



Ministério da Saúde



Comissão Nacional
LUTA CONTRA A SIDA

INFEÇÃO VIH/SIDA

A SITUAÇÃO EM PORTUGAL
31 DE DEZEMBRO DE 2002

DOC. 129

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Instituto Nacional de Saúde
Lisboa

Documento da responsabilidade de:

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

Em colaboração com:

Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

Lisboa, Janeiro de 2003

A informação contida no Documento SIDA 129 é coligida pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde, pelo que a sua utilização deverá ser acompanhada de indicação da fonte.

SUMÁRIO

EDITORIAL	i
A SITUAÇÃO EM PORTUGAL A 31 DE DEZEMBRO DE 2002	1
EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA DE SIDA	4
CASOS DE SIDA POR VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA TIPO 2	16
INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – CASOS CLASSIFICADOS COMO “COMPLEXO RELACIONADO COM SIDA”	26
INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – CASOS CLASSIFICADOS COMO “PORTADORES ASSINTOMÁTICOS”	33
INFECÇÃO VIH/SIDA E GRAVIDEZ	39
A SIDA NO MUNDO	42
VIH/SIDA - DISPOSIÇÕES NORMATIVAS	56

EDITORIAL BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

DEZEMBRO 2002

A ONUSIDA estabeleceu como estratégia internacional para 2002-2003, o combate aos problemas do estigma e da discriminação associados ao VIH/SIDA.

Ciente da importância e da premência deste desígnio, a CNLCS iniciou um Ciclo de Conferências, subordinado ao tema "Ser positivo no combate à discriminação", composto de quatro encontros que abordam sucessivamente a discriminação no local de trabalho (14 de Janeiro), na saúde (18 de Fevereiro), nos seguros (18 de Março) e na Educação (18 de Abril).

O objectivo primordial destes encontros passa pela elaboração de recomendações anti-discriminação, abrangentes e transversais à sociedade, integrando a problemática da infecção VIH/SIDA, as quais serão apresentadas numa sessão pública na sala do Senado da Assembleia da República aos diferentes grupos parlamentares, efectuando-se posteriormente uma discussão no hemiciclo, com a finalidade de transpor estas recomendações para o campo legislativo.

Este ciclo tem ainda como objectivos essenciais:

1º Identificar e dar a conhecer as principais situações de discriminação de que são alvo as pessoas com VIH/SIDA, nas áreas do trabalho, saúde, seguros e educação, que são muitas vezes ignoradas pelo público em geral, bem como tentar definir os motivos que para tal contribuem, os quais são de vária ordem dada a complexidade da questão;

2º Sensibilizar a sociedade e os órgãos de soberania para a necessidade de se criarem novos métodos de luta contra a discriminação por VIH/SIDA, sabendo-se que os existentes são manifestamente insuficientes;

3º Incrementar o envolvimento nesta problemática de indivíduos, entidades públicas e organizações não governamentais com papel crucial na orientação de políticas, regulamentação ou legislação anti-discriminação;

4º Realçar as medidas que mais positivamente têm garantido, em Portugal e noutros países, a protecção dos direitos à igualdade e à não discriminação no âmbito da infecção VIH/SIDA e desenvolvê-las ou criá-las;

5º Definir estratégias consensuais que possam ser implementadas a curto/médio prazo, no sentido de evoluir para a erradicação do estigma e da discriminação nas situações onde esta mais se faz sentir;

Por fim, estas conferências têm por grande objectivo servirem de base para a redacção de um relatório, sobre o ponto de situação do estigma e da discriminação no âmbito do VIH/SIDA em Portugal, onde se estabelecerão recomendações sobre os caminhos a seguir na sua erradicação. Este relatório, destina-se a ser apresentado publicamente e distribuído pelos órgãos de soberania, entidades governamentais e não governamentais com responsabilidade nesta área, a nível nacional e internacional.

Estas conferências contra a discriminação têm lugar no ano de 2003, ano que por coincidência é também o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência. Não devendo ou

podendo ser efectuado qualquer paralelismo entre deficiência e infecção pelo VIH/SIDA, é sabido que se encontram em debate, no Parlamento, propostas de lei contra o estigma e a discriminação para protecção das pessoas com deficiência. Gostaríamos que nestas leis fosse observado um conceito de deficiência suficientemente lato, que abranja qualquer limitação para viver a vida em pleno, seja ela de que natureza for, incluindo as da saúde, conceito que deverá incluir de forma inequívoca as pessoas infectadas com o VIH/SIDA, tal como acontece noutros países.

Sabemos que a única deficiência que os seropositivos para o VIH apresentam se encontra no sistema imunitário. Mas foi essa imunodeficiência que com base em mitos e associações erróneas, conduziu a uma plêiade de atitudes e comportamentos discriminatórios, que qualquer legislação deficiente não consegue controlar.

Hoje, mais do que nunca, toma-se necessário defender todos os seres humanos que não apresentam total capacidade física ou psíquica para se relacionarem com o mundo. Os conhecimentos actuais da genética, permitem fazer a triagem entre os embriões defeituosos e os são ou elaborar a nossa carta genética, onde as probabilidades de doença de cada um farão a distinção entre os mais e os menos perfeitos geneticamente. Pensemos na clonagem que, paulatinamente, parece querer ganhar terreno no mundo actual, desenhando no horizonte a possibilidade de replicar os melhores exemplares da espécie humana. Não estaremos a preparar um admirável mundo novo, em que mais que a deficiência, a diferença não poderá ter lugar?

Há quem afirme que a deficiência é uma construção social. Isto é, que apenas convencionalmente é possível definir uma linha entre aqueles que são perfeitos e aqueles que serão imperfeitos só porque as suas capacidades são diferentes das habituais. Devemos pensar nisto, porque esta é uma das importantes raízes do estigma e da discriminação contra as pessoas com VIH/SIDA, isto é, a rejeição social dos menos "performants".

Creemos que o problema da discriminação é, antes de mais, um problema de naturezas estrutural e social e não fruto de comportamentos individuais "desviantes". Por isso, cremos, também, que será muito mais importante desenvolver todas as medidas que se destinem a mudar essa mentalidade social, do que implementar medidas de coacção e repressão individual.

As declarações de princípios e as leis existem, as organizações internacionais preocupam-se, criam-se comissões e celebram-se acordos. Contudo, as situações de estigma e discriminação continuam a ser uma realidade que pune injusta e gravemente todos aqueles que já carregam o fardo de um estado de saúde debilitante e de um estatuto social precário. Porquê? Que podemos fazer? São estas as fundamentais questões que aqui queremos ver debatidas ao mais alto nível. Queremos que se pense, mas acima de tudo, queremos que se actue. É este o método que preconizamos para estas conferências.

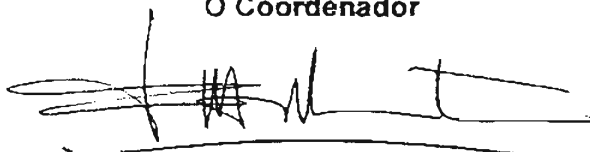
Queremos ainda deixar claro que situamos o problema do estigma e da discriminação, não como uma característica exclusiva do VIH/SIDA, mas como um dos grandes problemas que atravessam a nossa sociedade transversalmente, tomando em vítimas minorias étnicas, raciais, sexuais e religiosas, mulheres e crianças. Combater o estigma e a discriminação, seja em que área for, é combater o estigma e a discriminação em toda a sua dimensão. Porque estamos convencidos que as causas

sociais e psicossociais são as mesmas onde quer que os seres humanos sejam discriminados, tratando-se, pois, de uma luta de raízes estruturais e gerais e não de uma luta particularizada, segmentada.

Todos os seres humanos nascem livres e iguais e nenhuma distinção, seja de que natureza for, poderá ser feita entre os mesmos. Assim reza o primeiro artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos. No entanto, todos sabemos, tal como disse George Orwell numa das suas famosas e geniais obras, que uns nascem mais livres e iguais do que os outros.

Neste ciclo de conferências, queremos honrar o princípio da igualdade e celebrar a conquista legal dos Direitos Humanos, no entanto, queremos, também honrar os seres humanos que ainda sofrem com a violação de tal princípio e com o não cumprimento de tais conquistas legais. Queremos honrá-los, ouvindo em directo o seu testemunho, queremos honrá-los com um elenco de conferencistas ao mais alto nível, queremos honrá-los com a nossa vontade e determinação de encontrar soluções para o seu sofrimento.

O Coordenador



Prof. Doutor Fernando Aires Alves Nunes Ventura

A SITUAÇÃO EM PORTUGAL EM 31 DE DEZEMBRO DE 2002

INFORMAÇÃO E ESTATÍSTICAS REFERENTES AO SEGUNDO SEMESTRE

Entre 1 Julho e 31 de Dezembro de 2002 foram recebidas no Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, notificações de **883** casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, assim distribuídos:

349 casos de SIDA obedecendo aos critérios da OMS/CDC;

83 casos classificados como "Complexo Relacionado com SIDA" (CRS);

451 casos de Portadores Assintomáticos (PA).

Para os *casos diagnosticados no segundo semestre de 2002*, a distribuição de acordo com as principais *categorias de transmissão* e o estadió é a seguinte:

- * Toxicodependentes (390): 158 casos de SIDA; 34 casos de CRS, 198 casos de PA;
- * Heterossexuais (385): 152 casos de SIDA; 41 casos de CRS, 192 casos de PA;
- * Homo/Bissexuais (73): 26 casos de SIDA; 6 casos de CRS, 41 casos de PA;

As notificações que correspondem a casos diagnosticados em anos anteriores mas só agora notificados, incluem-se nos respectivos anos de diagnóstico, de acordo o estadió de evolução da doença (SIDA, CRS e PA) segundo as diferentes categorias de transmissão.

A SITUAÇÃO EM PORTUGAL A 31 DE DEZEMBRO DE 2002

Encontram-se notificados um total de **21 303 casos de infecção VIH/SIDA** nos diferentes estadios de infecção. Em 2002, verificamos que o número de notificações recebidas poderão unicamente corresponder às notificações regulares dos Serviços, pois não se obteve informações que os mesmos tivessem efectuado uma pesquisa retrospectiva de casos, enquanto que em anos anteriores alguns Serviços procederam a uma revisão da sua casuística.

A análise, segundo os principais aspectos epidemiológicos, clínicos e virológicos é apresentada separadamente para cada estadio da infecção, por corresponder a situações distintas. Como elemento comum verifica-se que o maior número de casos notificados corresponde a infecção em indivíduos referindo consumo de drogas por via endovenosa ou “toxicodependentes”, com excepção dos casos associados ao vírus da imunodeficiência humana do tipo 2 (VIH2) correspondendo nestes à transmissão sexual.

Os “**Portadores Assintomáticos**” são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados (76,5%) neste grupo. Constatamos o elevado número de casos de infecção VIH assintomáticos associados principalmente a duas categorias de transmissão: “*toxicodependentes*” representando 52,7% do total de PA notificados, bem como a “*heterossexuais*” (32,4%). Contudo, analisando os anos 1997-2001, verificamos que o padrão da tendência temporal nos casos assintomáticos regista a consolidação da tendência observada, resultante do facto da *categoria de transmissão “heterossexual” apresentar valores percentuais crescentes entre 1997-2001 em relação ao total de casos notificados em cada ano, enquanto os “toxicodependentes” confirmam a tendência proporcional decrescente*. Para uma melhor avaliação dos padrões citados, em casos de infecção assintomáticos, será necessário incrementar este tipo de notificação.

Os casos sintomáticos não-SIDA (“**Complexo Relacionado com SIDA**”) constituem um grupo com menor número de casos, cujas características epidemiológicas em relação aos principais parâmetros seguem o padrão epidemiológico anterior. Neste grupo, 44,1% correspondem a indivíduos “toxicodependentes” e 32,2% a casos na categoria de transmissão heterossexual e a tendência evolutiva anual apresenta valores crescentes entre 1999-2001 na categoria “heterossexual”.

O total acumulado de **casos de SIDA** em 31 de Dezembro era de **9735**, dos quais 370 causados pelo vírus VIH2 e 137 casos que referem infecção associada aos vírus VIH1 e VIH2. De acordo com a análise do número de casos recebidos anualmente, verificamos que entre 1996 e 1999, o número de casos de SIDA notificados, *por ano de diagnóstico*, se manteve sensivelmente constante (Quadro 3-pág.8) apresentando um decréscimo no ano 2000. Contudo, sendo bem conhecido que *existe um atraso na notificação dos casos* e igualmente uma *sub-notificação* (de difícil quantificação, mas variável segundo os Serviços) não é

oportuno valorizar a diminuição dos casos notificados sem se proceder a uma pesquisa retrospectiva em alguns Serviços hospitalares.

Os quadros e os gráficos que apresentamos caracterizam a situação em Portugal, *de acordo com os dados disponíveis no CVEDT*, incluindo a situação referente aos casos de SIDA por vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (VIH2), casos de infecção VIH assintomáticos e de "Complexo Relacionado com SIDA".

Uma vez que a informação se reporta a um período de seis meses, vários casos foram novamente notificados ao registar-se uma evolução clínica de que resultou uma reclassificação epidemiológica. Em conformidade, a informação apresentada, sobretudo no que se refere aos casos assintomáticos (PA) e de "CRS", deve ser considerada *à data da sua publicação*, não sendo desejável a análise comparativa de Quadros com informações epidemiológicas anteriores, uma vez que no período de seis meses, notificaram-se vários casos que evoluem para outros estadios.

Neste documento refere-se ainda a situação mundial em relação aos casos de infecção VIH/SIDA no final de 2002, segundo os dados publicados pela Organização Mundial de Saúde, assim como as disposições legais sobre SIDA, em vigor em Portugal, compiladas pela Dr^a Alexandra Campos, do Gabinete de Direito da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, a quem agradecemos a colaboração que nos tem prestado.

M. T. Paixão

Nota: O CVEDT durante vários anos e até ao ano passado, divulgou informação de natureza epidemiológica, compilada pelo Centro de Paris. As novas tecnologias de informação, designadamente a Internet, permitem a divulgação e acesso rápido de que organizações internacionais fazem uso extenso. Em conformidade, o Centro de Vigilância Epidemiológica de Paris (EuroHIV-InVS) responsável pela vigilância epidemiológica da infecção pelo VIH/SIDA na região Europeia criou a sua página na Internet, permitindo aceder a vários tipos de informação actualizada regularmente. Consideramos que actualmente já não se justifica a elaboração de um documento (que rapidamente se desactualiza), pelo que suspendemos esta publicação. Elementos referentes à situação na Europa podem ser consultados no site: www.eurohiv.org

Agradecimentos:

Cumpre agradecer a colaboração de todos os médicos, especialmente dos Hospitais Centrais e Distritais, Centros de Saúde, CAT, Hospitais dos Serviços Prisionais, traduzida na notificação dos casos, a qual permite apresentar a informação epidemiológica contida neste Documento.

C.V.E.D.T.

