	1068
Total	98	0,2	33696	58,2	6301	10,9	15199	26,2	2619	4,5	57913

data do diagnóstico se encontravam no estágio de portador assintomático (PA) (58,2%), 6301 casos no estágio Sintomático não-SIDA (10,9%), 15199 casos de SIDA (26,2%) e 98 casos de primo infeção (IAG) que, desde 2013, passaram a ser registados em estágio específico.

A proporção de casos em que o diagnóstico de infeção por VIH foi concomitante com o diagnóstico de estágio SIDA decresceu lentamente, contudo, desde 2012 aparenta ter um maior decréscimo.

A apresentação tardia aos cuidados de saúde é atualmente monitorizada pelos valores obtidos nas contagens de células TCD4+ da avaliação inicial. Na [figura 15](#) é apresentada de forma resumida a informação recolhida para esta variável, particularmente os valores percentuais

anuais dos casos com informação, bem como dos casos com critérios de apresentação tardia e doença avançada. Os casos com diagnóstico anterior a 2010 não foram considerados na análise devido à baixa completude desta informação. Após a implementação do SI.VIDA e posteriormente do SINAVE, verificou-se uma melhoria considerável na completude da informação, visível nos casos diagnosticados a partir de 2013. A percentagem de casos para os quais estava referida esta informação ultrapassou os 80% nos diagnosticados a partir de 2015, valor superior à média observada em 2016 para os países da União Europeia (67,3%)⁸. A proporção de casos de infeção por VIH diagnosticados em Portugal, com critérios de apresentação tardia, tem sido superior à observada nos países da Europa Ocidental e à média apurada para os países da UE⁸.

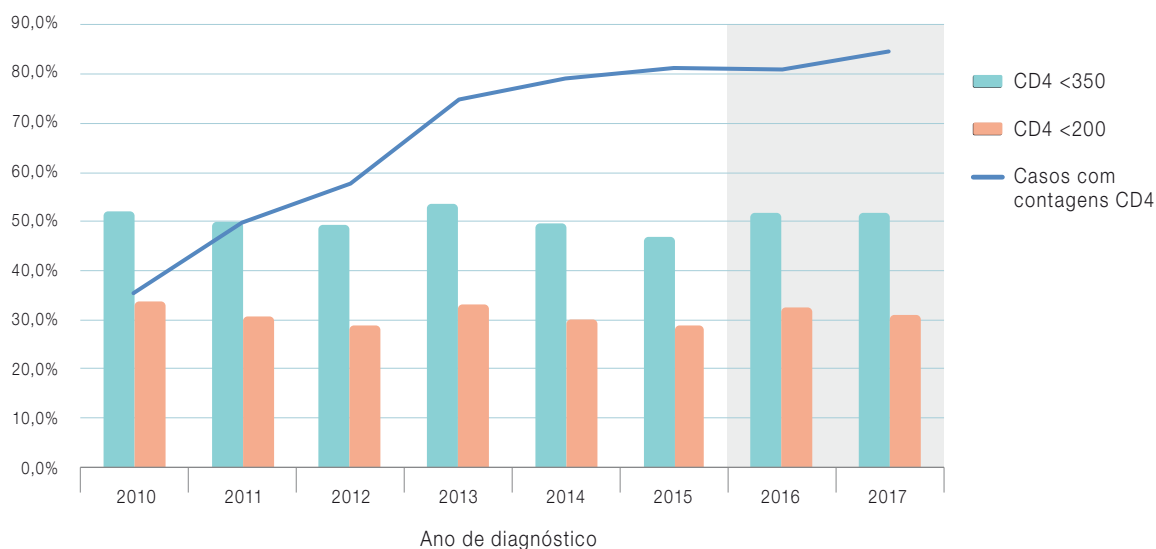


Figura 15 – Casos de infeção por VIH (2010-2017): evolução nas proporções de casos com contagens de células TCD4+ comunicadas e com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada.

A análise das medianas dos valores das contagens de células TCD4+, efetuada para os casos com diagnóstico a partir de 2013, revelou que nos casos referentes a HSH observaram-se valores significativamente mais elevados do que nos casos de transmissão heterossexual, respetivamente 422 células/mm³ vs 297 células/mm³, o que denota, para os primeiros, um diagnóstico mais precoce (figura 16). 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.

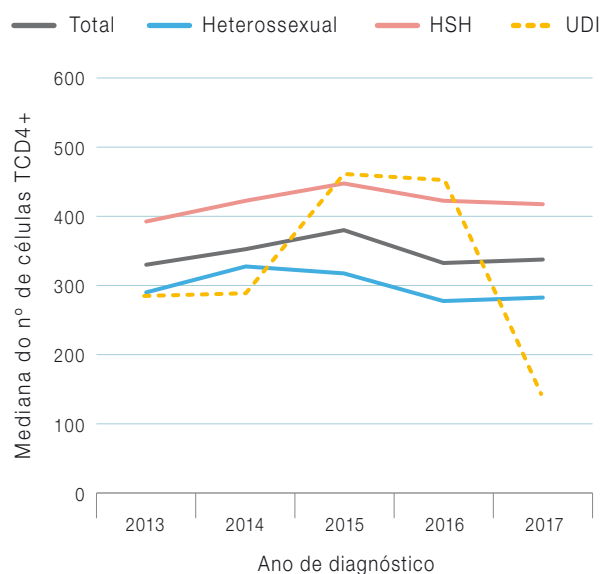


Figura 16 – Casos de infeção por VIH (2013-2017): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

Modo de transmissão

Em Portugal, em 63,6% dos casos acumulados a transmissão ocorreu por contacto sexual. A forma de transmissão que registou anualmente maior número de casos de infeção por VIH é, desde 2008, a transmissão heterossexual, que cumulativamente corresponde a 45,8% do total de casos diagnosticados no país até final de 2017 (quadro 26). Os casos de transmissão por sexo entre homens corresponderam a 17,7% do total acumulado. O consumo de drogas injetadas está associado à segunda maior fração desse total (33,0%), contudo, essa proporção reflete as características da epidemia nacional

em décadas passadas e não as apresentadas na atualidade.

Na última década, observou-se uma diminuição do número de casos de transmissão heterossexual, em ambos os sexos, uma redução sustentada dos casos associados ao consumo de drogas e, até 2012, uma tendência crescente no número de casos em HSH (figura 17). A comparação das estatísticas obtidas para os anos 2007 e 2016 mostrou que o número de casos de transmissão por contacto heterossexual e em UDI sofreu uma redução de, respetivamente, 45% e 90%. Inversamente, para o número de casos em HSH observou-se um aumento de

Quadro 26 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
Heterossexual	Sub-total	16775	1337	1264	1200	1061	1007	1000	816	727	750	612	26549	45,8
	H	9182	699	665	621	571	544	542	453	397	401	329	14404	
	M	7590	637	599	579	490	463	458	363	330	349	283	12141	
HSH	Sub-total (H)	5550	478	447	469	497	526	501	414	518	475	391	10266	17,7
UDI	Sub-total	17693	370	277	221	145	134	115	60	61	42	18	19136	33,0
	H	14626	315	228	173	117	107	100	55	48	35	16	15820	
	M	3066	55	49	48	28	27	15	5	13	7	2	3315	
Mãe-filho	Sub-total	363	16	14	15	10	5	9	7	3	3	3	448	0,8
	H	172	7	6	6	5	3	4	2	1	0	1	207	
	M	189	9	8	9	5	2	5	5	2	3	2	239	
Transfusão ou Hemoderivados	Sub-total	428	4	2	2	3	6	3	5	0	2	1	456	0,8
	H	295	2	1	0	2	3	2	2	0	1	0	308	
	M	133	2	1	2	1	3	1	3	0	1	1	148	
Outro/Não Determinado	Sub-total	60	4	5	12	5	4	10	9	3	2	0	114	0,2
	H	31	2	5	9	2	1	7	3	1	2	0	63	
	M	29	2	0	3	3	3	3	6	2	0	0	51	
Não referido	Sub-total	688	29	25	18	16	13	22	20	31	39	43	944	1,6
Total		41557	2238	2034	1937	1737	1695	1660	1331	1343	1313	1068	57913	100,0

Legenda: H - Homens; M - Mulheres

Nota: estão registados 9 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes. Os casos associados a transfusão e diagnosticados depois do ano de 2000 indicam transfusão anterior a 1990 ou recebida no estrangeiro.

29%. A análise das tendências relativas ao número e proporção de casos diagnosticados anualmente nas diferentes formas de transmissão, mostra ainda que, a partir de 2015, para os

homens, o número e proporção de novos casos em HSH superou o número de novos casos referindo transmissão heterossexual (figura 18).