Evolução da Epidemia de SIDA

Quadro 1- SIDA

Distribuição dos casos por data de diagnóstico e data de notificação

01/01/1983 – 31/12/2002

Ano	Casos por data de DIAGNÓSTICO	Casos por data de NOTIFICAÇÃO*
1983	1	0
1984	4	0
1985	29	18
1986	39	30
1987	78	47
1988	133	109
1989	200	154
1990	254	226
1991	301	246
1992	413	385
1993	553	465
1994	681	610
1995	790	694
1996	959	898
1997	955	893
1998	954	874
1999	989	1013
2000	877	1122
2001	871	974
2002	542	977
Ignorado	112	0
TOTAL	9 735	9 735

Fonte: CVEDT

* DATA DE NOTIFICAÇÃO -- data em que o médico NOTIFICA o caso, sendo diferente da data de recepção.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 2 - SIDA
Distribuição dos casos por grupo etário e sexo
01/01/1983 - 31/12/2002

GRUPO ETÁRIO	SEXO			TOTAL	
	Masculino	Feminino	Não referido	Nº	%
0 - 11 meses	18	25	0	43	0.4
1 - 4 anos	10	14	0	24	0.2
5 - 9 anos	11	7	0	18	0.2
10 - 12 anos	5	0	0	5	0.1
13 - 14 anos	10	3	0	13	0.1
15 - 19 anos	91	40	0	131	1.3
20 - 24 anos	739	216	1	956	9.8
25 - 29 anos	1 720	380	3	2 103	21.6
30 - 34 anos	1 800	295	0	2 095	21.5
35 - 39 anos	1 375	239	0	1 614	16.6
40 - 44 anos	843	132	0	975	10.0
45 - 49 anos	541	81	0	622	6.4
50 - 54 anos	375	56	0	431	4.4
55 - 59 anos	221	43	0	264	2.7
60 - 64 anos	157	41	0	198	2.0
65 + anos	163	37	0	200	2.1
Ignorado	38	5	0	43	0.4
TOTAL	8 117	1 614	4	9 735	100

Fonte: CVEDT

Quadro 2

Da análise da distribuição de casos de SIDA por sexo, constata-se que 83,4% correspondem ao sexo masculino, 16,6% ao sexo feminino e em 4 casos não nos é dada qualquer indicação. Por grupo etário, nos casos em que a idade é conhecida (n=9731) verifica-se que 86% correspondem aos grupos etários entre os 20 e 49 anos.

Nas páginas seguintes, os Quadros 2.1, 2.2 e 2.3 mostram a evolução do número de casos notificados até 31 de Dezembro de 2002, por grupo etário, para o total e para cada um dos sexos.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 2.1 - SIDA**Casos por ano de diagnóstico e grupo etário****01/01/1983 – 31/12/2002**

Grupo etário	1983/90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Total
0 - 11 meses	8	1	5	2	7	7	5	1	1	2	0	1	2	1	43
1 - 4 anos	5	1	1	1	5	5	3	1	1	1	0	0	0	0	24
5 - 9 anos	8	1	0	1	1	2	1	0	0	2	1	0	1	0	18
10 - 12 anos	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
13 - 14 anos	6	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	13
15 - 19 anos	9	5	10	10	9	22	13	9	12	11	10	5	4	2	131
20 - 24 anos	55	20	44	75	91	103	125	83	105	112	57	52	29	5	956
25 - 29 anos	117	42	103	125	169	185	223	236	206	218	198	163	97	21	2 103
30 - 34 anos	126	71	81	109	138	165	215	232	216	222	204	185	110	21	2 095
35 - 39 anos	132	45	50	88	87	115	160	163	166	157	155	164	110	22	1 614
40 - 44 anos	100	37	37	53	59	81	72	81	77	98	101	109	59	11	975
45 - 49 anos	58	27	34	28	42	38	43	51	55	73	47	73	45	8	622
50 - 54 anos	45	20	19	23	30	23	42	37	36	47	35	43	25	6	431
55 - 59 anos	24	12	12	14	11	21	27	22	28	19	28	20	20	6	264
60 - 64 anos	23	12	10	8	14	8	12	17	20	12	18	28	14	2	198
65 + anos	13	4	6	9	11	14	15	19	25	11	20	25	25	3	200
Ignorado	6	0	1	6	6	1	3	2	6	4	3	1	1	3	43
TOTAL	738	a)301	413	553	681	a)790	a)959	955	954	989	877	871	542	a) 112	9 735

Fonte: CVEDT

a) Neste ano, notificou-se 1 caso de "sexo não referido".

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 2.2 - SIDA

Casos por ano de diagnóstico e grupo etário (sexo masculino)

01/01/1983 - 31/12/2002

Grupo Etário	1983/90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Total
0 - 11 meses	4	0	2	1	5	2	3	0	0	0	0	0	1	0	18
1 - 4 anos	2	1	1	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	10
5 - 9 anos	7	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	11
10 - 12 anos	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
13 - 14 anos	6	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	10
15 - 19 anos	6	4	10	4	7	19	6	6	9	8	6	3	3	0	91
20 - 24 anos	47	15	35	59	71	75	95	66	83	85	46	36	23	3	739
25 - 29 anos	96	34	81	100	133	155	183	199	167	175	159	135	84	17	1 720
30 - 34 anos	115	57	71	92	117	140	180	202	190	190	173	162	96	15	1 800
35 - 39 anos	119	36	42	75	77	101	138	130	140	137	127	144	89	20	1 375
40 - 44 anos	90	33	30	48	51	72	60	72	68	81	87	91	51	9	843
45 - 49 anos	55	26	30	24	40	34	37	47	44	57	41	61	38	7	541
50 - 54 anos	38	19	17	21	27	19	37	33	29	40	32	35	23	5	375
55 - 59 anos	23	11	11	10	10	19	20	17	22	17	24	18	16	3	221
60 - 64 anos	20	8	9	7	13	5	10	15	15	7	12	23	11	2	157
65 - + anos	10	4	6	7	7	12	14	14	19	10	18	20	20	2	163
Ignorado	6	0	1	6	5	1	2	2	4	3	3	1	1	3	38
TOTAL	649	250	346	466	564	658	788	804	790	811	728	730	456	67	8 117

Fonte: CVEDT

Quadro 2.3 - SIDA

Casos por ano de diagnóstico e grupo etário (sexo feminino)

01/01/1983 - 31/12/2002

Grupo Etário	1983/90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Total
0 - 11 meses	4	1	3	1	2	5	2	1	1	2	0	1	1	1	25
1 - 4 anos	3	0	0	1	5	1	1	1	1	1	0	0	0	0	14
5 - 9 anos	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1	0	7
10 - 12 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 - 14 anos	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
15 - 19 anos	3	1	0	6	2	3	7	3	3	3	4	2	1	2	40
20 - 24 anos	8	5	9	16	20	27	30	17	22	27	11	16	6	2	216
25 - 29 anos	19	7	22	25	36	30	39	37	39	43	39	28	13	3	380
30 - 34 anos	11	14	10	17	21	25	35	30	26	32	31	23	14	6	295
35 - 39 anos	13	9	8	13	10	14	22	33	26	20	28	20	21	2	239
40 - 44 anos	10	4	7	5	8	9	12	9	9	17	14	18	8	2	132
45 - 49 anos	3	1	4	4	2	4	6	4	11	16	6	12	7	1	81
50 - 54 anos	7	1	2	2	3	4	5	4	7	7	3	8	2	1	56
55 - 59 anos	1	1	1	4	1	2	7	5	6	2	4	2	4	3	43
60 - 64 anos	3	4	1	1	1	3	2	2	5	5	6	5	3	0	41
65 - + anos	3	0	0	2	4	2	1	5	6	1	2	5	5	1	37
Ignorado	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	5
TOTAL	89	50	67	97	117	131	170	151	164	178	149	141	86	24	1 614

Fonte: CVEDT

Quadro 3 - SIDA

Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico

01/01/1983 - 31/12/2002

Categorias de Transmissão	Ano de Diagnóstico										Total	
	≤1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Nº	%
Homo ou Bissexuais	795	115	116	98	68	77	66	51	39	20	1 445	14.8
Tóxico-dependentes	893	423	542	570	583	578	500	463	262	49	4 863	50.0
Homo/Tóxico-dependentes	38	10	10	6	9	8	2	10	1	3	97	1.0
Hemofílicos	46	2	1	2	2	1	3	0	1	1	59	0.6
Transfusionados	86	15	7	7	1	1	1	2	4	1	125	1.3
Heterossexuais	696	188	253	243	273	298	284	313	227	32	2 807	28.8
Mãe/Filho	39	11	9	2	2	4	1	1	3	0	72	0.7
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Ignorada	93	26	21	27	16	22	20	31	5	6	267	2.7
TOTAL	2 686	790	959	955	954	989	877	871	542	112	9 735	100

Fonte: CVEDT

Nota: O ano de 1994 inclui os casos de 1983 a 1994.

Quadro 3

Nos casos associados à toxicod dependência, observa-se um maior número de casos notificados em relação às outras categorias de transmissão. Assim, da análise deste Quadro verificamos que, no final de 2002, os toxicod dependentes constituem 50.0% do total de casos notificados.

Tendência temporal 1998 - 2002

Para os casos diagnosticados entre 1998 e 2002, as *proporções* nas diferentes categorias de transmissão são variáveis, registando-se para os *heterossexuais*: 28,6% (1998); 30,1% (1999); 32,4% (2000); 36,0% (2001); 41,9% (2002); para os *toxicod dependentes*: 61,1% (1998); 58,4% (1999); 57,0% (2000); 53,2% (2001); 48,3% (2002), enquanto que para os *homossexuais* observam-se os valores: 7,1% (1998); 7,8% (1999); 7,5% (2000); 5,9% (2001) e 7,2% (2002).

Todavia, durante o próximo ano, serão ainda recebidas notificações de casos diagnosticados em anos anteriores, originando portanto, uma variação nos valores percentuais acima indicados, alterando em conformidade as tendências observadas.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 3.1 - SIDA

Distribuição dos casos por ano de diagnóstico, estado vital e sexo

01/01/1983 – 31/12/2002

ANO	Número de Casos			Número de Casos Vivos			Número de Casos Mortos		
	Homens	Mulheres	TOTAL	Homens	Mulheres	TOTAL	Homens	Mulheres	TOTAL
1983	1	0	a) 1	1	0	1	0	0	0
1984	3	1	4	1	0	1	2	1	3
1985	28	1	29	7	1	8	21	0	21
1986	34	5	39	2	1	3	32	4	36
1987	66	12	78	13	4	17	53	8	61
1988	122	11	133	26	3	29	96	8	104
1989	169	31	200	35	8	43	134	23	157
1990	226	28	254	30	10	40	196	18	214
1991	250	50	b) 301	38	9	47	212	41	254
1992	346	67	413	70	17	87	276	50	326
1993	456	97	553	107	30	137	349	67	416
1994	564	117	681	169	46	215	395	71	466
1995	658	131	b) 790	213	52	265	445	79	525
1996	788	170	c) 959	327	86	414	461	84	545
1997	804	151	955	383	85	468	421	66	487
1998	790	164	954	425	90	515	365	74	439
1999	811	178	989	461	103	564	350	75	425
2000	728	149	877	433	105	538	295	44	339
2001	730	141	871	465	103	568	265	38	303
2002	456	86	542	342	66	408	114	20	134
Ignorado	87	24	d) 112	35	11	47	52	13	65
TOTAL	8 117	1 614	9 735*	3 583	830	4 415*	4 534	784	5 320*

Fonte: CVEDT

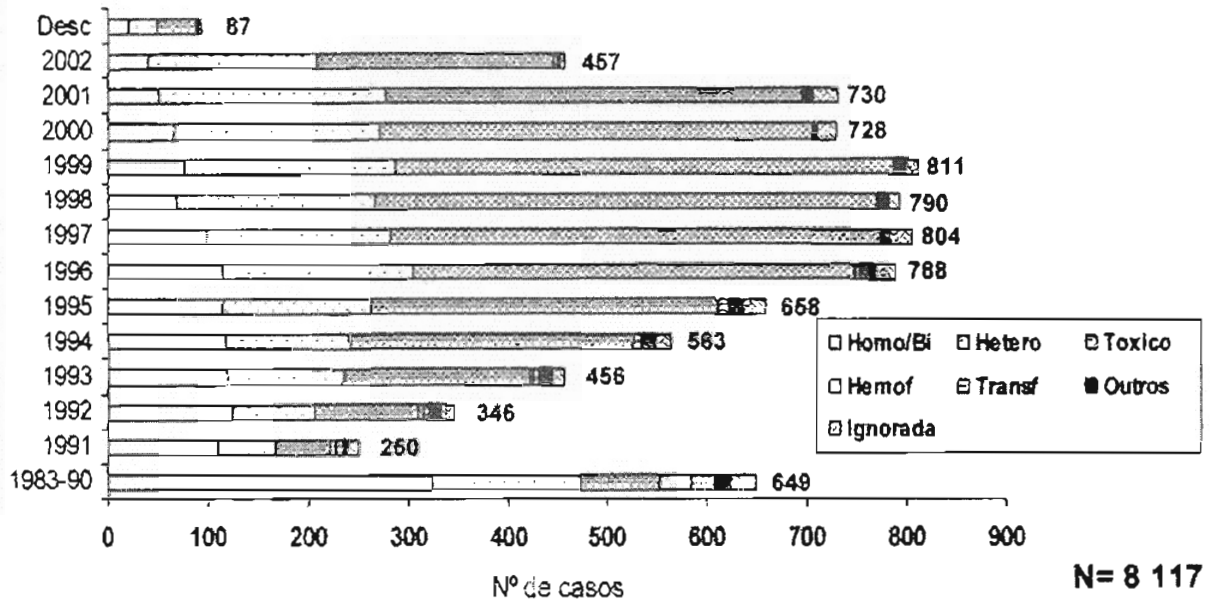
Observações:

- a) Sem informação sobre o estado vital do caso.
b) Neste ano notificou-se 1 caso de "sexo não referido" morto.
c) Neste ano notificou-se 1 caso de "sexo não referido" vivo.
d) Notificou-se 1 caso com ano de diagnóstico e sexo "não referido", vivo.

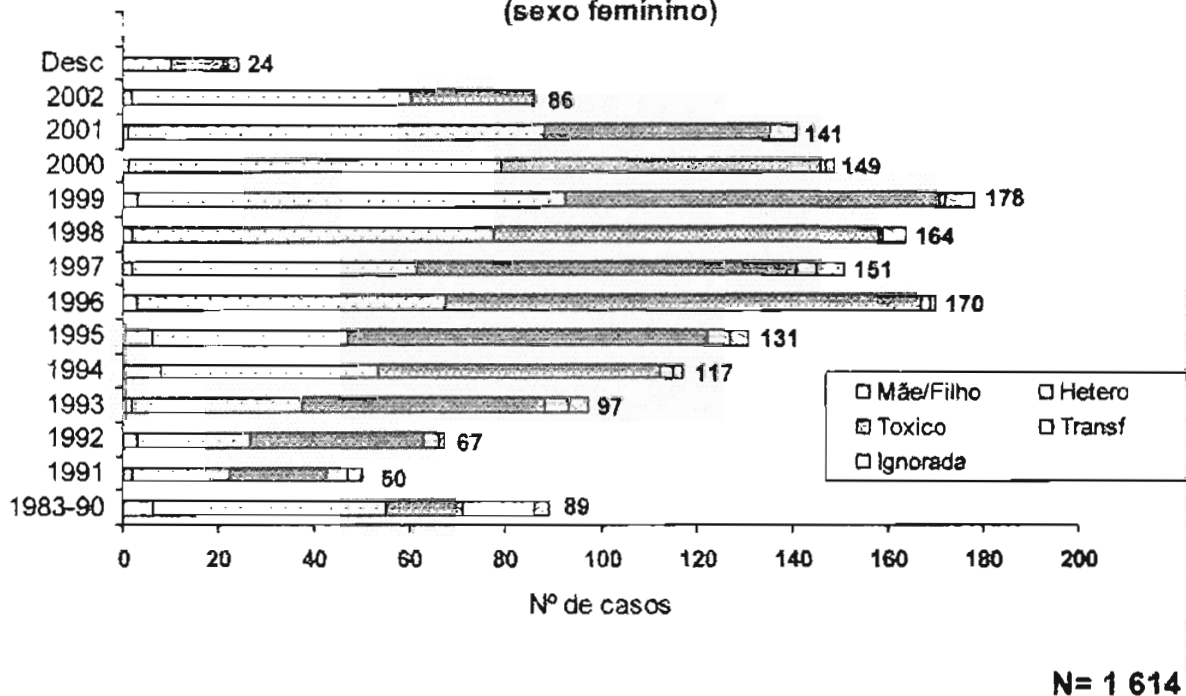
* Para totais, ver observações.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Distribuição dos casos de SIDA por categoria de transmissão, sexo e ano de diagnóstico
(sexo masculino)



Distribuição dos casos de SIDA por categoria de transmissão, sexo e ano de diagnóstico
(sexo feminino)



SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 3.2 - SIDA

Distribuição das mortes por categorias de transmissão

01/01/1983 – 31/12/2002

Categorias de Transmissão	SEXO			TOTAL	
	Masc.	Femin.	Ignorado	Nº	%
Homo ou Bissexuais	947	0	0	947	17.8
Tóxico-dependentes	2 263	361	1	2 625	49.3
Homo/Toxico-dependentes	56	0	0	56	1.1
Hemofílicos	47	0	0	47	0.9
Transfusionados	58	29	0	87	1.6
Heterossexuais	988	344	1	1 333	25.1
Mãe/Filho	13	18	0	31	0.6
Nosocomial	0	0	0	0	0.0
Ignorada	162	32	0	194	3.6
TOTAL	4 534	784	2	5 320	100

Fonte: CVEDT

Nota: Óbitos notificados ao CVEDT até 31/12/2002.

Quadro 3.2

Neste Quadro indicam-se os grupos ou comportamentos de risco e o número de mortes por categoria, notificadas até ao presente.

A análise dos quadros 3 e 3.2, mostra que 79,7% dos casos que referem hemofilia, já faleceram (47 óbitos em 59 casos notificados), assim como 65,5% dos casos que referem como factor de risco para a transmissão do VIH, o comportamento homossexual associado à toxicod dependência.

Quadro 4 - SIDA

Casos por patologia (*) e categorias de transmissão

01/01/1983 - 31/12/2002

Categorias de Transmissão	PATOLOGIAS								TOTAL
	IO	SK	IO+SK	LINF	ENCEF	S.EMAC	PIL	CICU	
Homo ou Bissexuais	1 022	179	176	33	11	24	0	0	1 445
Tóxico-dependentes	4 555	57	98	43	26	74	0	10	4 863
Homo/Tóxico-dependentes	76	5	9	3	2	2	0	0	97
Hemofílicos	56	1	1	1	0	0	0	0	59
Transfusionados	108	2	1	0	8	6	0	0	125
Heterossexuais	2 454	91	86	82	28	48	0	18	2 807
Mãe/Filho	42	0	0	0	7	7	16	0	72
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorada	232	10	14	4	6	1	0	0	267
TOTAL	8 545	345	385	166	88	162	16	28	9 735

Fonte: CVEDT

* Casos de SIDA por patologia observada no diagnóstico, segundo categorias de transmissão

IO	- Infecção Oportunista	IO+SK	- Inf. Oportunista & Sarcoma de Kaposi
SK	- Sarcoma de Kaposi	PIL	- Pneum. Intersticial Linfóide
LINF	- Linfoma	S. EMAC.	- Síndrome de Emaciação por VIH
ENCEF	- Encefalopatia	CICU	- Carcinoma invasivo do colo do útero

Quadro 4

Por grupos de patologias verifica-se que as infecções oportunistas (I.O.) constituem o maior grupo associado aos casos de SIDA (87,8% das patologias indicadas).

Por categoria de transmissão, nos toxicodependentes as I.O. representam 93,7% das patologias observadas neste grupo, enquanto nos heterossexuais constituem 87,4% e nos homossexuais e bissexuais 70,7%.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 5 - SIDA**Distribuição dos casos e mortes por categoria da doença oportunista**

01/01/1983 - 31/12/2002

Tipo de Patologia	Casos		Mortes	
	Nº	%	Nº	%
Tuberculose	4 354	44.7	2 168	40.8
PPC	1 608	16.5	919	17.3
Tuberculose + PPC	523	5.4	372	7.0
Outras Infec. Oportunistas	2 339	24.0	1 298	24.4
Sarcoma de Kaposi	345	3.5	210	3.9
Outras Infec. Oportunistas + S. Kaposi	106	1.1	78	1.5
Linfoma	166	1.7	116	2.2
Encefalopatia	88	0.9	52	1.0
Síndrome de Emaciação	162	1.7	101	1.9
Pneum. Intersticial Linfóide	16	0.2	3	0.1
Carc. Invasivo colo do útero	28	0.3	3	0.1
Outras	0	0.0	0	0.0
TOTAL	9 735	100	5 320	100

Fonte: CVEDT

Quadro 5

Nos casos notificados (N= 9735), as mortes totalizam 5 320 (54,6%). As infecções oportunistas são as patologias associadas a um maior número de mortes, destacando-se os óbitos referindo tuberculose (40,8%).

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 6 - SIDA						
Distribuição dos casos por categoria da doença e sexo						
01/01/1983 - 31/12/2002						
Tipo de Patologia	Masculino		Feminino		Não referido	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tuberculose	3 712	45.7	641	39.7	1	25.0
PPC	1 339	16.5	269	16.7	0	0.0
Tuberculose + PPC	437	5.4	86	5.3	0	0.0
Outras Infec. Oportunistas	1 880	23.2	457	28.3	2	50.0
Sarcoma de Kaposi	320	3.9	25	1.5	0	0.0
Outras Infec. Oportunistas + S. Kaposi	98	1.2	7	0.4	1	25.0
Linfoma	135	1.7	31	1.9	0	0.0
Encefalopatia	66	0.8	22	1.4	0	0.0
Síndrome de Emaciação	124	1.5	38	2.4	0	0.0
Pneum. Intersticial Linfóide	6	0.1	10	0.6	0	0.0
Carc. Invasivo colo do útero	0	0.0	28	1.7	0	0.0
Outras	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	8 117	100	1 614	100	4	100

Quadro 7 - SIDA				
Distribuição dos casos por categoria da doença e tipo de vírus				
01/01/1983 - 31/12/2002				
Tipo de Patologia	VIH1	VIH2	VIH1+VIH2	Tipo de Vírus não referido
Tuberculose	4 141	142	49	22
PPC	1 547	30	21	10
Tuberculose + PPC	505	8	8	2
Outras Infec. Oportunistas	2 143	137	42	17
Sarcoma de Kaposi	328	5	6	6
Outras Infec. Oportunistas + S. Kaposi	101	4	1	0
Linfoma	142	19	2	3
Encefalopatia	75	11	2	0
Síndrome de Emaciação	150	8	4	0
Pneum. Intersticial Linfóide	14	2	0	0
Carc. Invasivo colo do útero	22	4	2	0
Outras	0	0	0	0
TOTAL	9 168	370	137	60

Fonte: CVEDT

Quadro 7

Nos casos em que o tipo de vírus da imunodeficiência humana é conhecido (N= 9 675), 94,8% correspondem ao tipo 1; 3,8% ao vírus da imunodeficiência do tipo 2 e em 137 casos (1,4%) referem os dois tipos de vírus. Alguns destes casos de SIDA de dupla seropositividade, aguardam a confirmação por técnicas de referência.

Sessenta casos de SIDA foram classificados por critérios clínicos, não referindo à data da notificação, o tipo de vírus da imunodeficiência humana.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 8 - SIDA**Distribuição dos casos e mortes segundo a residência***

01/01/1983 – 31/12/2002

Residência	Casos	Mortes
Portugal	9 459	5 216
Aveiro	176	110
Beja	34	18
Braga	161	94
Bragança	32	15
Castelo Branco	56	37
Coimbra	151	99
Évora	74	31
Faro	315	162
Guarda	39	22
Leiria	201	124
Lisboa	4 168	2 400
Portalegre	18	12
Porto	2 094	1 137
Santarém	179	86
Setúbal	1 400	675
Viana do Castelo	75	38
Vila Real	38	25
Viseu	107	59
Açores	55	33
Madeira	86	39
Estrangeiro	86	51
África	47	29
Europa	25	13
América do Norte	5	2
América do Sul	9	7
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Desconhecida	190	53
Total	9 735	5 320

*Residência à data da notificação

Fonte: CVEDT

**CASOS DE SIDA POR
VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA TIPO 2 (VIH2)**

A epidemia de SIDA em Portugal reveste-se de características especiais, pelo elevado número de casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 2, pelo que se justifica uma análise mais detalhada. As principais características epidemiológicas destes casos, encontram-se descritas nas páginas seguintes.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 1 - SIDA (VIH2)**Distribuição dos casos por data de diagnóstico e data de notificação**

01/01/1983 - 31/12/2002

Ano	Casos por data de DIAGNÓSTICO	Casos por data de NOTIFICAÇÃO*
1983	0	0
1984	1	0
1985	1	0
1986	3	0
1987	12	7
1988	15	14
1989	26	25
1990	20	15
1991	29	22
1992	34	37
1993	27	31
1994	27	31
1995	26	27
1996	27	26
1997	16	14
1998	21	23
1999	19	21
2000	25	31
2001	19	21
2002	15	25
Ignorado	7	0
TOTAL	370	370

Fonte: CVEDT

* DATA DE NOTIFICAÇÃO - data em que o médico NOTIFICA o caso, sendo diferente da data de recepção.

Quadro 1 (VIH2)

Até 31.12.2002 registaram-se 370 casos de SIDA por este tipo de vírus, o que corresponde a 3,8% do total de casos de SIDA notificados.

Quadro 2 – SIDA (VIH2)
Distribuição dos casos por grupo etário e sexo
01/01/1983 – 31/12/2002

Grupo Etário	SEXO			Total	
	Masculino	Feminino	Não referido	Nº	%
0 - 11 meses	2	1	0	3	0.8
1 - 4 anos	0	0	0	0	0.0
5 - 9 anos	3	2	0	5	1.4
10 - 12 anos	2	0	0	2	0.5
13 - 14 anos	3	1	0	4	1.1
15 - 19 anos	1	4	0	5	1.4
20 - 24 anos	7	4	0	11	3.0
25 - 29 anos	11	4	0	15	4.1
30 - 34 anos	27	10	0	37	10.0
35 - 39 anos	41	23	0	64	17.3
40 - 44 anos	51	17	0	68	18.4
45 - 49 anos	42	12	0	54	14.6
50 - 54 anos	34	16	0	50	13.5
55 - 59 anos	13	7	0	20	5.4
60 - 64 anos	10	8	0	18	4.9
65 + anos	6	7	0	13	3.5
Ignorado	0	1	0	1	0.3
TOTAL	253	117	0	370	100

Fonte: CVEDT

Quadro 2 (VIH2)

Para o vírus da imunodeficiência humana do tipo 2, nos grupos etários dos 25 aos 54 anos registaram-se 77,8% dos casos.

Nos Quadros seguintes, observa-se a distribuição dos casos por grupo etário e ano de diagnóstico, para o total e para cada um dos sexos.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 2.1 - SIDA (VIH2)**Casos por ano de diagnóstico e grupo etário**

01/01/1983 - 31/12/2002

Grupo Etário	1983/90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Total
0 - 11 meses	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1 - 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 9 anos	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
10 - 12 anos	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
13 - 14 anos	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
15 - 19 anos	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5
20 - 24 anos	2	2	0	1	0	1	2	0	0	1	0	1	1	0	11
25 - 29 anos	7	1	3	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	15
30 - 34 anos	10	2	5	2	3	0	7	1	0	0	3	2	1	1	37
35 - 39 anos	18	2	7	4	3	4	6	4	4	2	5	1	3	1	64
40 - 44 anos	22	6	5	4	4	7	3	4	0	6	1	3	2	1	68
45 - 49 anos	5	3	6	7	5	5	3	3	5	2	4	3	2	1	54
50 - 54 anos	5	3	4	3	4	6	4	1	1	7	4	4	3	1	50
55 - 59 anos	1	1	1	2	1	1	0	1	4	0	3	2	1	2	20
60 - 64 anos	1	4	1	1	2	0	0	1	4	0	2	1	1	0	18
65 + anos	3	1	0	1	1	1	0	1	3	0	1	1	0	0	13
Ignorado	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	78	29	34	27	27	26	27	16	21	19	25	19	15	7	370

Fonte: CVEDT

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 2.2 – SIDA (VIH2)

Casos por ano de diagnóstico e grupo etário (sexo masculino)

01/01/1983 – 31/12/2002

Grupo Etário	1983/90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Total
0 - 11 meses	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
1 - 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 9 anos	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
10 - 12 anos	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
13 - 14 anos	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
15 - 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
20 - 24 anos	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	7
25 - 29 anos	4	1	3	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	11
30 - 34 anos	6	2	3	2	2	0	5	1	0	0	2	2	1	1	27
35 - 39 anos	11	1	5	3	2	4	3	2	3	2	2	1	2	0	41
40 - 44 anos	19	5	4	3	3	6	1	2	0	2	1	2	2	1	51
45 - 49 anos	3	2	5	5	4	4	3	3	4	2	3	3	1	0	42
50 - 54 anos	4	2	3	2	2	3	3	1	0	5	4	3	2	0	34
55 - 59 anos	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	3	2	1	0	13
60 - 64 anos	0	1	1	1	2	0	0	1	2	0	1	0	1	0	10
65 - + anos	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	6
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	64	17	26	19	19	19	17	11	13	13	17	14	12	2	253

Quadro 2.3 – SIDA (VIH2)

Casos por ano de diagnóstico e grupo etário (sexo feminino)

01/01/1983 – 31/12/2002

Grupo Etário	1983/90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Total
0 - 11 meses	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1 - 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 9 anos	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
10 - 12 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 - 14 anos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
15 - 19 anos	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
20 - 24 anos	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
25 - 29 anos	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
30 - 34 anos	4	0	2	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	10
35 - 39 anos	7	1	2	1	1	0	3	2	1	0	3	0	1	1	23
40 - 44 anos	3	1	1	1	1	1	2	2	0	4	0	1	0	0	17
45 - 49 anos	2	1	1	2	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	12
50 - 54 anos	1	1	1	1	2	3	1	0	1	2	0	1	1	1	16
55 - 59 anos	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	7
60 - 64 anos	1	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	8
65 + anos	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	7
Ignorado	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	24	12	8	8	8	7	10	5	8	6	8	5	3	5	117

Fonte: CVEDT

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 3 – SIDA (VIH2)

Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico

01/01/1983 – 31/12/2002

Categorias de Transmissão	Ano de Diagnóstico										Total	
	≤1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Nº	%
Homo ou Bissexuais	7	0	1	1	1	0	1	1	1	0	13	3.5
Tóxico-dependentes	5	0	2	1	1	1	2	1	0	0	13	3.5
Homo/Toxico-dependentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Hemofilicos	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.1
Transfusionados	40	6	2	3	1	1	0	1	3	0	57	15.4
Heterossexuais	123	19	20	10	16	15	18	16	10	6	253	68.4
Mãe/Filho	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1.4
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Ignorada	12	1	1	1	2	2	4	0	1	1	25	6.8
TOTAL	195	26	27	16	21	19	25	19	15	7	370	100

Fonte: CVEDT

Nota: O ano de 1994 inclui os casos de 1983 a 1994.