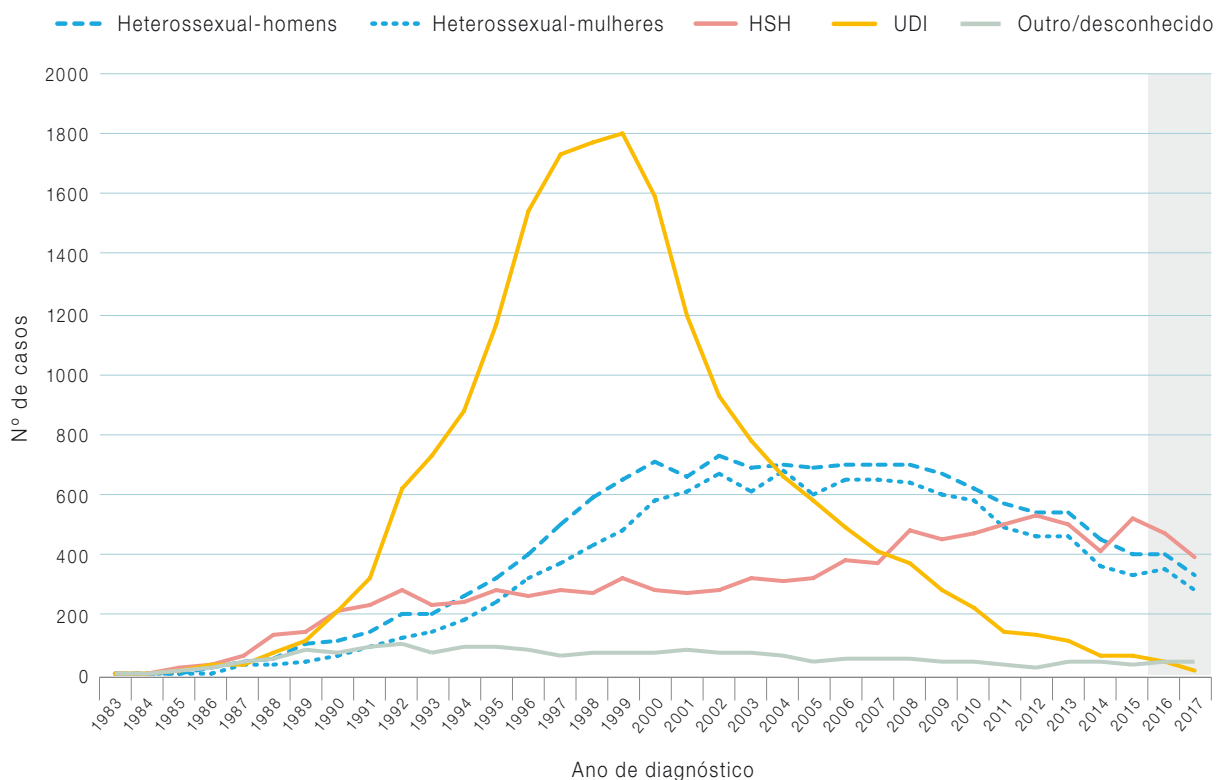


Figura 17 – Casos de infeção por VIH (1983 a 2017), distribuição segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.

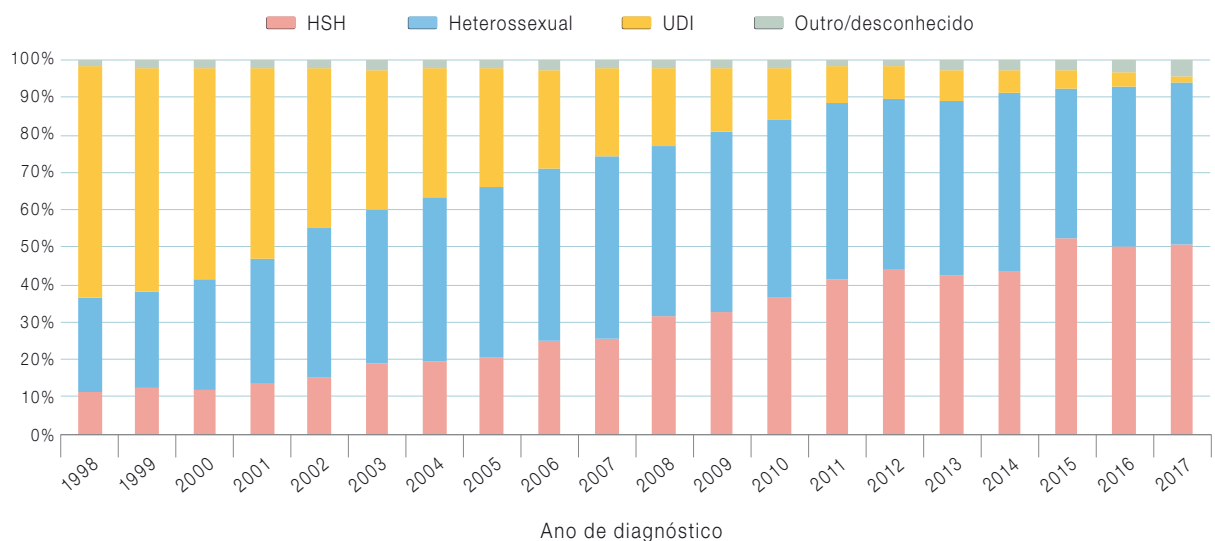


Figura 18 – Casos de infeção por VIH em homens (1998-2017): distribuição percentual segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.

Tipo de vírus

Encontram-se notificados 55197 casos de infeção por vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (VIH-1) e 1925 casos de infeção por VIH do tipo 2 (VIH-2), valores que correspondem, respetivamente, a 95,3% e 3,3% do total de casos notificados ([quadro 27](#)). Os casos registados como VIH-1+VIH-2 correspondem maioritariamente a casos de infeção por VIH em que o tipo de vírus não foi identificado ou, mais raramente, a infeção dupla.

Quadro 27 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	VIH-1	VIH-2	VIH-1+2	Não referido	Total
≤2007	39541	1399	414	203	41557
2008	2148	75	11	4	2238
2009	1957	63	12	2	2034
2010	1838	77	18	4	1937
2011	1671	56	6	4	1737
2012	1633	53	6	3	1695
2013	1597	36	8	19	1660
2014	1251	40	9	31	1331
2015	1294	39	3	7	1343
2016	1245	49	4	15	1313
2017	1022	38	2	6	1068
Total	55197	1925	493	298	57913

Anualmente são diagnosticados em Portugal casos de infeção por VIH-2. A análise das características dos casos acumulados de infeção por esse vírus mostrou que as infeções foram diagnosticadas maioritariamente em mulheres (51,6%; n=993), contudo, nos casos que referiam Portugal como país de naturalidade verificou-se que a maioria (52,7%) correspondia a homens.

À data do diagnóstico de infeção por VIH-2, 51,7% (n=997) dos indivíduos apresentavam ida-

des entre os 35 e os 54 anos e 54,4% (n=1047) residiam no distrito de Lisboa. Foi disponibilizada informação relativa à naturalidade em 1254 casos, dos quais se apurou que 62,4% (n=783) eram originários de países da África subsariana, a maioria destes (70,5%; n=552) da Guiné-Bissau. Foi referida transmissão por contacto heterossexual em 82,9% (n=1596) dos casos que reportaram infeção por VIH-2.

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, a 31 de dezembro de 2017 encontravam-se diagnosticados cumulativamente 567 casos de infeção por VIH em crianças que tinham idade inferior a 15 anos à data do diagnóstico inicial. A sua distribuição por ano de diagnóstico e sexo é apresentada no [quadro 28](#), onde é possível constatar que os casos se distribuem equitativamente entre sexos. Embora tenham sido considerados na análise global das tendências, apresentam-se de seguida, de forma mais detalhada, as suas características.

O [quadro 29](#) mostra a distribuição dos casos pediátricos por grupo etário e ano de diagnóstico, observando-se que 43,4% dos casos foram diagnosticados antes do primeiro ano de vida.

Em 61,2% das crianças está disponível informação relativa ao país de naturalidade, e destas, a maioria (67,8%) nasceu em Portugal. Os nascidos fora do país eram maioritariamente nativos de países da região subsariana de África ([quadro 30](#)).

Quadro 28 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2017): 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	9	15	24
1991	6	7	13
1992	13	9	22
1993	9	5	14
1994	16	16	33
1995	17	15	33
1996	12	13	25
1997	5	8	13
1998	10	17	27
1999	17	15	32
2000	6	10	16
2001	7	15	22
2002	13	23	36
2003	17	13	30
2004	10	13	23
2005	5	4	9
2006	9	7	16
2007	12	8	20
2008	9	11	20
2009	6	9	15
2010	6	11	17
2011	6	5	11
2012	3	2	5
2013	6	5	11
2014	2	5	7
2015	1	2	3
2016	0	3	3
2017	2	2	4
Total	280	285	567

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

Como é possível constatar no [quadro 31](#), a análise da distribuição dos casos diagnosticados em crianças pelas principais formas de transmissão e ano de diagnóstico, revelou que a via de transmissão mais frequentemente referida foi a transmissão mãe-filho (78,1%). 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. Os casos de transmissão mãe-filho com diagnóstico na última década constituem apenas 23,1% do total de casos notificados referindo esta forma de transmissão. Contudo, verificou-se que uma elevada percentagem destes casos mais recentes, e em que é conhecido o país de nascimento (45,5%; 30/66), corresponde a crianças nascidas noutros países, logo em que a gravidez não decorreu em Portugal, e em que o diagnóstico no nosso país ocorreu após o primeiro ano de vida.