Quadro 3 (VIH2)

Neste quadro apresenta-se a evolução dos casos de SIDA associados à infecção pelo VIH2, de acordo com o ano de diagnóstico e categoria de transmissão. Nos casos em que a categoria de transmissão é conhecida (N= 345), 253 casos (73,3%) correspondem à transmissão heterossexual, 57 (16,5%) referem possível transmissão do vírus por transfusões sanguíneas e somente 13 casos (3,8%), estão notificados em indivíduos toxicodependentes.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 3.1 - SIDA (VIH2)

Distribuição dos casos por ano de diagnóstico, estado vital e sexo

01/01/1983 – 31/12/2002

ANO	Número de Casos			Número de Casos Vivos			Número de Casos Mortos		
	Homens	Mulheres	TOTAL	Homens	Mulheres	TOTAL	Homens	Mulheres	TOTAL
1983	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1984	0	1	1	0	0	0	0	1	1
1985	1	0	1	1	0	1	0	0	0
1986	3	0	3	0	0	0	3	0	3
1987	8	4	12	1	2	3	7	2	9
1988	13	2	15	1	1	2	12	1	13
1989	16	10	26	6	5	11	10	5	15
1990	13	7	20	4	3	7	9	4	13
1991	17	12	29	4	1	5	13	11	24
1992	26	8	34	4	2	6	22	6	28
1993	19	8	27	7	3	10	12	5	17
1994	19	8	27	8	1	9	11	7	18
1995	19	7	26	8	4	12	11	3	14
1996	17	10	27	12	5	17	5	5	10
1997	11	5	16	4	2	6	7	3	10
1998	13	8	21	5	4	9	8	4	12
1999	13	6	19	8	2	10	5	4	9
2000	17	8	25	13	5	18	4	3	7
2001	14	5	19	10	3	13	4	2	6
2002	12	3	15	9	2	11	3	1	4
Ignorado	2	5	7	1	1	2	1	4	5
TOTAL	253	117	370	106	46	152	147	71	218

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 4 – SIDA (VIH2)**Casos por patologia (*) e categorias de transmissão**

01/01/1983 – 31/12/2002

Categorias de Transmissão	PATOLOGIAS								TOTAL
	IO	SK	IO+SK	LINF	ENCEF	S.EMAC	PIL	CICU	
Homo ou Bissexuais	11	0	1	0	0	1	0	0	13
Tóxico-dependentes	12	0	0	0	0	1	0	0	13
Homo/Tóxico-dependentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemofílicos	4	0	0	0	0	0	0	0	4
Transfusionados	48	1	1	0	5	2	0	0	57
Heterossexuais	216	4	2	18	5	4	0	4	253
Mãe/Filho	2	0	0	0	1	0	2	0	5
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorada	23	0	1	1	0	0	0	0	25
TOTAL	316	5	5	19	11	8	2	4	370

Fonte: CVEDT

*Casos de SIDA por patologia observada no diagnóstico, segundo categorias de transmissão.

IO	– Infecção Oportunista	IO+SK	– Inf. Oportunista & Sarcoma de Kaposi
SK	– Sarcoma de Kaposi	PIL	– Pneum. Intersticial Linfóide
LINF	– Linfoma	S. EMAC.	– Síndrome de Emaciação por VIH
ENCEF	– Encefalopatia	CICU	– Carcinoma invasivo do colo do útero

Quadro 4 (VIH2)

As infecções oportunistas (I.O.) constituem 85,4% das patologias associadas aos casos de SIDA por VIH2, enquanto se registam linfomas em 5,1% e encefalopatias são referidas em 3,0% dos casos. À data de diagnóstico, o Sarcoma de Kaposi (S.K.) e S.K. associado a infecções oportunistas (I.O.+S.K.) encontram-se numa percentagem baixa (2,7%) associado a este tipo de vírus, de acordo com os casos notificados.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 5 - SIDA (VIH2)

Distribuição dos casos e mortes por categoria da doença oportunista

01/01/1983 - 31/12/2002

Tipo de Patologia	Casos		Mortes	
	Nº	%	Nº	%
Tuberculose	142	38.4	67	30.7
PPC	30	8.1	22	10.1
Tuberculose + PPC	8	2.2	7	3.2
Outras Infec. Oportunistas	137	37.0	90	41.3
Sarcoma de Kaposi	5	1.4	3	1.4
Outras Infec. Oportunista + S. Kaposi	4	1.1	4	1.8
Linfoma	19	5.1	10	4.6
Encefalopatia	11	3.0	8	3.7
Síndrome de Emaciação	8	2.2	7	3.2
Pneum. Intersticial Linfóide	2	0.5	0	0.0
Carc. Invasivo colo do útero	4	1.1	0	0.0
Outras	0	0.0	0	0.0
TOTAL	370	100	218	100

Quadro 6 - SIDA (VIH2)

Distribuição dos casos por categoria da doença e sexo

01/01/1983 - 31/12/2002

Tipo de Patologia	Masculino		Feminino		Não referido	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tuberculose	104	41.1	38	32.5	0	0.0
PPC	23	9.1	7	6.0	0	0.0
Tuberculose + PPC	6	2.4	2	1.7	0	0.0
Outras Infec. Oportunistas	93	36.8	44	37.6	0	0.0
Sarcoma de Kaposi	3	1.2	2	1.7	0	0.0
Outras Infec. Oportunistas + S. Kaposi	3	1.2	1	0.9	0	0.0
Linfoma	11	4.3	8	6.8	0	0.0
Encefalopatia	6	2.4	5	4.3	0	0.0
Síndrome de Emaciação	3	1.2	5	4.3	0	0.0
Pneum. Intersticial Linfóide	1	0.4	1	0.9	0	0.0
Carc. Invasivo colo do útero	0	0.0	4	3.4	0	0.0
Outras	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	253	100	117	100	0	0.0

Fonte: CVEDT

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 8 – SIDA (VIH2)**Distribuição dos casos e mortes segundo a residência***

01/01/1983 – 31/12/2002

Residência	Casos	Mortes
Portugal	344	205
Aveiro	10	9
Beja	2	2
Braga	9	3
Bragança	6	5
Castelo Branco	5	4
Coimbra	10	8
Évora	1	1
Faro	11	6
Guarda	4	2
Leiria	5	2
Lisboa	160	89
Portalegre	1	1
Porto	46	30
Santarém	2	2
Setúbal	50	29
Viana do Castelo	2	1
Vila Real	3	2
Viseu	13	8
Açores	1	1
Madeira	3	0
Estrangeiro	15	9
África	15	9
Europa	0	0
América do Norte	0	0
América do Sul	0	0
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Desconhecida	11	4
Total	370	218

*Residência à data da notificação

Fonte: CVEDT

INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

I

CASOS CLASSIFICADOS COMO "COMPLEXO RELACIONADO COM SIDA"

Entre o estadio inicial de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, assintomático, e o estadio terminal, existem diversos aspectos evolutivos classificados para fins de vigilância epidemiológica, de acordo com dados clínicos e laboratoriais.

Ao *Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis*, foram notificados 1916 casos (total acumulado) de "*Complexo Relacionado com SIDA*", designação que inclui o Grupo III (Linfoadenopatia Persistente Generalizada) e Grupo IV (IVa, IVc2, IVe) da classificação dos *Centers for Disease Control*, de Atlanta.

Nos quadros seguintes, indicam-se os principais aspectos epidemiológicos dos casos notificados, à data do seu envio. Fazemos notar que a classificação epidemiológica se refere à data em que os casos foram recebidos, desconhecendo-se, em alguns casos, a sua evolução. Se o óbito nos é comunicado, o mesmo é registado, não se procedendo à reclassificação do caso, se não se verificarem os critérios de classificação definidos para os casos de "SIDA".

Nota:

Classificação dos *Centers for Disease Control* dos casos de infecção pelo VIH, para fins de vigilância epidemiológica:

Grupo III - Linfoadenopatia Persistente Generalizada (LPG).

Grupo IV - Outras doenças a VIH:

Sub-grupo a - Doença constitucional;

Sub-grupo c - Doenças infecciosas secundárias não incluídas nas doenças constantes da definição de SIDA para fins de vigilância epidemiológica;

Sub-grupo e - Outras situações de infecção pelo VIH.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 1 - CRS
Distribuição dos casos por data de diagnóstico e data de notificação
01/01/1983 – 31/12/2002

Ano	Casos por data de DIAGNÓSTICO	Casos por data de NOTIFICAÇÃO*
1983	0	0
1984	0	0
1985	5	3
1986	9	9
1987	16	7
1988	44	25
1989	60	33
1990	75	55
1991	104	72
1992	117	94
1993	117	70
1994	109	112
1995	114	75
1996	157	117
1997	156	125
1998	171	132
1999	183	162
2000	173	422
2001	144	192
2002	85	211
Ignorado	77	0
TOTAL	1 916	1 916

Fonte: CVEDT

* DATA DE NOTIFICAÇÃO – data em que o médico NOTIFICA o caso, sendo diferente da data de recepção.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 2 - CRS

Distribuição dos casos por grupo etário e sexo

01/01/1983 - 31/12/2002

Grupo Etário	SEXO			Total	
	Masculino	Feminino	Não referido	Nº	%
0 - 11 meses	10	12	0	22	1.1
1 - 4 anos	10	12	0	22	1.1
5 - 9 anos	2	6	0	8	0.4
10 - 12 anos	1	0	0	1	0.1
13 - 14 anos	1	1	0	2	0.1
15 - 19 anos	39	9	0	48	2.5
20 - 24 anos	190	65	0	255	13.3
25 - 29 anos	321	92	2	415	21.7
30 - 34 anos	300	70	0	370	19.3
35 - 39 anos	206	55	0	261	13.6
40 - 44 anos	126	30	0	156	8.1
45 - 49 anos	77	15	0	92	4.8
50 - 54 anos	56	15	0	71	3.7
55 - 59 anos	58	12	0	68	3.5
60 - 64 anos	33	10	0	43	2.2
65 + anos	44	9	0	53	2.8
Ignorado	23	6	0	29	1.5
TOTAL	1 486	419	2	1 916	100

Fonte: CVEDT

Quadro 3 - CRS

Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico

01/01/1983 - 31/12/2002

Categorias de Transmissão	Ano de Diagnóstico										Total	
	≤1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Ignorado	Nº	%
Homo ou Bissexuais	152	20	19	15	22	17	17	12	9	15	298	15.6
Tóxico-dependentes	263	50	87	79	89	90	77	56	23	31	845	44.1
Homo/Tóxico-dependentes	18	3	5	0	1	0	2	2	0	2	33	1.7
Hemofílicos	7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9	0.5
Transfusionados	16	0	2	0	0	1	1	0	1	1	22	1.1
Heterossexuais	160	30	37	55	51	70	70	67	51	25	616	32.2
Mãe/Filho	18	9	4	4	6	4	2	1	1	0	49	2.6
Nosocomial	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	a) 1	0.1
Ignorada	22	2	2	3	2	1	4	6	0	1	43	2.2
TOTAL	656	114	157	156	171	183	173	144	85	77	1 916	100

Fonte: CVEDT

Nota: O ano de 1994 inclui os casos de 1983 a 1994.

a) Aguarda confirmação.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 3.1 - CRS
Distribuição dos casos por ano de diagnóstico, estado vital e sexo
01/01/1983 - 31/12/2002

ANO	Número de Casos			Número de Casos Vivos			Número de Casos Mortos		
	Homens	Mulheres	TOTAL	Homens	Mulheres	TOTAL	Homens	Mulheres	TOTAL
1983	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1984	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1985	4	1	5	3	1	4	1	0	1
1986	6	3	9	5	3	8	1	0	1
1987	12	4	16	10	4	14	2	0	2
1988	37	7	44	20	5	25	17	2	19
1989	52	8	60	33	5	38	19	3	22
1990	58	17	75	35	10	45	23	7	30
1991	83	20	a) 104	61	15	76	22	5	28
1992	90	27	117	65	22	87	25	5	30
1993	94	23	117	73	22	95	21	1	22
1994	83	26	109	72	21	93	11	5	16
1995	93	21	114	75	19	94	18	2	20
1996	122	35	157	94	31	125	28	4	32
1997	126	30	156	110	27	137	16	3	19
1998	134	36	b) 171	114	35	150	20	1	21
1999	138	45	183	125	42	167	13	3	16
2000	134	39	173	118	36	154	16	3	19
2001	112	32	144	101	29	130	11	3	14
2002	55	30	85	53	29	82	2	1	3
Ignorado	62	15	77	40	14	54	22	1	23
TOTAL	1 495	419	1 916*	1 207	370	1 578*	288	49	338*

Fonte: CVEDT

Observações:

- a) Neste ano notificou-se 1 caso de "sexo não referido", morto.
 b) Neste ano notificou-se 1 caso de "sexo não referido", vivo.

* Para totais, ver observações.

Quadro 4 - CRS

Casos por patologia (*) e categorias de transmissão

01/01/1983 - 31/12/2002

Categorias de Transmissão	PATOLOGIAS								TOTAL
	IO**	SK	IO**+SK	LINF	ENCEF	S.EMAC	PIL	SINT. CONST.	
Homo ou Bissexuais	11	0	0	0	0	0	0	287	298
Tóxico-dependentes	10	0	0	0	0	0	0	835	845
Homo/Tóxico-dependentes	1	0	0	0	0	0	0	32	33
Hemofílicos	1	0	0	0	0	0	0	8	9
Transfusionados	2	0	0	0	0	0	0	20	22
Heterossexuais	14	0	0	0	0	0	0	602	616
Mãe/Filho	1	0	0	0	0	0	0	48	49
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	a) 1	1
Ignorada	4	0	0	0	0	0	0	39	43
TOTAL	44	0	0	0	0	0	0	1 872	1 916

Fonte: CVEDT

Observações:

* Casos de CRS por patologia observada no diagnóstico, segundo categorias de transmissão.

IO	- **	IO**+SK	- Inf. Oportunista & Sarcoma de Kaposi
SK	- Sarcoma de Kaposi	PIL	- Pneumonia Intersticial Linfóide
LINF	- Linfoma	S. EMAC	- Síndrome de Emaciação por VIH
ENCEF	- Encefalopatia	SINT. CONST.	- Sintomas Constitucionais

** Outras infecções oportunistas não incluídas na classificação epidemiológica para os casos de SIDA

a) Aguarda confirmação.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 5 - CRS**Distribuição dos casos e mortes por categoria da doença oportunista**

01/01/1983 – 31/12/2002

Categoria da Doença	Casos		Mortes	
	Nº	%	Nº	%
Infecção Oportunista *	44	2.3	19	5.6
Sintomas Constitucionais	1 872	97.7	319	94.4
TOTAL	1 916	100	338	100

* Outras infecções oportunistas não incluídas na classificação epidemiológica para os casos de SIDA

Fonte: CVEDT

Quadro 6 - CRS**Distribuição dos casos por categoria da doença e sexo**

01/01/1983 – 31/12/2002

Categoria da Doença	Masculino		Feminino		Não referido	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infecção Oportunista *	38	2.5	6	1.4	0	0.0
Sintomas Constitucionais	1 457	97.5	413	98.6	2	100
TOTAL	1 495	100	419	100	2	100

* Outras infecções oportunistas não incluídas na classificação epidemiológica para os casos de SIDA

Fonte: CVEDT

Quadro 7- CRS**Distribuição dos casos por categoria da doença e tipo de vírus**

01/01/1983 – 31/12/2002

Categoria da Doença	VIH1	VIH2	VIH1+VIH2	Tipo de Virus não referido
Infecção Oportunista *	38	6	0	0
Sintomas Constitucionais	1 697	68	84	23
TOTAL	1 735	74	84	23

* Outras infecções oportunistas não incluídas na classificação epidemiológica para os casos de SIDA

Fonte: CVEDT

Quadro 8 - CRS**Distribuição dos casos e mortes segundo a residência***

01/01/1983 – 31/12/2002

Residência	Casos	Mortes
Portugal	1 846	327
Aveiro	32	6
Beja	16	3
Braga	30	6
Bragança	8	1
Castelo Branco	18	5
Coimbra	34	7
Évora	7	0
Faro	65	6
Guarda	4	1
Leiria	67	9
Lisboa	765	156
Portalegre	3	1
Porto	398	69
Santarém	28	6
Setúbal	241	38
Viana do Castelo	14	1
Vila Real	8	0
Viseu	15	2
Açores	27	8
Madeira	66	4
Estrangeiro	16	4
África	10	4
Europa	6	0
América do Norte	0	0
América do Sul	0	0
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Desconhecida	54	7
Total	1 916	338

*Residência à data da notificação

Fonte: CVEDT

INFEÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

II

CASOS CLASSIFICADOS COMO "PORTADORES ASSINTOMÁTICOS"

O efeito da terapêutica antiretroviral no decréscimo do número de mortes nos indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), associado aos novos casos de infecção (incidência), levou a um aumento do número total de indivíduos infectados na população (prevalência). Este facto determinou a modificação do(s) sistema(s) de notificação, de forma a incluir o registo dos casos "portadores" assintomáticos (PA) diagnosticados. Esta prática, iniciada na União Europeia em 2000, sempre foi possível no País.

A interpretação da informação deverá ser cautelosa, uma vez que enferma de viés epidemiológico inevitável. Assim, os valores apresentados nos quadros 1-8 PA, referentes aos casos notificados, *não correspondem ao número total de indivíduos infectados e assintomáticos diagnosticados no País*. Consideramos, no entanto, que é importante divulgar esta informação, correspondendo desta forma à colaboração que nos foi prestada e simultaneamente incentivando outros Serviços a procederem de forma idêntica.

Os "Portadores Assintomáticos" são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos que constituem o maior número de casos notificados (76,5%). Constatamos o elevado número de casos de infecção VIH assintomáticos associados principalmente a duas categorias de transmissão: "toxicodependentes" representando 52,7% do total de PA notificados, bem como a "heterossexuais" (32,4%). Contudo, analisando os anos 1997-2001, verificamos que o padrão da tendência temporal nos casos assintomáticos regista a consolidação da tendência observada, resultante do facto da categoria de transmissão "heterossexual" apresentar valores percentuais crescentes entre 1997-2001 em relação ao total de casos notificados em cada ano, enquanto os "toxicodependentes" confirmam a tendência decrescente proporcional. Para uma melhor avaliação dos padrões citados, em casos de infecção assintomáticos, será necessário incrementar este tipo de notificação. O atraso da notificação será certamente responsável pelo menor número de casos diagnosticados em 2002.

Quadro 1 - PA
Distribuição dos casos por data de diagnóstico e data de notificação
 01/01/1983 – 31/12/2002

Ano	Casos por data de DIAGNÓSTICO	Casos por data de NOTIFICAÇÃO*
1983	2	0
1984	0	0
1985	4	0
1986	11	1
1987	47	10
1988	52	23
1989	96	58
1990	142	97
1991	214	122
1992	338	133
1993	312	177
1994	445	297
1995	629	426
1996	878	342
1997	1170	612
1998	1 255	840
1999	1 124	1 381
2000	997	2 547
2001	890	1 327
2002	357	1 258
Ignorado	689	0
TOTAL	9 652	9 652

Fonte: CVEDT

* DATA DE NOTIFICAÇÃO – data em que o médico NOTIFICA o caso, sendo diferente da data de recepção.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 2 - PA

Distribuição dos casos por grupo etário e sexo

01/01/1983 - 31/12/2002

Grupo Etário	SEXO			Total	
	Masculino	Feminino	Não referido	Nº	%
0 - 11 meses	18	24	2	44	0.5
1 - 4 anos	9	12	0	21	0.2
5 - 9 anos	11	3	0	14	0.1
10 - 12 anos	5	1	0	6	0.1
13 - 14 anos	8	2	0	10	0.1
15 - 19 anos	216	178	1	395	4.1
20 - 24 anos	1187	544	0	1731	17.9
25 - 29 anos	1766	651	1	2428	25.2
30 - 34 anos	1495	519	4	2018	20.9
35 - 39 anos	928	276	2	1206	12.5
40 - 44 anos	469	142	2	613	6.4
45 - 49 anos	280	105	0	385	4.0
50 - 54 anos	173	79	0	252	2.6
55 - 59 anos	115	64	0	179	1.9
60 - 64 anos	70	41	0	111	1.2
65 + anos	70	30	0	100	1.0
Ignorado	100	36	3	139	1.4
TOTAL	6 920	2 717	16	9 652	100

Fonte: CVEDT

Quadro 3 - PA

Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico

01/01/1983 - 31/12/2002

Categorias de Transmissão	Ano de Diagnóstico										Total	
	≤1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	DESC.	Nº	%
Homo ou Bissexuais	243	71	65	74	92	75	64	66	34	32	816	8.5
Tóxico-dependentes	681	343	537	740	726	654	513	368	118	404	5 084	52.7
Homo/Tóxico-dependentes	18	5	5	9	13	4	7	3	0	3	67	0.7
Hemofílicos	33	3	0	0	1	0	0	0	1	6	44	0.5
Transfusionados	36	3	2	1	4	1	1	4	0	7	59	0.6
Heterossexuais	444	187	242	314	393	341	390	425	195	195	3 126	32.4
Mãe/Filho	25	2	3	5	5	11	3	5	5	2	66	0.7
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Ignorada	183	15	24	27	21	38	19	19	4	40	390	4.0
TOTAL	1 663	629	878	1 170	1 255	1 124	997	890	357	689	9 652	100

Fonte: CVEDT

Nota: O ano de 1994 inclui os casos de 1983 a 1994.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 3.1 - PA

Distribuição dos casos por ano de diagnóstico, estado vital e sexo

01/01/1983 – 31/12/2002

ANO	Número de Casos			Número de Casos Vivos			Número de Casos Mortos		
	Homens	Mulheres	TOTAL	Homens	Mulheres	TOTAL	Homens	Mulheres	TOTAL
1983	1	1	a) 2	1	1	2	0	0	0
1984	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1985	4	0	4	4	0	4	0	0	0
1986	10	1	11	10	1	11	0	0	0
1987	37	9	b) 47	30	8	39	7	1	8
1988	32	20	52	26	18	44	6	2	8
1989	74	22	96	68	18	86	6	4	10
1990	106	34	d) 142	98	31	130	8	3	12
1991	154	59	b) 214	137	54	192	17	5	22
1992	268	69	b) 338	243	63	307	25	6	31
1993	251	61	312	222	57	279	29	4	33
1994	323	121	b) 445	306	113	420	17	8	25
1995	445	182	e) 629	409	171	582	36	11	47
1996	641	237	878	593	223	816	48	14	62
1997	874	295	b) 1170	835	287	1123	39	8	47
1998	881	373	b) 1255	838	366	1205	43	7	50
1999	824	297	f) 1124	800	292	1095	24	5	29
2000	689	308	997	670	307	977	19	1	20
2001	553	336	b) 890	538	335	874	15	1	16
2002	209	147	c) 357	204	147	351	5	0	6
Ignorado	544	145	689	514	136	650	30	9	39
TOTAL	6 920	2 717	9 652*	6 546	2 628	9 187*	374	89	465*

Fonte: CVEDT

Observações:

- a) Sem informação do estado vital do caso.
- b) Neste ano notificou-se 1 caso de "sexo não referido", vivo.
- c) Neste ano notificou-se 1 caso de "sexo não referido", morto.
- d) Neste ano notificaram-se 2 casos de "sexo não referido", um morto e um vivo.
- e) Neste ano notificaram-se 2 casos de "sexo não referido", vivos.
- f) Neste ano notificaram-se 3 casos de "sexo não referido", vivos.

* Para totais, ver observações.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Quadro 8 - PA

Distribuição dos casos e mortes segundo a residência*

01/01/1983 - 31/12/2002

Residência	Casos	Mortes
Portugal	9 118	460
Aveiro	167	11
Beja	66	3
Braga	319	15
Bragança	36	0
Castelo Branco	31	1
Coimbra	130	6
Évora	72	2
Faro	689	33
Guarda	15	1
Leiria	226	9
Lisboa	3 143	181
Portalegre	22	2
Porto	2 232	115
Santarém	134	6
Setúbal	1 478	57
Viana do Castelo	58	3
Vila Real	54	3
Viseu	96	4
Açores	55	4
Madeira	95	4
Estrangeiro	34	1
África	20	0
Europa	11	1
América do Norte	0	0
América do Sul	3	0
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Desconhecida	500	4
Total	9 652	465

*Residência à data da notificação

Fonte: CVEDT

CASOS NOTIFICADOS EM PORTUGAL

Total acumulado dos casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana segundo a classificação epidemiológica (PA, CRS e SIDA), ano de diagnóstico e estado vital

Total de casos: 21 303

01/01/1983 – 31/12/2002

ANO	Casos de PA			Casos de CRS			Casos de SIDA		
	Vivos	Mortos	TOTAL	Vivos	Mortos	TOTAL	Vivos	Mortos	TOTAL
1983	2	0	2	0	0	0	1	0	1
1984	0	0	0	0	0	0	1	3	4
1985	4	0	4	4	1	5	8	21	29
1986	11	0	11	8	1	9	3	36	39
1987	39	8	47	14	2	16	17	61	78
1988	44	8	52	25	19	44	29	104	133
1989	86	10	96	38	22	60	43	157	200
1990	130	12	142	45	30	75	40	214	254
1991	192	22	214	76	28	104	47	254	301
1992	307	31	338	87	30	117	87	326	413
1993	279	33	312	95	22	117	137	416	553
1994	420	25	445	93	16	109	215	466	681
1995	582	47	629	94	20	114	265	525	790
1996	816	62	878	125	32	157	414	545	959
1997	1123	47	1170	137	19	156	468	487	955
1998	1205	50	1255	150	21	171	515	439	954
1999	1095	29	1124	167	16	183	564	425	989
2000	977	20	997	154	19	173	538	339	877
2001	874	16	890	130	14	144	568	303	871
2002	351	6	357	82	3	85	408	134	542
Ignorado	650	39	689	54	23	77	47	65	112
TOTAL	9 187	465	9 652	1 578	338	1 916	4 415	5 320	9 735

Fonte: CVEDT

INFECÇÃO VIH/SIDA E GRAVIDEZ

A terapêutica antiretroviral assim como o rastreio da infecção Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) na grávida, tem contribuído para a redução da transmissão vertical deste vírus. A criação e descentralização de serviços que permitem o diagnóstico voluntário, confidencial e gratuito da infecção pelo VIH, através da criação da Rede de Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce da infecção pelo VIH (*REDE CAD*), poderá também contribuir para o conhecimento da seropositividade nas grávidas.

No País, com as modificações observadas anualmente nas proporções dos casos notificados, segundo as categorias de transmissão, considerou-se oportuno conhecer se as mulheres diagnosticadas com infecção VIH se encontravam ou não grávidas, à data da notificação do caso.

Introduzimos a variável "gravidez" no ano 2000. Actualmente, coligimos informação sobre 1166 mulheres, na qual são especificados os factores de transmissão, é referida a gravidez e o estadio da infecção VIH/SIDA (Tabela 1).

Tabela 1. Casos de infecção VIH /SIDA e Gravidez

2000 - 2002

Mulheres	Estadio da Infecção VIH			Total
	PA	CRS	SIDA	
Não grávida	547	84	276	907
Grávida	239	5	15	259
Total	786	89	291	1 166

Como provável causa de transmissão da infecção VIH nas mulheres grávidas, regista-se a transmissão sexual em 222 casos (85,7%); a toxicodependência em 32 casos (12,4%) e em 3 casos (1,2%) a transfusão. Duas mulheres não especificam qualquer factor de risco.

SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002

Segundo o ano de diagnóstico da infecção, do total de mulheres grávidas, 113 casos foram diagnosticados entre 1990 e 2000, registando-se um elevado número de notificações (145) para o período 2001-2002 (Tabela 2).

Tabela 2. Ano de diagnóstico e estadio da infecção VIH em mulheres grávidas

Ano de diagnóstico da infecção VIH	Estadio da infecção VIH /SIDA				
	PA	CRS	SIDA	Total N	%
1990 - 1995	10	0	1	11	4,2
1996 - 2000	91	3	8	102	39,4
2001 - 2002	137	2	6	145	56,0
Desconhecido	1	0	0	1	0,4
Total	240	5	15	259	100

As mulheres de raça negra constituem 134 (51,7%) dos casos de gravidez, das quais 22 (16,4%) estão infectadas pelo VIH2; notificaram-se 114 casos (44,0%) em mulheres de raça branca, das quais 1 caso refere infecção pelo VIH2. Nos restantes casos não foi facultada esta informação.

Tabela 3. Gravidez, Grupo etário e Estadio da Infecção VIH

Grupo etário (anos)	Estadio da infecção VIH/SIDA				
	PA	CRS	SIDA	Total N	%
15 - 19	28	1	0	29	11,2
20 - 24	60	2	4	66	25,5
25 - 29	65	1	5	71	27,4
30 - 34	56	1	3	60	23,2
35 - 39	23	0	3	26	10,0
40 - 44	6	0	0	6	2,3
45 - 49	1	0	0	1	0,4
Total	239	5	15	259	100

Tabela 4. Gravidez, Tipo de Vírus da Imunodeficiência Humana e Estadio da Infecção

Tipo VIH	PA	CRS	SIDA	Total	
				N	%
1	206	4	14	224	86,5
2	23	0	1	24	9,3
1 + 2	9	1	0	10	3,8
Não referido	1	0	0	1	0,4
Total	239	5	15	259	100

Na análise dos casos segundo o tipo de vírus e estadio da infecção, verifica-se que em 224 (86,5%) mulheres grávidas o VIH é do tipo 1 e em 24 (9,3%) casos é do tipo 2. Os casos de dupla seropositividade aguardam confirmação (Tabela 4).

Dos 15 casos de SIDA notificados, 8 referem *tuberculose* como a principal patologia associada.

O curto período a que se reportam estes elementos, não nos permitem outras conclusões para além das apresentadas, mas podem sugerir que as mulheres jovens poderão beneficiar dos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo VIH (REDE CAD).

A SIDA NO MUNDO

Informação sobre os casos de SIDA registados mundialmente e enviados à Organização Mundial de Saúde.

Adaptado do Weekly Epidemiological Record, 2002, 77 (49) : 417 – 424

Adaptado do Weekly Epidemiological Record, 2002, 77 (50) : 425 – 430

Global situation of the AIDS pandemic, end 2002

Part I¹

WHO and UNAIDS have estimated that, at the end of 2002, the total number of people living with HIV/AIDS will have reached 42 million, comprising 38.6 million adults (19.2 million women) and 3.2 million children aged <15 years. It is also estimated that, during 2002, 5 million people became newly infected. The HIV/AIDS epidemic continues to cause large numbers of deaths, accounting for 3.1 million deaths in 2002. However, the majority of people living with HIV/AIDS are unaware that they are carrying the virus.

As of 22 November 2002, a total of 2 822 111 AIDS cases had been officially reported to WHO (*Table 1*). Information on the number of reported AIDS cases should be interpreted with caution – the proportion of reported cases varies significantly from country to country and information is almost always incomplete.

¹ Part II will appear in No. 50, 2002

Le point sur la pandémie mondiale de VIH/SIDA, fin 2002

Partie I¹

Selon les estimations de l'OMS et de l'ONUSIDA, il y aura au total dans le monde 42 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA d'ici fin 2002, dont 38,6 millions d'adultes (19,2 millions de femmes) et 3,2 millions d'enfants de moins de 15 ans. Ils estiment aussi que 5 millions de personnes auront été infectées par le VIH en 2002. L'épidémie de VIH/SIDA continue d'être la cause de nombreux décès (3,1 millions en 2002). Toutefois, la majorité des gens vivant avec le VIH/SIDA ne savent pas qu'ils sont porteurs du virus.

Au 22 novembre 2002, le nombre total des cas de SIDA officiellement notifiés à l'OMS était de 2 822 111 (*Tableau 1*). Les informations concernant le nombre de cas de SIDA déclarés doivent être interprétées avec prudence, car la proportion des cas déclarés varie sensiblement d'un pays à l'autre et les données sont presque toujours incomplètes.