Quadro 29 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2017): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.

Grupo etário	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
0-11 meses	214	8	5	6	4	2	2	2	0	1	2	246	43,4
1-4 anos	107	4	2	6	0	0	2	3	0	2	1	127	22,4
5-9 anos	64	5	5	3	4	2	2	1	1	0	1	88	15,5
10-12 anos	31	1	2	2	1	0	3	1	1	0	0	42	7,4
13-14 anos	55	2	1	0	2	1	2	0	1	0	0	64	11,3
Total	471	20	15	17	11	5	11	7	3	3	4	567	100,0

Quadro 30 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2017): distribuição por origem geográfica e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Portugal	África subsariana	Outra	Não referida	Total
≤2007	199	57	18	197	471
2008	9	7	1	3	20
2009	6	6	0	3	15
2010	7	3	0	7	17
2011	4	3	0	4	11
2012	3	2	0	0	5
2013	3	6	0	2	11
2014	3	4	0	0	7
2015	1	2	0	0	3
2016	1	2	0	0	3
2017	2	2	0	0	4
Total	238	94	19	216	567

Quadro 31 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2017): distribuição por modo de transmissão e ano de diagnóstico.

Modo de transmissão	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
Mãe-Filho	360	16	14	15	10	4	8	7	3	3	3	443	78,1
Transfusão ou hemoderivados	55	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56	9,9
Heterossexual	20	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	23	4,1
HSH	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	1,1
UDI	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	3,0
Outro/Não determinado	5	1	0	2	0	1	3	0	0	0	0	12	2,1
Não referido	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1,8
Total	471	20	15	17	11	5	11	7	3	3	4	567	100,0

Nota: Os casos que referem transmissão por transfusão e diagnosticados depois do ano de 2000 indicam transfusão anterior a 1990 ou recebida no estrangeiro.

4.3. Casos de SIDA

A análise estatística dos casos de SIDA inclui aqueles em que o diagnóstico do estágio ocorre em simultâneo com o diagnóstico da infeção por VIH, bem como os casos em que a evolução para SIDA acontece algum tempo após o diagnóstico da infeção. Até 31 de dezembro de 2017, foram diagnosticados cumulativamente em Portugal 22102 casos de SIDA, a maioria (68,8%) concomitantemente com o diagnóstico da infeção por VIH.

Distribuição temporal

Observa-se uma tendência decrescente no número anual de novos diagnósticos de SIDA, a partir de 2003 ([quadro 32](#)) e, conseqüentemente, nas taxas apuradas para os mesmos anos ([figura 19](#)). A análise comparativa do número de casos de SIDA diagnosticados nos anos 2007 e 2016 revela um decréscimo de 60%, valor idêntico ao observado na comparação das taxas calculadas para os mesmos anos, respetivamente 8,0 casos/10⁵ habitantes em 2007 e 3,3 casos por 10⁵ habitantes em 2016. A taxa de novos diagnósticos de SIDA observada em 2017 foi de 2,3 casos por 10⁵ habitantes, contudo, o valor não se encontra ajustado para o atraso na notificação e por isso não foi usada na análise comparativa.

Desde há largos anos que, entre os países da União Europeia, Portugal tem apresentado a segunda taxa de diagnósticos de SIDA mais elevada a seguir à Letónia, sendo consistentemente o país da Europa Ocidental com a taxa de novos diagnósticos de SIDA mais alta⁸.

Quadro 32 – Casos de SIDA (1983-2017): distribuição por sexo, segundo ano de diagnóstico do estágio.

Ano de diagnóstico SIDA	Homens	Mulheres	Total	Ratio H/M
1983	1	0	1	--
1984	2	1	3	2,0
1985	29	1	30	29,0
1986	34	6	40	5,7
1987	66	15	81	4,4
1988	124	13	137	9,5
1989	169	30	199	5,6
1990	227	30	257	7,6
1991	262	50	312	5,2
1992	380	81	462	4,7
1993	480	103	583	4,7
1994	596	131	727	4,5
1995	713	140	853	5,1
1996	858	185	1043	4,6
1997	900	166	1066	5,4
1998	956	200	1156	4,8
1999	1044	240	1284	4,4
2000	968	237	1205	4,1
2001	982	202	1184	4,9
2002	980	220	1200	4,5
2003	878	250	1128	3,5
2004	858	222	1080	3,9
2005	802	204	1006	3,9
2006	684	246	930	2,8
2007	647	199	846	3,3
2008	619	222	841	2,8
2009	521	199	720	2,6
2010	526	225	751	2,3
2011	468	167	635	2,8
2012	431	176	607	2,4
2013	344	151	495	2,3
2014	270	82	352	3,3
2015	230	87	317	2,6
2016	241	96	337	2,5
2017	170	64	234	2,7
Total	17460	4641	22102	3,8

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

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

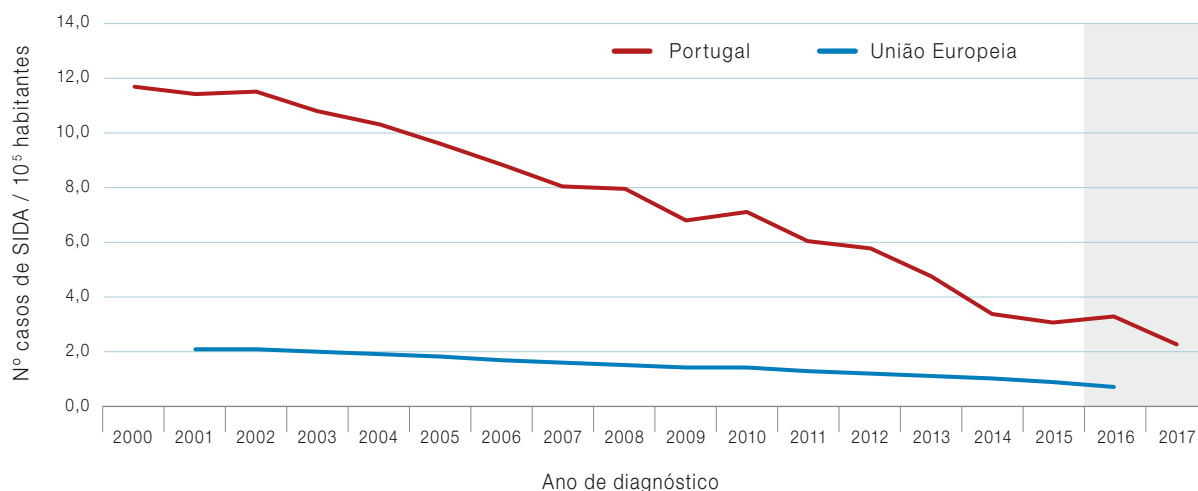


Figura 19 – Casos de SIDA (2000-2017): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.

Distribuição por sexo

Os casos de SIDA notificados registaram-se maioritariamente em homens (79,0%) e o *ratio* H/M calculado para o total acumulado é de 3,8 (quadro 32), valor superior ao atrás referido para os casos de infeção por VIH (H/M=2,6).

Os casos no sexo masculino mostraram, a partir de 2003, tendência decrescente no número anual de diagnósticos de SIDA, no entanto, o número de casos de SIDA em mulheres manteve-se relativamente estável entre 1998 e 2010, ano a

partir do qual se observa igualmente um decréscimo. A análise comparativa dos valores registados em 2007 e 2016 mostra que a redução foi de 63% nos casos de SIDA em homens e de 52% nos casos de SIDA em mulheres. A variação das taxas de novos diagnósticos de SIDA (figura 20) apuradas para os mesmos anos, de 12,8 casos/10⁵ habitantes em 2007 para 4,9 em 2016 nos casos de homens e de 3,6 em 2007 para 1,8 em 2016 para as mulheres, representam descidas de, respetivamente, 61% e 51%.

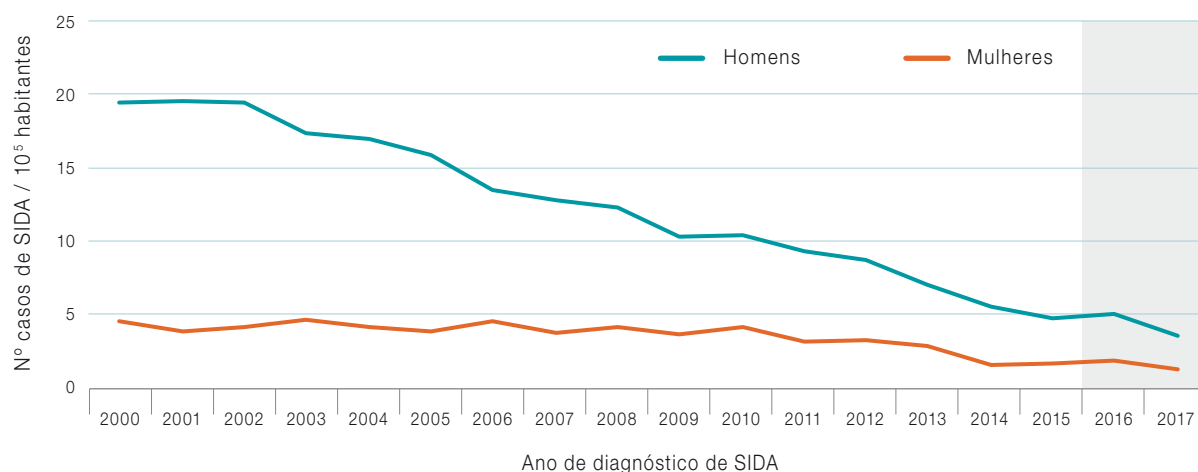


Figura 20 – Casos de SIDA (2000-2017): taxa de novos casos notificados por ano de diagnóstico do estágio e sexo.