La Partie II paraîtra dans le N° 50, 2002

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. Frs 230 –

8,9007 2002

ISSN 0949-8114

Printed in Switzerland

Table 1 Cumulative number of reported AIDS cases as of 22 November 2002

Tableau 1 Nombre cumulé de cas de SIDA signalés au 22 novembre 2002

Country/area — Pays/territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification	Country/area — Pays/territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification
Africa — Afrique			Canada	19 153	21.10.02
Algeria — Algérie	501	26.11.01	Cayman Islands — Îles Caïmanes	26	21.10.02
Angola	6 637	26.03.99	Chile — Chili	3 740	21.10.02
Benin — Bénin	4 957	15.04.02	Colombia — Colombie	8 433	21.10.02
Botswana	10 178	26.10.00	Costa Rica	2 102	21.10.02
Burkina Faso	17 081	23.09.02	Cuba	1 197	21.10.02
Burundi	25 361	25.09.00	Dominica — Dominique	134	21.10.02
Cameroon — Cameroun	18 986	15.05.02	Dominican Republic — République dominicaine	5 461	21.10.02
Cape Verde — Cap-Vert	408	24.10.02	Ecuador — Equateur	1 559	21.10.02
Central African Republic — République centrafricaine	7 016	30.05.97	El Salvador	2 985	21.10.02
Chad — Tchad	13 385	01.02.00	French Guiana — Guyane française	641	21.10.02
Comoros — Comores	27	27.10.99	Grenada — Grenade	118	21.10.02
Congo	40 643	17.10.00	Guadeloupe	809	21.10.02
Côte d'Ivoire	55 957	08.08.00	Guatemala	4 335	21.10.02
Democratic Republic of the Congo — République démocratique du Congo	85 058	20.10.99	Guyana	1 615	25.10.02
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale	875	18.10.00	Haiti — Haïti	8 902	21.10.02
Eritrea — Érythrée	20 348	15.08.02	Honduras	11 935	21.10.02
Ethiopia — Éthiopie	100 353	04.07.99	Jamaica — Jamaïque	5 544	21.10.02
Gabon	5 423	25.10.02	Martinique	436	21.10.02
Gambia — Gambie	637	15.06.99	Mexico — Mexique	48 235	21.10.02
Ghana	52 110	23.08.02	Montserrat	8	21.10.02
Guinea — Guinée	8 448	14.06.99	Netherlands Antilles — Antilles néerlandaises	235	21.10.02
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	1 160	10.08.00	Nicaragua	291	21.10.02
Kenya	81 492	28.09.98	Panama	3 633	21.10.02
Lesotho	14 640	27.11.01	Paraguay	469	21.10.02
Liberia — Libéria	532	06.12.02	Peru — Pérou	10 009	21.10.02
Madagascar	42	03.10.02	Saint Kitts and Nevis — Saint-Kitts-et-Nevis	68	21.10.02
Malawi	54 512	21.05.98	Saint Lucia — Sainte-Lucie	136	21.10.02
Mali	5 263	14.10.99	Saint Vincent and the Grenadines — Saint-Vincent-et-les Grenadines	229	21.10.02
Mauritania — Mauritanie	532	31.05.97	Suriname	550	21.10.02
Mauritius — Maurice	70	28.10.02	Trinidad and Tobago — Trinité-et-Tobago	3 384	21.10.02
Mozambique	25 024	30.04.00	Turks and Caicos Islands — Îles Turques et Caïques	39	21.10.02
Namibia — Namibie	26 096	23.11.99	United States of America — États-Unis d'Amérique	806 157	21.10.02
Niger	5 598	07.11.01	Uruguay	1 365	21.10.02
Nigeria — Nigeria	60 564	13.09.99	Venezuela	7 546	21.10.02
Reunion — Réunion	166	31.12.95	Total	1 200 799	
Rwanda	22 594	31.12.97	Eastern Mediterranean — Méditerranée orientale		
Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe	69	14.10.99	Afghanistan	0	17.10.99
Senegal — Sénégal	2 912	20.11.99	Bahrain — Bahreïn	82	04.11.01
Seychelles	41	11.10.00	Cyprus — Chypre	137	22.11.01
Sierra Leone	317	21.08.98	Djibouti	1 783	06.04.99
South Africa — Afrique du Sud	12 825	30.10.98	Egypt — Égypte	314	31.10.01
Swaziland	4 787	15.07.99	Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	215	14.12.01
Togo	12 047	17.10.00	Iraq	108	18.04.99
Uganda — Ouganda	55 861	04.09.01	Jordan — Jordanie	112	29.10.02
United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	130 386	11.08.99	Kuwait — Koweït	66	09.11.01
Zambia	44 942	31.07.97	Lebanon — Liban	147	02.03.99
Zimbabwe	74 782	21.12.01	Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	74	12.11.01
Total	1 111 663		Morocco — Maroc	1 010	29.10.02
Americas — Amériques			Oman	506	28.10.02
Anguilla	5	21.10.02	Pakistan	210	06.11.01
Antigua and Barbuda — Antigua-et-Barbuda	113	21.10.02	Qatar	125	
Argentina — Argentine	17 615	21.10.02	Saudi Arabia — Arabie saoudite	414	19.10.01
Aruba	37	21.10.02	Somalia — Somalie	13	25.10.01
Bahamas	3 498	21.10.02	Sudan — Soudan	4 004	11.02.99
Barbados — Barbade	1 199	21.10.02	Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	83	25.10.02
Belize	393	21.10.02	Tunisia — Tunisie	541	26.10.01
Bermuda — Bermudes	424	21.10.02			
Bolivia — Bolivie	217	21.10.02			
Brazil — Brésil	215 799	03.10.02			
British Virgin Islands — Îles Vierges britanniques	20	21.10.02			

Country/area — Pays/territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification	Country/area — Pays/territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification
United Arab Emirates — Emirats arabes unis	22	27.10.02	Bhutan — Bhoutan	3	28.10.01
West Bank and Gaza Strip — Cisjordanie et bande de Gaza	33	21.08.99	Democratic People's Republic of Korea — République populaire démocratique de Corée	0	30.11.96
Yemen — Yémen	156	25.02.99	India — Inde	13 236	22.10.02
Total	10 155		Indonesia — Indonésie	635	05.11.01
Europe			Maldives	11	31.10.02
Albania* — Albanie*	15	22.10.02	Myanmar	2 568	31.03.98
Armenia — Arménie	29	03.10.02	Nepal — Népal	415	02.10.00
Austria* — Autriche*	2 155	22.10.02	Sri Lanka	95	23.10.02
Azerbaijan — Azerbaïdjan	50	15.10.02	Thailand — Thaïlande	188 117	13.10.01
Belarus* — Bélarus*	40	22.10.02	Total	205 090	
Belgium* — Belgique*	2 939	22.10.02	Western Pacific — Pacifique occidental		
Bosnia and Herzegovina* — Bosnie-Herzégovine*	35	22.10.02	American Samoa — Samoa américaines	1	23.10.01
Bulgaria* — Bulgarie*	33	22.10.02	Australia — Australie	8 602	29.10.02
Croatia — Croatie	182	11.10.02	Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam	20	29.10.02
Czech Republic — République tchèque	155	18.10.02	Cambodia — Cambodge	9 312	
Denmark* — Danemark*	2 353	06.02	China — Chine	1 490	29.10.02
Estonia — Estonie	29	18.10.02	Cook Islands — Îles Cook	0	29.10.02
Finland* — Finlande*	331	22.10.02	Fiji — Fidji	18	29.10.02
France*	54 723	22.10.02	French Polynesia — Polynésie française	75	30.10.02
Georgia* — Géorgie*	70	22.10.02	Guam	73	29.10.02
Germany* — Allemagne*	20 878	22.10.02	Hong Kong Special Administrative Region of China — Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	549	29.10.02
Greece* — Grèce*	2 254	22.10.02	Japan — Japon	2 573	30.10.02
Hungary* — Hongrie*	403	22.10.02	Kiribati	12	30.10.02
Iceland* — Islande*	52	22.10.02	Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao	189	29.10.02
Ireland* — Irlande*	718	22.10.02	Macao Special Administrative Region of China — Macao, Région administrative spéciale de la Chine	23	31.10.02
Israel* — Israël*	757	22.10.02	Malaysia — Malaisie	5 743	29.10.02
Italy* — Italie*	49 423	22.10.02	Marshall Islands — Îles Marshall	2	29.10.02
Kazakhstan* — Kirghizistan*	47	22.10.02	Micronesia (Federated States of) — Micronésie (États fédérés de)	1	29.10.02
Kyrgyzstan* — Kirghizistan*	27	22.10.02	Mongolia — Mongolie	2	30.10.02
Latvia* — Lettonie*	116	22.10.02	Nauru	0	29.10.02
Lithuania* — Lituanie*	52	22.10.02	New Caledonia and Dependencies — Nouvelle-Calédonie et Dépendances	83	29.10.02
Luxembourg*	156	22.10.02	New Zealand — Nouvelle-Zélande	746	26.10.01
Malta* — Malte*	53	22.10.02	Niue	0	29.10.02
Monaco*	40	22.10.02	Northern Mariana Islands — Îles Mariannes du Nord	15	30.10.02
Netherlands* — Pays-Bas*	5 423	22.10.02	Palau — Palaos	4	29.10.02
Norway* — Norvège*	721	22.10.02	Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	867	29.10.02
Poland* — Pologne*	1 071	22.10.02	Philippines	537	31.10.02
Portugal	8 232	04.10.02	Republic of Korea — République de Corée	214	29.11.02
Republic of Moldova* — République de Moldova*	34	22.10.02	Samoa	10	30.10.02
Romania — Roumanie	7 840	22.10.02	Singapore — Singapour	826	25.10.01
Russian Federation* — Fédération de Russie*	451	22.10.02	Solomon Islands — Îles Salomon	0	29.10.02
San Marino* — Saint-Marin*	15	22.10.02	Tokelau	0	29.10.02
Slovakia* — Slovaquie*	30	22.10.02	Tonga	0	29.10.02
Slovenia* — Slovénie*	96	18.10.02	Tuvalu	0	29.10.02
Spain* — Espagne*	63 252	22.10.02	Vanuatu	0	29.10.02
Sweden* — Suède*	1 804	22.10.02	Viet Nam	5 332	29.10.02
Switzerland — Suisse	7 207	30.09.02	Wallis and Futuna Islands — Îles Wallis et Futuna	1	26.10.01
Tajikistan* — Tadjikistan*	0	22.10.02	Total	37 347	
The Former Yugoslav Republic of Macedonia* — Ex-République yougoslave de Macédoine*	44	22.10.02	World total — Total mondial	2 822 111	
Turkey* — Turquie*	391	22.10.02			
Turkmenistan* — Turkménistan*	1	22.10.02			
Ukraine*	2 929	22.10.02			
United Kingdom* — Royaume-Uni*	18 384	22.10.02			
Uzbekistan* — Ouzbékistan*	11	22.10.02			
Yugoslavia, Federal Republic of* — Yougoslavie, République fédérale de*	960	22.10.02			
Total	257 057				
South-East Asia — Asie du Sud-Est					
Bangladesh	10	31.03.98			

* Euro HIV is the source for this data. — Euro VIH est la source de ces données.

Regional trends

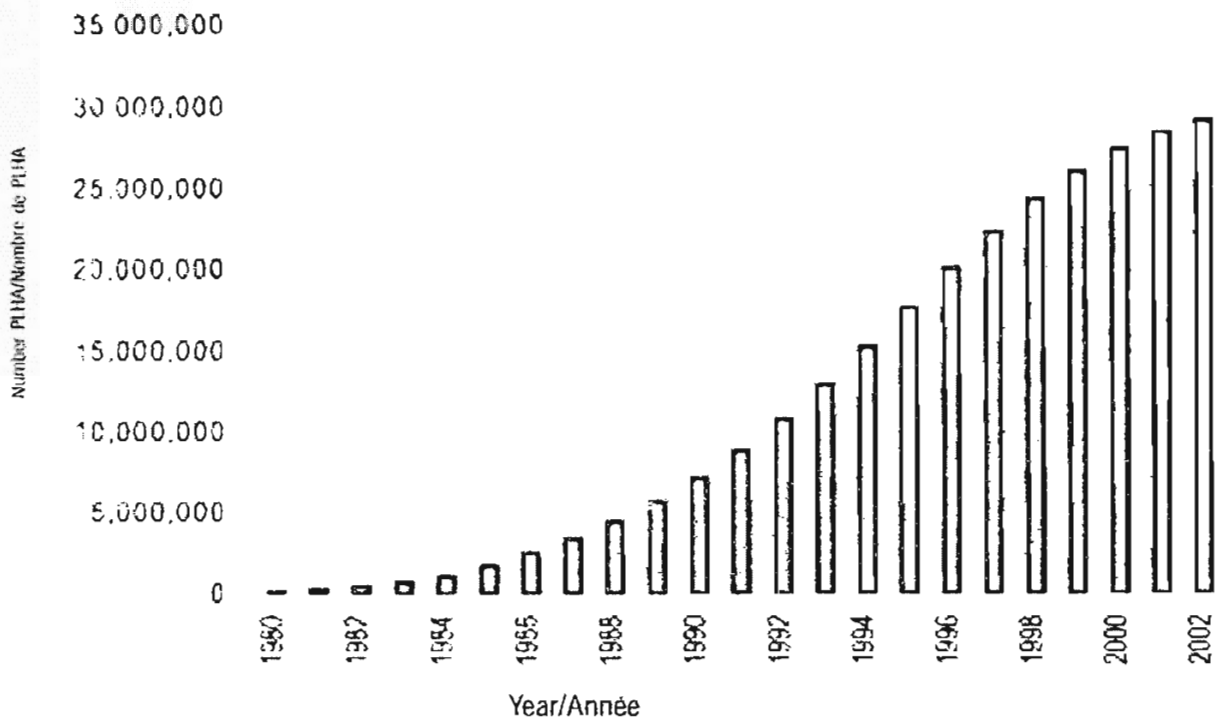
During 2002, HIV/AIDS has killed around 2.4 million in the **African region**, and an estimated 3.5 million new HIV infections occurred. From 1992 to 2002, the estimated number of people living with HIV/AIDS almost tripled, rising from 10 822 753 to 29 115 679, and Africa remains the hardest-hit region (*Fig. 1A*).

Tendances régionales

Au cours de l'année 2002, le SIDA a tué 2,4 millions de personnes dans la **Région de l'Afrique**, et le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH est estimé à 3,5 millions. Entre 1992 et 2002, le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH/SIDA a presque triplé, passant de 10 822 753 à 29 115 679, et l'Afrique reste la région la plus touchée (*figure 1A*).

Fig. 1A Estimated number of people living with HIV/AIDS (PLHA), African Region (1980-2002)

Fig. 1A Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, Région de l'Afrique (1980-2002)



The second most affected region is **South and South-East Asia**, where the epidemic has claimed 440 000 lives. At the end of 2002, an estimated 6 million adults and children were living with HIV/AIDS, including 700 000 newly infected individuals. The estimated number of people living with HIV/AIDS tripled between 1992 and 2002, increasing from 1 873 663 to 5 463 007 (*Fig. 1B*).

The **region of the Americas** has the third highest number of people living with HIV/AIDS, with a steady increase in estimated numbers since the beginning of the epidemic in 1980 (*Fig. 1C*). An estimated 2 920 000 people are living with HIV/AIDS at the end of 2002, of whom 255 000 are newly infected. The number of deaths due to HIV/AIDS during 2002 in this region reached 117 000.