Idade ao diagnóstico de SIDA

No quadro 33 é apresentada a distribuição dos casos de SIDA de acordo com o sexo, ano de diagnóstico e grupos etários. A maioria dos diagnósticos de SIDA (59,1%) ocorreu em indivíduos com idades entre 30 e 49 anos à data do

diagnóstico do estágio. No entanto, em 2017 o valor da idade mediana dos novos casos de SIDA (47,0 anos) é 15 anos mais elevado do que o apurado para os casos com diagnóstico duas décadas antes (32,0 anos), denotando um aumento temporal marcado.

Quadro 33 – Casos de SIDA (1983-2017): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
<15 anos	Sub-total	135	4	1	2	1	2	3	1	1	1	2	153	0,7
	H	71	2	0	1	1	2	2	1	1	0	2	83	
	M	64	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0	70	
15-19 anos	Sub-total	172	1	4	2	2	4	2	3	2	0	1	193	0,9
	H	112	1	0	2	1	2	1	3	1	0	1	124	
	M	60	0	4	0	1	2	1	0	1	0	0	69	
20-24 anos	Sub-total	1297	24	18	14	13	17	3	9	9	10	1	1415	6,4
	H	946	12	14	6	10	13	3	7	8	7	1	1027	
	M	351	12	4	8	3	4	0	2	1	3	0	388	
25-29 anos	Sub-total	3086	78	46	44	31	25	25	22	18	26	16	3417	15,5
	H	2432	57	28	23	23	17	15	17	11	20	14	2657	
	M	653	21	18	21	8	8	10	5	7	6	2	759	
30-39 anos	Sub-total	6522	302	251	225	168	173	135	92	75	78	46	8067	36,5
	H	5460	224	184	162	121	122	90	67	54	52	34	6570	
	M	1062	78	67	63	47	51	45	25	21	26	12	1497	
40-49 anos	Sub-total	3264	254	216	264	229	202	166	113	105	107	67	4987	22,6
	H	2725	195	158	197	166	145	118	90	81	83	45	4003	
	M	539	59	58	67	63	57	48	23	24	24	22	984	
50-59 anos	Sub-total	1403	117	117	130	129	106	95	57	62	65	55	2336	10,6
	H	1154	80	90	86	98	73	64	46	46	48	36	1821	
	M	249	37	27	44	31	33	31	11	16	17	19	515	
≥60 anos	Sub-total	881	61	67	70	62	78	66	55	45	50	46	1481	6,7
	H	692	48	47	49	48	57	51	39	28	31	37	1127	
	M	189	13	20	21	14	21	15	16	17	19	9	354	
Desconhecido	Sub-total	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0,2
	Total	16813	841	720	751	635	607	495	352	317	337	234	22102	100,0

Legenda: H – Homens; M – Mulheres.

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

Distribuição geográfica

A distribuição geográfica dos casos segundo a residência à data da notificação é apresentada no [quadro 34](#) e mostra-se semelhante à regis-

tada para o total dos casos de infeção por VIH, com os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal a registarem, cumulativamente e anualmente, o maior número de casos e as taxas de diagnóstico de SIDA mais elevadas ([quadro 35](#)).

Quadro 34 – Casos de SIDA (1983-2017): distribuição segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
Aveiro	364	29	27	26	26	27	21	12	17	21	15	585	2,6
Beja	100	0	5	5	5	3	4	1	1	3	0	127	0,6
Braga	397	28	14	18	32	29	11	17	5	6	12	569	2,6
Bragança	64	2	3	6	2	2	2	1	1	1	0	84	0,4
Castelo Branco	93	6	3	1	2	7	3	3	2	1	6	127	0,6
Coimbra	275	16	20	10	13	17	9	8	12	13	6	399	1,8
Évora	112	1	3	1	1	2	2	3	1	5	3	134	0,6
Faro	625	43	43	38	45	38	48	13	11	13	9	926	4,2
Guarda	61	3	3	2	1	3	2	3	3	1	1	83	0,4
Leiria	338	16	9	12	17	14	16	13	8	5	8	456	2,1
Lisboa	6984	331	285	347	275	253	219	165	145	140	76	9220	41,7
Portalegre	45	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	51	0,2
Porto	3882	206	171	157	98	113	81	51	50	60	31	4900	22,2
Santarém	353	16	14	20	22	12	10	10	6	5	6	474	2,1
Setúbal	2214	73	73	67	59	59	49	34	33	39	38	2738	12,4
Viana do Castelo	111	6	3	5	4	5	3	4	6	1	2	150	0,7
Vila -Real	90	5	8	12	4	3	0	5	1	4	3	135	0,6
Viseu	183	10	9	9	11	6	5	4	4	6	4	251	1,1
R.A. Açores	89	11	5	4	2	3	1	2	2	2	3	124	0,6
R.A. Madeira	140	11	11	7	9	4	5	1	6	3	2	199	0,9
Estrangeiro	112	5	4	1	3	1	0	0	2	4	1	133	0,6
Desconhecido	181	22	6	3	4	5	4	1	1	3	7	237	1,1
Total	16813	841	720	751	635	607	495	352	317	337	234	22102	100,0

Quadro 35 – Casos de SIDA (2008-2017): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aveiro	4,0	3,8	3,6	3,6	3,8	3,0	1,7	2,4	3,0	2,2
Beja	0,0	3,2	3,3	3,3	2,0	2,7	0,7	0,7	2,1	0,0
Braga	3,3	1,6	2,1	3,8	3,4	1,3	2,0	0,6	0,7	1,4
Bragança	1,4	2,2	4,4	1,5	1,5	1,5	0,8	0,8	0,8	0,0
Castelo Branco	3,0	1,5	0,5	1,0	3,7	1,6	1,6	1,1	0,5	3,3
Coimbra	3,7	4,6	2,3	3,0	4,0	2,2	1,9	2,9	3,2	1,5
Évora	0,6	1,8	0,6	0,6	1,2	1,2	1,9	0,6	3,2	1,9
Faro	9,8	9,6	8,4	10,1	8,6	10,9	2,9	2,5	2,9	2,0
Guarda	1,8	1,8	1,2	0,6	1,9	1,3	2,0	2,0	0,7	0,7
Leiria	3,4	1,9	2,5	3,6	3,0	3,4	2,8	1,7	1,1	1,7
Lisboa	14,8	12,7	15,4	12,2	11,3	9,8	7,4	6,5	6,2	3,4
Portalegre	0,8	0,8	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9
Porto	11,3	9,4	8,6	5,4	6,2	4,5	2,9	2,8	3,4	1,7
Santarém	3,5	3,1	4,4	4,9	2,7	2,2	2,3	1,4	1,1	1,4
Setúbal	8,7	8,6	7,9	6,9	6,9	5,7	4,0	3,9	4,6	4,5
Viana do Castelo	2,4	1,2	2,0	1,6	2,1	1,2	1,7	2,5	0,4	0,9
Vila -Real	2,4	3,8	5,8	1,9	1,5	0,0	2,5	0,5	2,1	1,6
Viseu	2,6	2,4	2,4	2,9	1,6	1,4	1,1	1,1	1,7	1,1
R.A. Açores	4,5	2,0	1,6	0,8	1,2	0,4	0,8	0,8	0,8	1,2
R.A. Madeira	4,1	4,1	2,6	3,4	1,5	1,9	0,4	2,3	1,2	0,8
Total	8,0	6,8	7,1	6,0	5,8	4,7	3,4	3,1	3,3	2,3

Modo de transmissão

A maior número de casos de SIDA registou-se em utilizadores de drogas injetadas (n=9234), 84,3% dos quais em homens, contudo, este valor acumulado reflete mais as características da epidemia nacional em décadas passadas do

que as atuais, onde predomina a transmissão sexual ([quadro 36](#)). Entre 2008 e 2017 foram diagnosticados 5289 casos de SIDA, dos quais 58,4% (n=3091) em casos com transmissão heterossexual, 24,6% (n=1303) em utilizadores de drogas e 14,2% (n=751) em homens que fazem sexo com outros homens.

Quadro 36 – Casos de SIDA (1983-2017): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico										Total		
		≤2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
Heterossexual	Sub-total	5906	443	391	419	381	348	314	227	199	219	150	8997	40,7
	H	4137	275	229	236	240	201	187	158	120	130	92	6005	
	M	1768	168	162	183	141	147	127	69	79	89	58	2991	
HSH	Sub-total (H)	2170	108	83	85	88	87	60	57	66	74	43	2921	13,2
UDI	Sub-total	8102	271	132	232	159	159	107	62	44	35	24	9427	42,7
	H	6861	224	200	195	133	136	87	50	37	31	21	7975	
	M	1241	47	32	37	26	23	20	12	7	4	3	1452	
Transfusão ou hemoderivados	Sub-total	210	1	2	0	1	2	1	0	0	0	0	217	1,0
	H	156	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	160	
	M	54	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	57	
Mãe-filho	Sub-total	107	4	2	1	1	1	3	1	1	2	1	124	0,6
	H	50	2	0	1	1	1	2	1	1	0	1	60	
	M	57	2	2	0	0	0	1	0	0	2	0	64	
Outro/Não determinado	Sub-total	14	2	0	3	0	4	4	2	1	1	0	31	0,1
	H	9	1	0	2	0	1	3	1	0	1	0	18	
	M	5	1	0	1	0	3	1	1	1	0	0	13	
Não referido	Sub-total	304	12	10	11	5	6	6	3	6	6	16	385	1,7
Total		16813	841	720	751	635	607	495	352	317	337	234	22102	100,0

Legenda: H – Homens; M – Mulheres.

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

Doenças definidoras de SIDA

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

A patologia mais frequentemente referida nos casos de SIDA acumulados foi a tuberculose pulmonar (n=5702), seguida da pneumonia por

Pneumocystis jirovecii (n=4564) e da tuberculose extrapulmonar (n=4528).

Contudo, na última década verificou-se um decréscimo no número absoluto e relativo de casos que registavam a tuberculose, em qualquer das suas formas clínicas, e um aumento da proporção de casos que referiram pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, doença esta que, nos dois anos mais recentes, se tornou a mais frequente (figura 21).

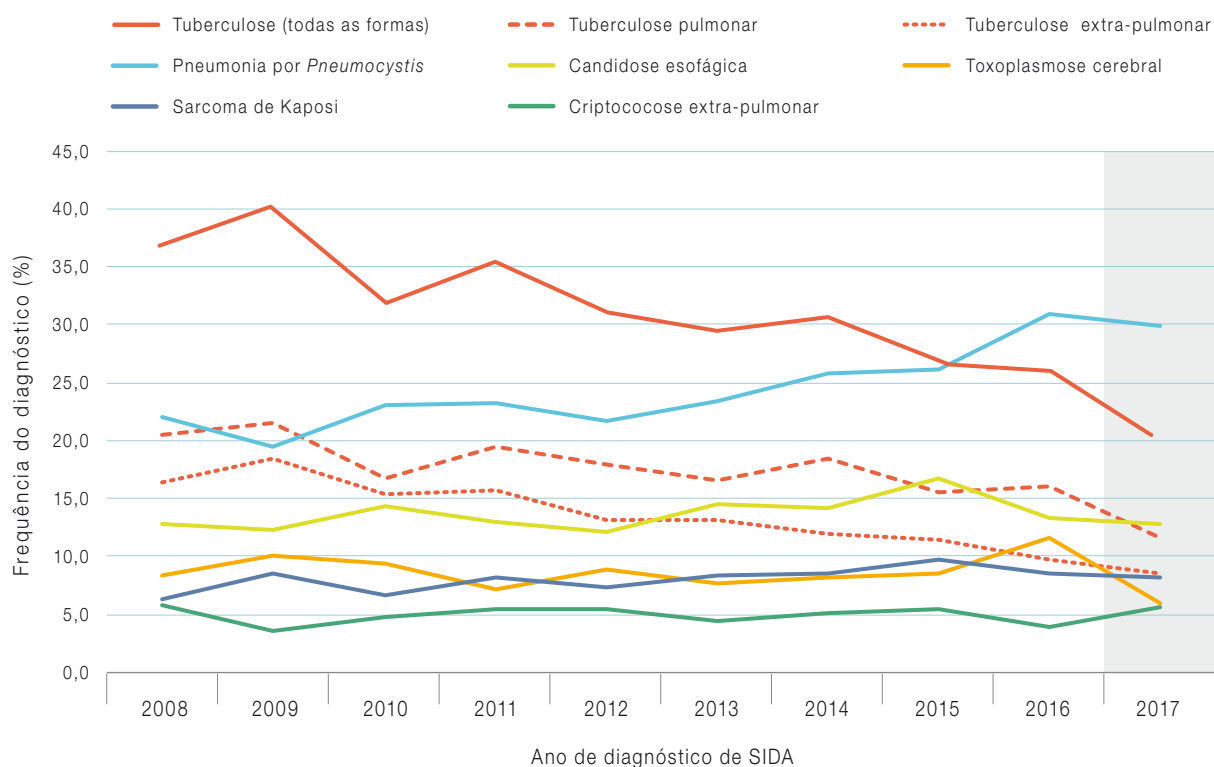


Figura 21– Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2007-2017): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

4.4. Casos de SIDA em crianças

O total de casos de SIDA notificados inclui 153 casos que foram diagnosticados em crianças com idades inferiores a 15 anos, 83 do sexo masculino (54,3%) e 76,5% (n=117) referiam transmissão mãe-filho. A pneumocistose e a pneumonia intersticial linfóide e/ou hiperplasia linfóide pulmonar (complexo PIL/HLP) foram as doenças mais frequentemente referidas nos

casos de SIDA pediátricos. Entre 2008 e 2017 foram apenas diagnosticados 18 casos de SIDA em crianças, o que corresponde a 11,8% do total acumulado, e destes, 66,7% eram do sexo masculino e 50% tinham nascido em países da África subsariana.

4.5. Óbitos nos casos de infeção por VIH e SIDA

De acordo com as notificações recebidas no INSA, entre 1984 e 2017 ocorreram 14519 óbitos em casos de infeção por VIH e 10550 destes registaram-se em casos que atingiram o estágio SIDA (quadro 37). Estes valores são substancialmente mais elevados que os divulgados no último relatório da vigilância epidemiológica da infeção por VIH e SIDA¹³ e a diferença resultou da publicação do Despacho 8379/2017, que determinou que os serviços hospitalares investigassem os casos anteriormente notificados, sem registo de óbito e que não reuniam evidência de seguimento clínico recente, apurando os motivos para o eventual abandono. Assim, entre outubro de 2017 e março de 2018 foram comunicados 3202 óbitos, correspondendo a um aumento de 27,6% do total de óbitos registados, e o impacto desta ação nas estatísticas nacionais é ilustrado na figura 22. O apuramento e registo desta informação em falta, embora não possível para a totalidade dos casos investigados, aproximadamente 13.000, por impossibilidade de identificação retrospectiva de alguns casos, foi da maior importância para a melhoria da qualidade dos dados relativos à prevalência da infeção no país, tal como demonstrado no Relatório do Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA, publicado em julho do corrente ano¹⁴.

Quadro 37 – Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1983-2017): distribuição por ano de morte.

Ano de diagnóstico SIDA	Mortes em casos de infeção por VIH	Mortes em casos de SIDA
1984	1	1
1985	12	11
1986	20	20
1987	50	48
1988	66	60
1989	115	101
1990	147	128
1991	234	199
1992	322	285
1993	336	305
1994	443	400
1995	607	545
1996	704	631
1997	591	511
1998	557	457
1999	620	501
2000	631	520
2001	700	531
2002	677	561
2003	664	501
2004	587	446
2005	642	446
2006	534	370
2007	574	368
2008	617	347
2009	559	326
2010	558	337
2011	507	302
2012	481	254
2013	472	268
2014	351	197
2015	325	165
2016	344	178
2017	261	134
Desconhecido	210	96
Total	14519	10550

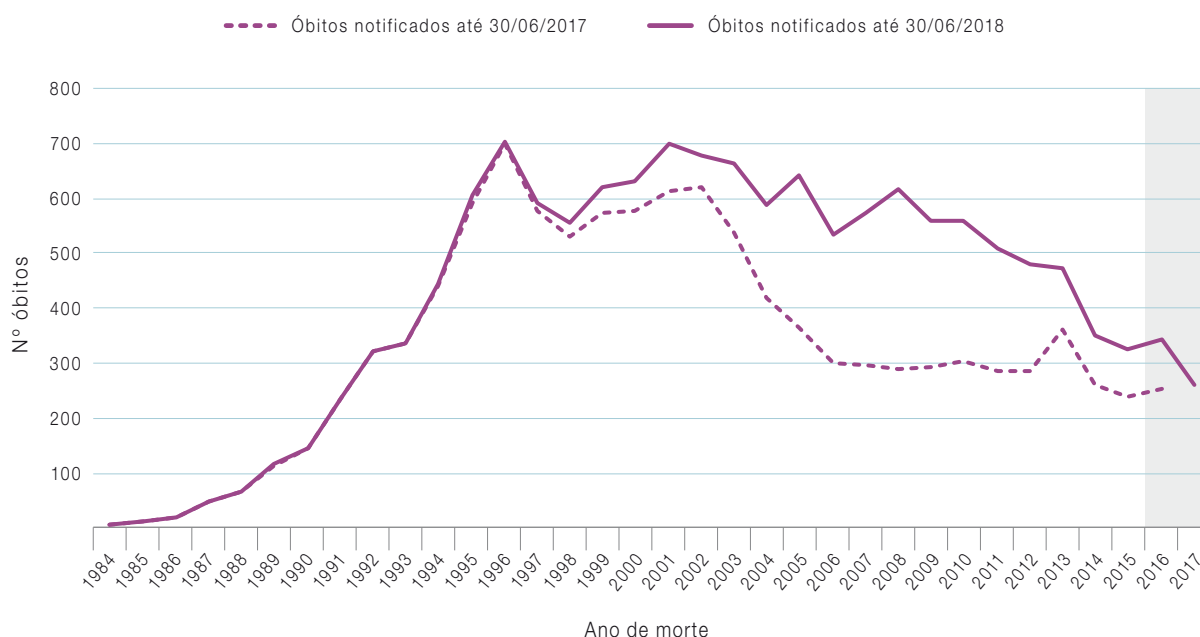


Figura 22 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2017): impacto do Despacho nº 8573/2017 na informação estatística nacional.