The epidemic in the **Western Pacific region** began late, but HIV/AIDS prevalence has risen dramatically since 1997. The number of people living with HIV/AIDS has increased more than 4-fold, from an estimated 363 573 in 1997 to an estimated total of 1 681 479 by the end of 2002 (*Fig. 1D*).

Vient ensuite la **Région de l'Asie du Sud et du Sud-Est**, où l'épidémie a fait 440 000 morts. A la fin de 2002, on estimait à 6 millions le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA et à 700 000 celui de nouveaux cas d'infection. Le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH/SIDA a triplé entre 1992 et 2002, passant de 1 873 663 à 5 463 007 (*figure 1B*).

La **Région des Amériques** se place en troisième position, avec une augmentation régulière des estimations depuis le début de l'épidémie en 1980 (*figure 1C*). On estime que 2 920 000 personnes vivaient avec le VIH/SIDA fin 2002, et qu'il y a eu 255 000 nouveaux cas d'infection. Dans cette région, en 2002 le nombre de décès dus au VIH/SIDA a atteint 117 000.

L'épidémie a démarré plus tard dans la **Région du Pacifique occidental**, mais la prévalence du VIH/SIDA est montée en flèche depuis 1997. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA a plus que quadruplé, passant, selon les estimations, de 363 573 en 1997 à 1 681 479 à la fin de 2002 (*figure 1D*).

Fig. 18 Estimated number of people living with HIV/AIDS (PLHA), South and South-East Asia Region (1980-2002)

Fig. 18 Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, Région de l'Asie du Sud et du Sud-Est (1980-2002)

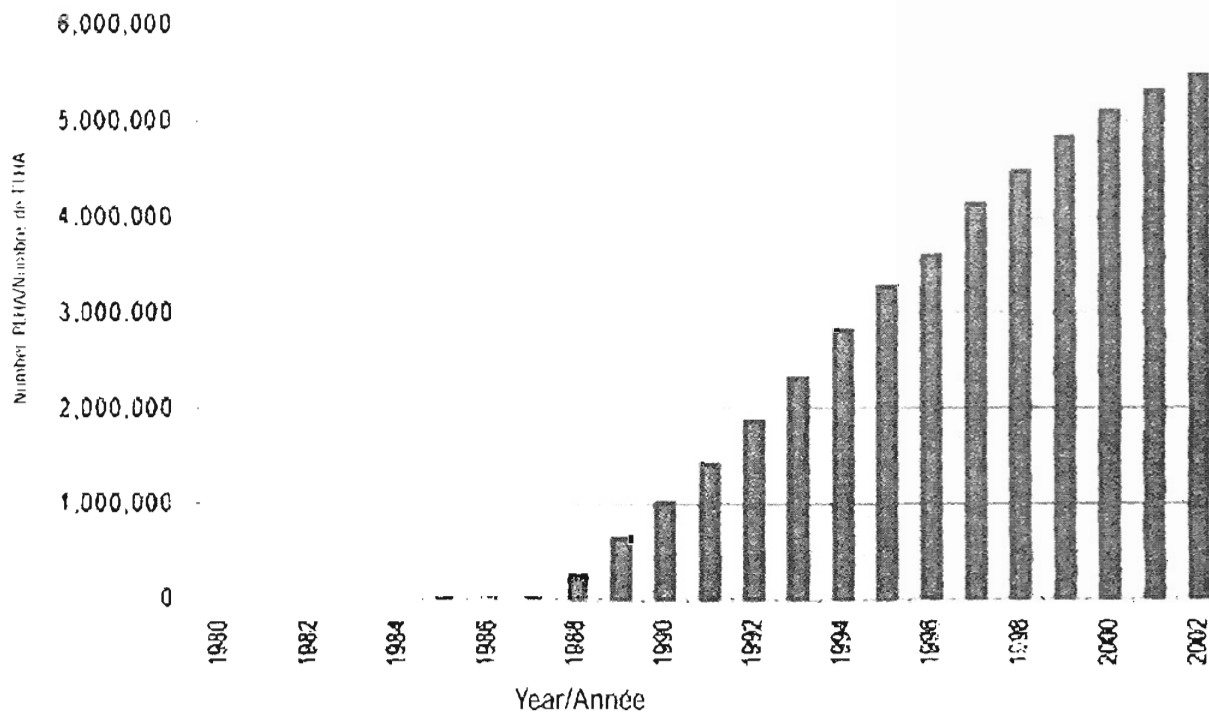


Fig. 19 Estimated number of people living with HIV/AIDS (PLHA), Region of the Americas (1980-2002)

Fig. 19 Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, Région des Amériques (1980-2002)

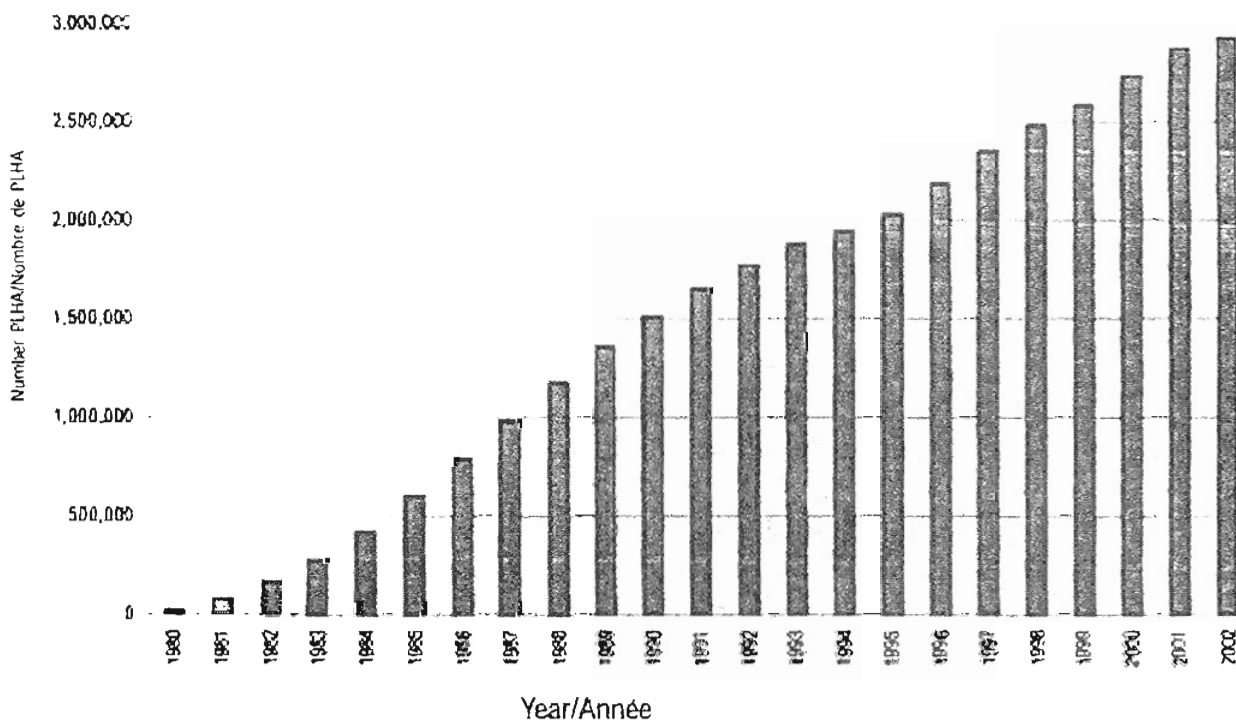
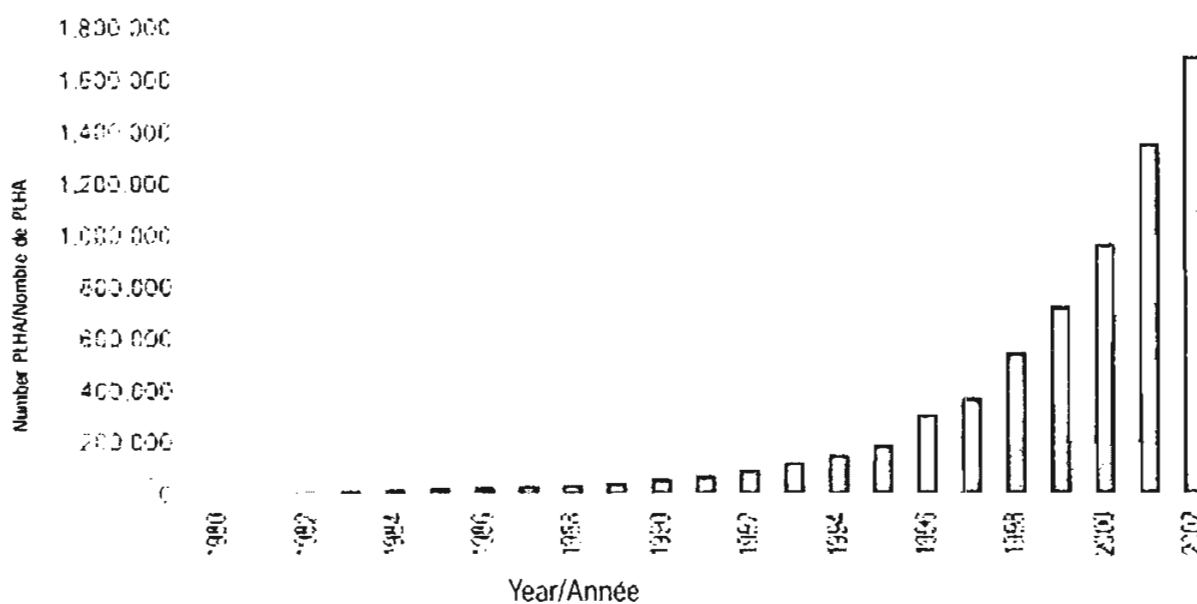


Fig. 1D Estimated number of people living with HIV/AIDS (PLHA), Western Pacific Region (1980-2002)

Fig. 1D Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, Région du Pacifique occidental (1980-2002)



The **European region** – particularly the Eastern Europe and Central Asian areas – shows a similar pattern, with a steep increase in the estimated number of persons infected with HIV and living with AIDS from 545 000 in 1996 to 1 770 000 in 2002 (Fig. 1E and Table 2).

La situation est analogue dans la **Région européenne**, en particulier dans les zones d'Europe orientale et d'Asie centrale, avec une forte augmentation du nombre estimatif de personnes infectées par le VIH et de malades du SIDA, qui de 545 000 en 1996, est passée à 1 770 000 en 2002 (figure 1E et Tableau 2).

Fig. 1E Estimated number of people living with HIV/AIDS (PLHA), European Region (1980-2002)

Fig. 1E Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, Région européenne (1980-2002)

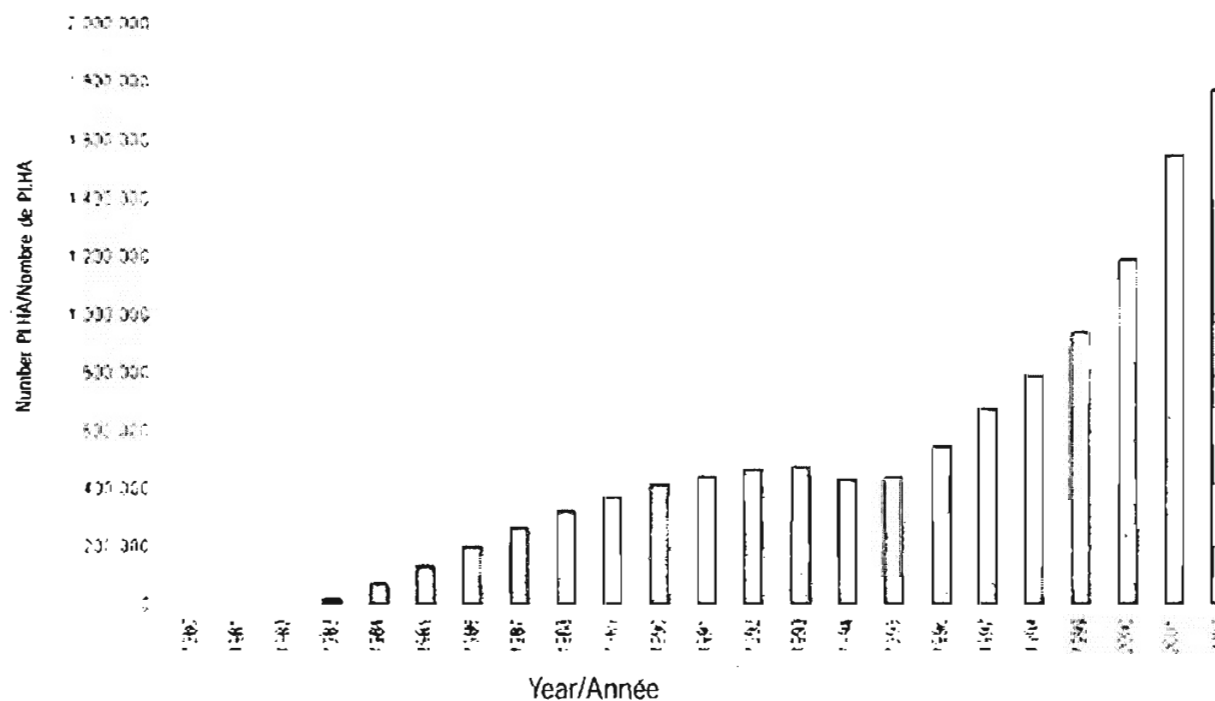


Table 2 Regional HIV/AIDS statistics and features, end 2002

Table 2 Statistiques et caractéristiques régionales du VIH/SIDA, fin 2002

Region – Région	Epidemic started / Début de l'épidémie	Adults and children living with HIV/AIDS Adultes et enfants vivants avec le VIH/SIDA (millions)	Adults and children newly infected with HIV Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH (millions)	Adult prevalence rate ^a Taux de prévalence chez les adultes ^a (%)	Women among HIV-positive adults Femmes parmi les adultes séropositifs pour le VIH (%)	Main modes of transmission ^b Principaux modes de transmission ^b
Sub-Saharan Africa – Afrique subsaharienne	late 70s–early 80s / fin des années 70- début des années 80	29.4	3.5	8.8	58	Hetero
North Africa and Middle East – Afrique du Nord et Moyen-Orient	late 80s / fin des années 80	0.55	0.083	0.3	55	Hetero, IDU
South and South-East Asia – Asie du Sud et du Sud-Est	late 80s / fin des années 80	6.0	0.7	0.6	36	Hetero, IDU
East Asia and Pacific – Asie de l'Est et Pacifique	late 80s / fin des années 80	1.2	0.27	0.1	24	IDU, hetero, MSM
Latin America – Amérique latine	late 70s–early 80s / fin des années 70- début des années 80	1.5	0.15	0.6	30	MSM, IDU, hetero
Caribbean – Caraïbes	late 70s–early 80s / fin des années 70- début des années 80	0.44	0.06	2.4	50	Hetero, MSM
Eastern Europe and Central Asia – Europe orientale et Asie centrale	early 90s / fin des années 90	1.2	0.25	0.6	27	IDU
Western Europe – Europe occidentale	late 70s–early 80s / fin des années 70- début des années 80	0.57	0.03	0.3	25	MSM, IDU
North America – Amérique du Nord	late 70s–early 90s / fin des années 70- début des années 90	0.98	0.045	0.6	20	MSM, IDU, hetero
Australia and New Zealand – Australie et Nouvelle-Zélande	late 70s–early 80s / fin des années 70- début des années 80	0.015	0.0005	0.1	7	MSM
Total		42	5	1.2	50	

^a The proportion of adults (aged 15–49) living with HIV/AIDS in 2002, using 2002 population numbers. – Proportion d'adultes (âges de 15–49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2002, base sur les chiffres de population 2002.