Características dos óbitos nos casos de infeção por VIH

A informação referente à distribuição das mortes em pessoas que vivem com infeção por VIH, segundo o ano do óbito, sexo e modo de transmissão, está sumarizada no [quadro 38](#), onde se pode verificar que o maior número de óbitos ocorreu em homens ($n=11835$; 81,5%) e em UDI ($n=7193$; 49,5%). O número anual de óbitos em casos de infeção por VIH associados à transmissão heterossexual superou, desde 2011, o número de óbitos registados em UDI.

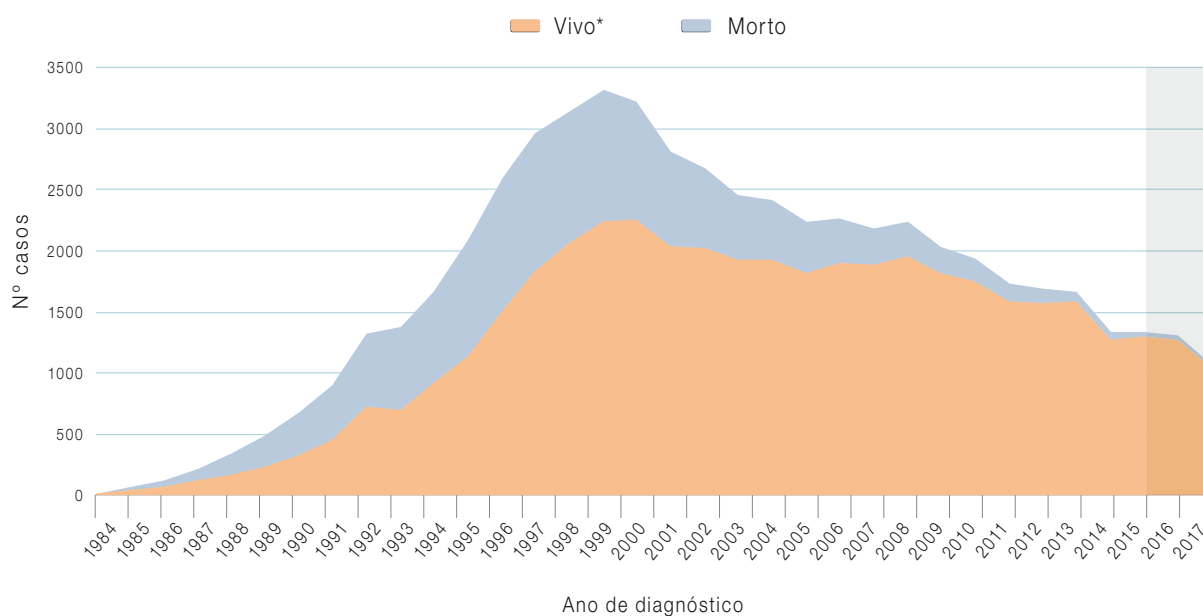
A distribuição dos casos notificados de acordo com o estado vital, segundo o ano de diagnóstico é apresentada na [figura 23](#), no entanto, ressalva-se que os casos indicados como vivos poderão incluir casos cujo óbito, já ocorrido, não tenha sido notificado ou ainda casos de pessoas que tenham abandonado o país.

O intervalo de tempo entre o diagnóstico de infeção por VIH e a morte tem vindo a aumentar ao longo das três décadas da epidemia, realidade para a qual contribuiu a terapêutica HAART (*highly active antiretroviral therapy*), disponível a partir de 1996, bem como o investimento na prevenção e no diagnóstico precoce ([figura 24](#)). Assim, se anteriormente a 2000 mais de 60% dos indivíduos com infeção por VIH morriam no primeiro ano após o diagnóstico, desde 2013 a proporção situa-se abaixo dos 20%. A análise das características dos casos em que a morte ocorreu na última década e nos 5 anos após o diagnóstico da infeção por VIH, mostrou que em todos os anos mais de 60% correspondem a casos de transmissão heterossexual, o que está alinhado com as proporções de diagnósticos tardios atrás referidas ([figura 25](#)).

Quadro 38 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano de morte.

Ano de morte	Total	Sexo		Modo de transmissão			
		Homens	Mulheres	Heterossexual	HSH	UDI	Outra/NR
≤2006	9834	8215	1618	2885	1268	5129	552
2008	617	473	144	260	43	292	22
2009	559	419	140	253	32	261	13
2010	558	437	121	258	31	258	11
2011	507	392	115	231	45	219	12
2012	481	376	105	224	33	210	14
2013	472	377	95	229	33	203	7
2014	351	269	82	163	29	151	8
2015	325	251	74	166	26	129	4
2016	344	264	80	169	28	142	5
2017	261	187	74	132	29	90	10
Não referido	210	175	35	77	16	109	8
Total	14519	11835	2683	5047	1613	7193	666

Legenda: NR-Não referido.



* Legenda: Não foi comunicado o óbito.

Figura 23 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição dos casos segundo estado vital por ano de diagnóstico da infeção.

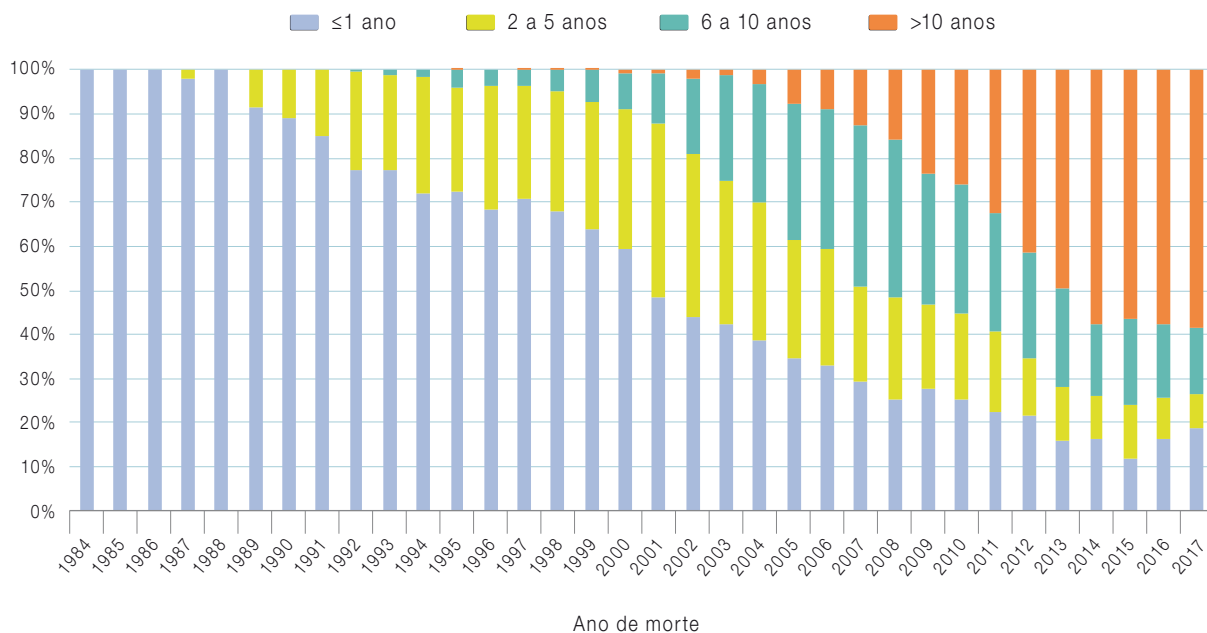


Figura 24 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2017): distribuição percentual de acordo com o tempo entre o diagnóstico e a morte para o total de casos, segundo o ano de morte.

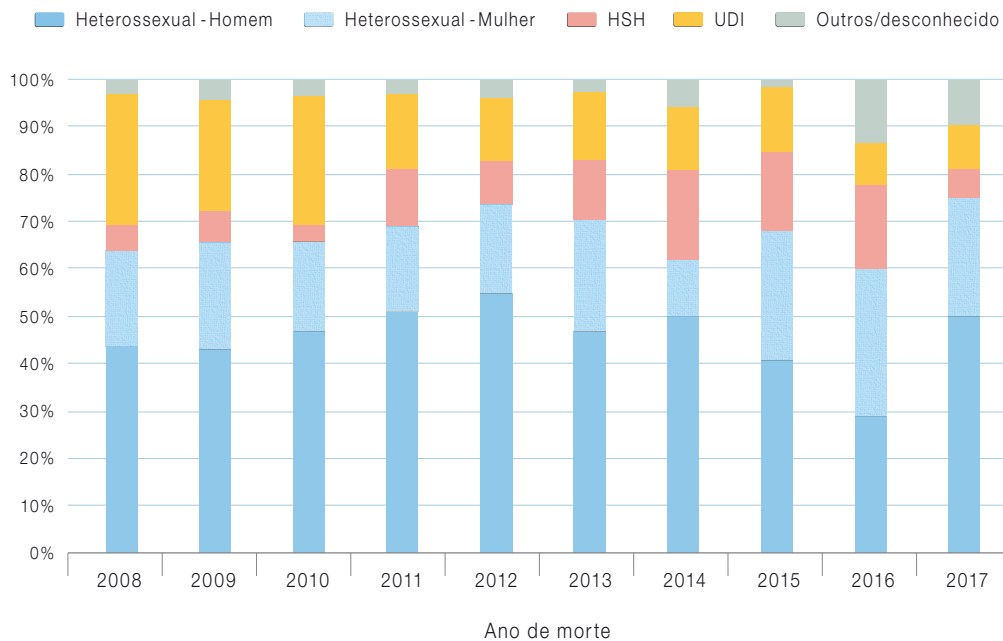


Figura 25 – Óbitos em casos de infeção por VIH ocorridos nos 5 anos após o diagnóstico (2008-2017): distribuição percentual por modo de transmissão, segundo o ano de morte.

5

Conclusões

Os dados da vigilância epidemiológica apresentados neste relatório, que atualizam os divulgados no relatório anual do Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA (PNVIHSIDA)¹⁴, revelam que em Portugal, 35 anos após o diagnóstico do primeiro caso de infeção por VIH e SIDA, ascende a 57913 o total acumulado de casos de infeção por VIH notificados e diagnosticados até final do ano transato, e ainda que em 1068 casos o diagnóstico ocorreu durante o ano 2017. Embora se mantenha a tendência decrescente no número anual de novos diagnósticos de infeção por VIH e novos diagnósticos de SIDA, observada a partir do ano 2000, as taxas apuradas para os anos mais recentes mantêm-se das mais elevadas registadas na União Europeia⁸.

Constituindo um enorme desafio para a Saúde Pública no país, a epidemia por VIH e SIDA apresentou características diversas ao longo do tempo, certamente influenciadas por diferentes intervenções ao nível da prevenção e mitigação dos seus impactos. O rastreio do sangue e seus derivados, as medidas de prevenção da transmissão mãe-filho, a disponibilização de medicação antirretrovírica gratuita, segundo critérios de acordo com o estado da arte, e a educação para a redução de comportamentos de risco, tiveram certamente impacto na evolução observada nas mais de três décadas de duração da epidemia por VIH em Portugal. Contudo, o resultado mais marcante das intervenções nacionais será a redução acelerada do número de novos casos de infeção por VIH e SIDA em UDI, observada a partir de 2000, decorrente de uma estratégia nacional que se revelou de sucesso e que incluiu a implementação de programas de redução de riscos e minimização de danos, entre os quais a

troca de seringas, os programas de baixo limiar de substituição opiácea, a política de descriminalização do consumo de drogas, bem como o rastreio de doenças infecciosas e subsequente referenciação aos cuidados de saúde, pelo que terá contribuído para o diagnóstico precoce e para a redução da transmissão. Ao contrário do verificado noutros países, em Portugal não houve desinvestimento na prevenção da infeção por VIH relacionada com o consumo de drogas, e as estratégias nacionais têm vindo a ser adaptadas às características dos utilizadores de drogas e aos tipos de consumo atuais. Na última década, verificou-se uma redução de 90% no número de casos de infeção por VIH e de SIDA em utilizadores de drogas, o que comprova a eficácia das medidas e estratégias adotadas. Em 2017, registou-se o menor número de novos diagnósticos em UDI das três últimas décadas que, no entanto, pode ainda vir a sofrer algum incremento devido a atrasos na notificação.

A maioria dos casos diagnosticados nos anos mais recentes ocorre em homens, mais jovens que as mulheres, em pessoas nascidas em Portugal e que referem transmissão sexual, principalmente heterossexual. Contudo, ao observar exclusivamente os casos em homens, verifica-se um aumento do número de casos em homens que fazem sexo com homens, atualmente já a maioria dos novos diagnósticos no sexo masculino. Estes casos destacam-se pela idade jovem, tendo constituído 79,8% dos novos casos com diagnóstico nos últimos cinco anos em homens com idades entre os 15 e os 29 anos. Ainda, apresentaram uma mediana de idades ao diagnóstico de cerca de 32 anos, aproximadamente 10 anos inferior à observada nos casos que

referem as outras formas de transmissão mais frequentes e para os quais se verifica uma tendência crescente na idade ao diagnóstico. Segundo a informação divulgada no relatório anual do ECDC⁸, tem sido observado em muitos países europeus um aumento do número de casos em HSH. Contudo, recentemente em alguns países observou-se uma inflexão na tendência, que se pensa ter sido motivada tanto pela implementação de estratégias dirigidas a estes indivíduos, que incluíram o diagnóstico precoce e a promoção da prevenção, como pela implementação de estratégias transversais que incluem a rápida referência aos cuidados de saúde, a decisão de tratar todos independentemente do valor das células TCD4+, bem como o início da terapêutica após a primeira avaliação clínica. O uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) poderá também ter influenciado essa tendência, contudo, o carácter recente da sua disponibilização ainda não permite tirar conclusões. Em Portugal, a implementação da PrEP iniciou-se no final de 2017, na sequência da publicação da Norma n.º 025/2017, da DGS, atualizada em 16/05/2018¹⁵, encontrando-se já disponível em consultas específicas de diversos hospitais do país. Pretende-se que esta medida, em conjugação com outras ações concertadas e orientadas para as populações em maior risco, nas quais se incluem os HSH, possa contribuir para a redução da incidência da infeção por VIH no País.

Na última década, em Portugal, a proporção de novos diagnósticos de infeção por VIH em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos apresentou-se crescente, atingindo no último ano 28,0%, percentagem entre as mais altas

observadas na Europa^{8,9}. Os diagnósticos de infeção por VIH em heterossexuais ocorrem em idades mais elevadas e apurou-se que, nos últimos 5 anos, representaram 82,2% dos novos casos em indivíduos com idades acima dos 49 anos. A maioria dos novos casos em heterossexuais tem critérios de diagnóstico tardio, particularmente os referentes a homens, facto que tem consequências negativas tanto para a saúde individual como para a disseminação da infeção, por contribuírem para a manutenção das cadeias de transmissão. Assim, torna-se necessária a implementação de estratégias que contribuam para o diagnóstico atempado destes casos.

A iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com o VIH em Portugal”¹², a que várias cidades do país já aderiram, motivou uma análise mais granular da epidemia nacional, o que permitiu evidenciar diferenças regionais nas taxas de diagnóstico. Assim, de acordo com as taxas de diagnóstico apuradas para o quinquénio 2013-2017, os municípios do continente com taxas mais elevadas concentram-se maioritariamente na região do litoral e na área metropolitana de Lisboa. O conhecimento das características da epidemia ao nível concelhio possibilitará o desenho de estratégias para a prossecução dos objetivos da iniciativa mais adequadas à realidade de cada município.

No final do ano de 2017, o Despacho n.º 8379/2017 de 25 de setembro, determinou uma série de ações com vista à melhoria da qualidade da informação epidemiológica nacional, levando a um esforço extraordinário das unidades hospitalares que seguem ou seguiram doentes VIH, na investigação retrospectiva de cerca de 13000

casos, sem óbito registado e para os quais não havia evidência de seguimento clínico recente. Como resultado de maior destaque, esse esforço possibilitou o registo de um número muito elevado de óbitos anteriormente não comunicados, que resultou num aumento de 28% no total nacional. Ainda, permitiu a identificação de casos efetivamente em seguimento, de casos que saíram do país, de abandonos do seguimento clínico, bem como a correção de informação, especificamente ao nível das variáveis de identificação dos casos, e que possibilitou a junção de cerca de 230 casos que se encontravam duplicados. Todo este trabalho, anteriormente descrito no relatório do PNVIHSIDA¹⁴, melhorou significativamente a qualidade da informação epidemiológica nacional, com impacto significativo nos resultados da modelação matemática destinada à estimativa do número de pessoas que vivem com VIH em Portugal.

De entre as medidas destinadas à melhoria da qualidade dos dados determinadas no Despacho n.º 8379/2017, destacam-se ainda outras em fase de finalização, como sejam, a implementação do SI.VIDA em todos os hospitais da rede de referência para o VIH, a ligação do SI.VIDA ao SINAVE, para agilização e desmaterialização da notificação, e ainda a melhoria de algumas funções do SI.VIDA facilitando a sua utilização. Todas estas medidas terão certamente impacto positivo na qualidade dos dados, permitindo melhor informar as estruturas de decisão e planeamento estratégico no combate à infeção por VIH e SIDA. O processo de melhoria é contínuo e carece do contributo de todos os intervenientes.

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., 1.ª série B, n.º 53. 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, 1.º 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;37: 23-8.
5. Decisão de execução da Comissão de 22 de junho de 2018, que revoga a Decisão 2000/96/CE e a Decisão 2002/253/CE, que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão n.º 1028/2013/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. J.O. L 170/1 de 6.7.2018.
6. Despacho n.º 5855/2014, de 5 de maio, da Direção-Geral da 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 A, Coenen T, Costagiola D, et al. ; European Late Presenter Consensus Working Group. 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: ECDC, 2016.
9. 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):e514-e521. doi: 10.1016/S2352-3018(17)30155-8.
10. 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).
11. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Cities ending the AIDS epidemic*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016.
12. Grupo de Trabalho para definir uma Estratégia Integrada para a Eliminação da Epidemia de VIH e SIDA nas Cidades de Cascais, Lisboa e do Porto. *Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH: relatório*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017.
13. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; colab. Direção-Geral da Saúde. *Infeção por VIH/SIDA em Portugal: situação a 31 de dezembro de 2016*. Lisboa: INSA, 2017. (Doc. 148). <http://hdl.handle.net/10400.18/4846>.
14. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA. *Infeção VIH e SIDA: desafios e estratégias 2018*. Lisboa: DGS, 2018.
15. Norma n.º 25/2017, de 28 de novembro, da Direção-Geral da Saúde, atualizada em 16/05/2018. *Profilaxia de Pré-exposição da Infeção por VIH no Adulto*.

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, 1º Suplemento.

Critérios clínicos (SIDA)

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

- a) **Adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 13* anos:** i) Critérios baseados na referência *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1993*; n.º 37, pp. 23 -28.
- b) **Crianças com idade inferior a 13* anos de idade:** ii) Critérios baseados na referência *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. European case definition for AIDS surveillance in children – revision 1995. HIV/AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1995*; n.º 48, pp. 46 -53.

Critérios laboratoriais (VIH)

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

- a) Resultado positivo de um teste de rastreio para a pesquisa de anticorpos anti -VIH ou de um teste de rastreio combinado (anticorpos anti -VIH e antígeno p24 do VIH), confirmado por um teste mais específico de pesquisa de anticorpos (por ex., por Western blot);
- b) Resultado positivo da pesquisa de anticorpos em dois testes imunoenzimáticos (EIA), confirmado por um resultado positivo de um terceiro teste EIA,

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

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

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

- a) Isolamento do VIH;
- b) Detecção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);
- c) Detecção do VIH pelo teste do antígeno 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
- Candidose da traqueia, brônquios ou pulmões
- Candidose do esófago
- Coccidiomicose, disseminada ou extrapulmonar
- Criptococose extra-pulmonar
- Criptosporídiase 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.
- Histoplasmose 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 linfóide e/ou hiperplasia linfóide pulmonar (complexo PIL/HLP) numa criança idade < 13* anos.
- Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (ex *Pneumocystis carinii*)
- Retinite por citomegalovírus, com perda de visão
- Sarcoma de Kaposi
- Septicemia, recorrente, por *Salmonella* (não tifóide)
- Síndrome de emaciação por VIH
- Toxoplasmose cerebral, em doente com mais de 1 mês de idade
- Tuberculose extra-pulmonar
- Tuberculose pulmonar, em adulto ou adolescente com idade > 13* anos

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

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2017.	21
Quadro 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por grupo etário e sexo.	21
Quadro 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.	22
Quadro 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II).	23
Quadro 5 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por origem geográfica e sexo.	23
Quadro 6 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por modo de transmissão e sexo.	24
Quadro 7 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por estágio inicial e sexo.	25
Quadro 8 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: níveis de células TCD4+ nas contagens iniciais, de acordo com o sexo e para as principais formas de transmissão.	26
Quadro 9 – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2017.	27
Quadro 10 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por grupo etário e sexo.	28
Quadro 11 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.	28
Quadro 12 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por residência à data de diagnóstico (NUTS II).	28
Quadro 13 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por origem geográfica e sexo.	29
Quadro 14 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: distribuição por modo de transmissão e sexo.	29
Quadro 15 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns de acordo com sexo.	30
Quadro 16 – Óbitos ocorridos em 2017: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.	31
Quadro 17 – Óbitos ocorridos em 2017: distribuição por sexo e modo de transmissão.	32
Quadro 18 – Óbitos ocorridos em 2017: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção e a morte, de acordo com sexo e para as principais formas de transmissão.	32
Quadro 19 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição segundo ano de diagnóstico e sexo.	36

Quadro 20 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	38
Quadro 21 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.	41
Quadro 22 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.	42
Quadro 23 – Casos de infeção por VIH (2007-2017): taxa de novos casos por 10 ⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação inicial e ano de diagnóstico.	43
Quadro 24 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2013-2017) nos 20 municípios do continente com as taxas mais elevadas.	44
Quadro 25 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição segundo o estágio inicial e ano de diagnóstico.	46
Quadro 26 – Casos de infeção por VIH (1983 – 2017): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	48
Quadro 27 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.	50
Quadro 28 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2017): distribuição por sexo e ano de diagnóstico.	51
Quadro 29 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2017): distribuição por grupo etário e ano de diagnóstico.	52
Quadro 30 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2017): distribuição por origem geográfica e ano de diagnóstico.	52
Quadro 31 – Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2017): distribuição por modo de transmissão e ano de diagnóstico.	52
Quadro 32 – Casos de SIDA (1983-2017): distribuição por sexo, segundo ano de diagnóstico do estágio.	53
Quadro 33 – Casos de SIDA (1983-2017): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	55
Quadro 34 – Casos de SIDA (1983-2017): distribuição segundo a residência à data da notificação de caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.	56
Quadro 35 – Casos de SIDA (2008-2017): taxa de novos casos por 10 ⁵ habitantes segundo a residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.	57
Quadro 36 – Casos de SIDA (1983-2017): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo ano de diagnóstico do estágio.	58
Quadro 37 – Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2017): distribuição por ano de morte.	60
Quadro 38 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2017): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano de morte.	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção por grupo etário para as principais formas de transmissão.	22
Figura 2 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção segundo a origem geográfica para as principais formas de transmissão.	24
Figura 3 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção por sexo e modo de transmissão.	25
Figura 4 – Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção de diagnósticos tardios (TCD4+ < 350 cél/mm ³) de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.	26
Figura 5 – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: proporção por sexo e modo de transmissão.	30
Figura 6 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥ 15 anos) diagnosticados em 2017: frequência de diagnóstico para as três principais formas de transmissão.	31
Figura 7 – Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2017): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.	35
Figura 8 – Casos de infeção por VIH (2000-2017): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.	37
Figura 9 – Casos de infeção por VIH (2000-2017): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.	37
Figura 10 – Casos de infeção por VIH (2008-2017): distribuição do número absoluto (A), proporção (B) e taxa (C) de novos casos por grupo etário e ano de diagnóstico.	39
Figura 11 – Casos de infeção por VIH (1998-2017): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico nas principais formas de transmissão.	40
Figura 12 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2013-2017) por região NUTS III.	42
Figura 13 – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2013-2017) por município do continente.	44
Figura 14 – Casos de infeção por VIH (2008-2017): distribuição do número absoluto (A) e percentual (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.	45
Figura 15 – Casos de infeção por VIH (2010-2017): evolução nas proporções com contagens de células TCD4+ comunicadas e com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada.	47
Figura 16 – Casos de infeção por VIH (2013-2017): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.	47
Figura 17 – Casos de infeção por VIH (1983-2017): distribuição segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.	49
Figura 18 – Casos de infeção por VIH em homens (1998-2017): distribuição percentual segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.	49

Figura 19 – Casos de SIDA (2000-2017): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.	54
Figura 20 – Casos de SIDA (2000-2017): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio e sexo.	54
Figura 21 – Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2008-2017): tendências temporais na frequência de diagnóstico.	59
Figura 22 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2017): impacto do Despacho n.º 8573/2017 na informação estatística nacional.	61
Figura 23 – Casos de infeção por VIH e óbitos (1983-2017): distribuição dos casos segundo o estado vital e ano de diagnóstico da infeção.	62
Figura 24 – Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2017): distribuição percentual de acordo com o tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.	63
Figura 25 – Óbitos em casos de infeção por VIH (2008-2017) ocorridos nos 5 anos após o diagnóstico: distribuição percentual por modo de transmissão, segundo o ano de morte.	63

_Departamento de Doenças Infecciosas

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