^b Hetero: heterosexual transmission; IDU: transmission through injecting drug use; MSM: sexual transmission among men who have sex with men. – Hetero: transmission hétérosexuelle; IDU: transmission chez les consommateurs de drogue par injection; MSM: transmission sexuelle chez les hommes ayant des rapports homosexuels.

The HIV/AIDS epidemic is affecting the Eastern Mediterranean region to a lesser extent. Nonetheless, the number of people living with HIV/AIDS is rising and will reach an estimated 675 681 by the end of 2002. The number of people newly infected during 2002 is relatively low at 83 000 but conceals the fact that some countries in the region are facing a generalized epidemic (Fig. 1F and Table 2).

The spread of HIV/AIDS continues in all regions of the world, but more so in some (South and South-East Asia and the Western Pacific) than in others. However, some countries have been able to reduce the national prevalence of HIV, often through national commitments, large-scale preventive programmes, and targeted interventions.

Evidence from some cities – such as Addis Ababa (Ethiopia) and Lusaka (Zambia) – and from South Africa illustrates a decline in HIV prevalence among pregnant women: in South Africa, rates for women under 20-year-old fell from 21% in 1998 to 15.4% in 2001. Cambodia has reported stabilizing levels of infection: HIV prevalence rates among pregnant women in major urban areas fell from 3.2% in 1996 to 2.8% in 2002 (see Part II).¹

¹ Part II will appear in No. 50, 2002.

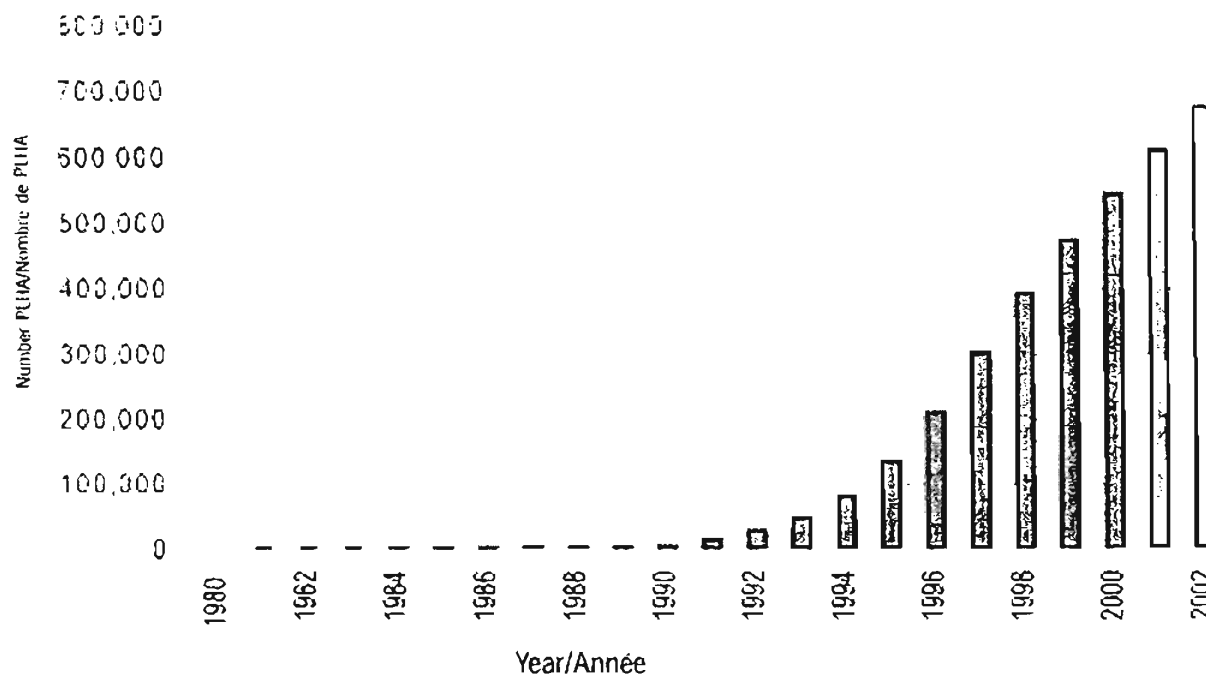
La Région de la Méditerranée orientale est moins touchée par l'épidémie de VIH/SIDA. Néanmoins, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA progresse et devrait atteindre 675 681 à la fin de 2002. Le nombre de nouveaux cas d'infection en 2002 est relativement faible (83 000) mais masque le fait que l'épidémie est généralisée dans certains pays de la Région (figure 1F et tableau 2).

Le VIH/SIDA continue de se propager dans toutes les régions du monde, mais dans certaines (Asie du Sud et du Sud-Est et Pacifique occidentale) plus que dans d'autres. Certains pays ont cependant réussi à réduire la prévalence du VIH, la plupart du temps grâce à des engagements nationaux, à des programmes de prévention à grande échelle et à des interventions ciblées.

Dans certaines villes comme Addis-Abeba (Ethiopie) et Lusaka (Zambie) ainsi qu'en Afrique du Sud, les chiffres indiquent une baisse de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes: en Afrique du Sud, le taux chez les femmes âgées de moins de 20 ans est passé de 21% en 1998 à 15,4% en 2001. Au Cambodge, les taux officiels se stabilisent: dans les grandes agglomérations, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est passée de 3,2% en 1996 à 2,8% en 2002 (voir Partie II).¹

¹ La Partie II paraîtra dans le N° 50, 2002.

Fig. 1F Estimated number of people living with HIV/AIDS (PLHA), Eastern Mediterranean Region (1980-2002)
 Fig. 1F Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, Région de la Méditerranée orientale (1980-2002)



Western Europe and North America have benefited from the implementation of highly active antiretroviral therapy (HAART), which slows the progression of HIV infection to AIDS and AIDS mortality. Several Latin American countries have demonstrated that implementation of HAART is feasible and can efficiently reduce AIDS mortality in less developed countries as well. Lessons learned worldwide and increasing financial support should contribute to further altering the course of the epidemic. ■

On constate une amélioration en Europe occidentale et en Amérique du Nord grâce au traitement antirétroviral hautement actif, qui ralentit l'évolution de l'infection à VIH vers le SIDA, et donc la mortalité par SIDA. Plusieurs pays d'Amérique latine ont montré que ce traitement peut aussi être appliqué et sensiblement réduire la mortalité par SIDA dans les pays moins développés. L'expérience acquise de par le monde et l'accroissement de l'appui financier devraient permettre de changer un peu plus encore le cours de l'épidémie. ■

HIV/AIDS surveillance and global estimates

Part II¹

The second part of this article discusses the value of AIDS and HIV surveillance and the methodology used for estimates.

AIDS surveillance consists of reporting of AIDS cases on a yearly basis. As of 22 November 2002, a total of 2 822 111 AIDS cases had been officially reported to WHO, compared with 2 784 317 in 2001, an increase of 1.4%. Although AIDS cases continue to be reported to WHO, there are two critical limitations to the value of the reports. The principal limitation is the great variation in completeness of reporting. In the most heavily affected countries, the completeness of AIDS case reporting may be less than 10%, while in highly industrialized countries, estimates of reporting completeness vary from 75% to 94%. The high variability in AIDS case reporting, and the substantial underreporting from the most heavily affected countries, restricts the usefulness of these data for global estimates of the AIDS epidemic. A second limitation is the variation in AIDS case definitions between regions of the world, for both adult and paediatric cases. The increasing number of people receiving antiretroviral (ARV) treatment also affects AIDS reporting.

Surveillance is primarily concerned with ascertaining trends. It is virtually impossible to assess the severity of underreporting bias from year to year, but variability is very likely. Therefore, it is impossible to confidently as-

Surveillance du VIH/SIDA et estimations mondiales

Partie II¹

La deuxième partie de cet article traite de l'intérêt que présente la surveillance du SIDA et de l'infection à VIH ainsi que des méthodes utilisées pour calculer les estimations.

La surveillance du SIDA consiste à déclarer les cas de SIDA pour l'année. Au 22 novembre 2002, 2 822 111 cas de SIDA ont été officiellement notifiés à l'OMS, contre 2 784 317 en 2001, soit une augmentation de 1,4%. Bien que l'on continue de déclarer les cas de SIDA à l'OMS, ces données présentent deux inconvénients majeurs. Le plus important est que la proportion des cas de SIDA notifiés varie considérablement. Dans les pays les plus touchés, elle est parfois inférieure à 10%, tandis que dans les pays industrialisés, elle se situe entre 75% et 94%. Étant donné la forte variation de la proportion des cas de SIDA notifiés et l'importance de la sous-déclaration dans les pays les plus touchés, ces données présentent un intérêt limité pour le calcul des estimations mondiales concernant l'épidémie de SIDA. L'autre inconvénient est que la définition du cas de SIDA varie d'une région à l'autre, tant pour les adultes que pour les enfants. L'augmentation du nombre de malades bénéficiant d'un traitement antirétroviral influe également sur la déclaration des cas de SIDA.

La surveillance sert essentiellement à dégager des tendances. Il est pratiquement impossible d'évaluer l'importance du biais dû à la sous-déclaration d'une année sur l'autre, mais il est très probable qu'il varie. Il est donc impossible d'éva-

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. Fr. 115,- / Fr. S. 130,-

A 500 / 2002
ISSN 0049-6114
Printed in Switzerland

¹ See No. 49, 2002, pp. 417-424.

¹ Voir N° 49, 2002, pp. 417-424.

sess trends in AIDS cases from reported data. AIDS case data may be useful for an assessment of male–female ratios, provided that there is no selective underreporting by sex, and continues to be used as a method for assessing the relative importance of different modes of transmission. The latter approach is used not because the distribution of AIDS cases by mode of transmission is considered to be highly accurate, but because no other reliable direct sources of such data are currently available.

Re-evaluation of the potential usefulness of AIDS case reporting is taking place, stimulated by the increasing availability of ARV treatment. Clinical and/or laboratory assessments of people with advanced HIV infection will be undertaken increasingly to decide whether or not to initiate treatment.² If such data were to be collected in a systematic way as part of a programme monitoring and evaluation system, the numbers of people starting treatment could be monitored at the national and subnational levels. The AIDS case definition would be revisited because people on treatment may develop AIDS more than once during their lifetime; other outcomes, such as 2- or 5-year survival, may be more useful.

HIV surveillance

HIV sero-surveillance systems have been in place in countries since the WHO Global Programme on AIDS was established in 1987, and have evolved over time. Data on HIV prevalence and incidence are much more useful than AIDS case data for health planning, programme, and evaluation purposes. During the 1990s, surveillance systems were gradually improved in many countries. A number of important conceptual and practical changes were developed and combined under an initiative called Second Generation Surveillance.³ The aims of Second Generation Surveillance are to develop surveillance systems that:

- are dynamic and appropriate to the state of epidemic;
- combine biological and behavioural data to assess trends;
- integrate information from other sources;
- use the data produced to increase and improve the national response.

These recommendations are to be used flexibly and tailored to the type of epidemic a country is facing. The HIV epidemic has been categorized into three states: low level, concentrated, and generalized.

Low level: when HIV has existed for many years but has never spread to significant levels in any subpopulation (i.e. not consistently exceeded 5% in any defined high-risk subpopulation, such as sex workers or intravenous drug users). In countries with a low-level epidemic, surveillance of behaviours and sexually transmitted infections (STIs) among population groups with high-risk behaviours is the most

luer avec certitude les tendances de l'épidémie de SIDA d'après les données officielles. Les cas notifiés de SIDA peuvent être utiles pour connaître la proportion hommes-femmes, à condition que la sous-déclaration ne soit pas plus marquée pour un sexe que pour l'autre, et servent toujours à estimer l'importance relative des différents modes de transmission. On utilise ces données non pas parce que la distribution des cas de SIDA par mode de transmission est considérée comme très exacte, mais parce que ce sont les seules sources directes fiables dont on dispose actuellement.

Les traitements antirétroviraux, étant de plus en plus utilisés, on s'interroge sur l'utilité de la notification des cas de SIDA. Davantage d'examen cliniques et/ou d'analyses de laboratoire seront faits pour décider s'il convient ou non de mettre en route un traitement pour les cas avancés d'infection à VIH.² Si de telles données étaient recueillies de manière systématique dans le cadre d'un système de suivi et d'évaluation des programmes, on pourrait connaître le nombre de malades mis sous traitement aux niveaux national et local. Il faudrait alors revoir la définition du cas de SIDA car les sujets sous traitement peuvent développer un SIDA plusieurs fois au cours de leur vie ; d'autres chiffres, comme la survie au bout de 2 ou 5 ans, seraient peut-être plus utiles.

Surveillance de l'infection à VIH

Des systèmes de séro-surveillance du VIH ont été mis en place dans les pays dès la création du Programme mondial OMS de Lutte contre le SIDA en 1987 et ont évolué depuis. Les chiffres de prévalence et d'incidence de l'infection à VIH sont bien plus utiles pour la planification, la programmation et l'évaluation que le nombre de cas de SIDA. Au cours des années 90, les systèmes de surveillance se sont progressivement améliorés dans de nombreux pays. D'importants changements ont été apportés dans la conception et dans la pratique au titre de l'initiative Surveillance de deuxième génération.³ La surveillance de deuxième génération vise à mettre en place des systèmes qui :

- soient dynamiques et adaptés aux caractéristiques de l'épidémie;
- associent données biologiques et comportementales pour évaluer les tendances ;
- tiennent compte d'informations provenant d'autres sources ;
- se servent des données obtenues pour étendre et améliorer l'action nationale.

Ces recommandations doivent être appliquées avec souplesse et adaptées au type d'épidémie observée dans le pays. On distingue trois catégories d'épidémie d'infection à VIH: peu étendue, concentrée, généralisée.

Epidémie peu étendue: le VIH est présent depuis longtemps mais ne s'est jamais répandu dans aucune sous-population au point d'atteindre un taux important (le taux n'est jamais régulièrement supérieur à 5% dans aucune sous-population à haut risque comme les prostitué(e)s ou les utilisateurs de drogue par voie intra-veineuse). Dans les pays où l'épidémie est peu étendue, la stratégie la plus efficace est la surveillance des comportements et des infections

Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: guidelines for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2002.
Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. World Health Organization, 2000. (document WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5).

² Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées: recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

³ *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance.* World Health Organization, 2000 (document WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5).

effective strategy but may be supplemented with HIV surveillance in subpopulations at lower risk, and with HIV and AIDS case reporting. Tracking of HIV in donated blood may provide additional information.

Concentrated: epidemics in which HIV has spread rapidly in a defined subpopulation but is not well established in the general population (i.e. consistently >5% in one subpopulation, but not >1% in pregnant women in urban areas). In countries with a concentrated epidemic, emphasis should be placed on HIV and behavioural surveillance in subpopulations at greater risk and in groups that could effectively bridge from these to the general population, on cross-sectional behavioural surveys in the general population, and on HIV sentinel surveillance in pregnant women in urban areas.

Generalized: epidemics in which HIV is firmly established in the general population (i.e. consistently >1% in pregnant women in urban areas). Emphasis should be placed on sentinel HIV surveillance among pregnant women in both urban and rural areas, cross-sectional surveys of behaviour in the general population and in young people, HIV and behavioural surveillance in subpopulations with high-risk behaviours, and collection of data on AIDS morbidity and mortality.

This classification is based on proxy prevalence estimates, but sometimes a single country may have the three epidemic states simultaneously in different geographical areas.

The results of activities based on the principles of Second Generation Surveillance provide more comprehensive information for interpreting the course of the HIV/AIDS epidemic. For example, in South Africa, a country with a generalized epidemic, trends in HIV prevalence among antenatal clinic attendees reveal the rapid increase in the epidemic from 1992 to 1997, followed by a levelling in recent years (Fig. 1). This trend is based on an increasingly large number of antenatal clinics participating in the surveillance system, which in recent years has been based on probability proportional to size (PPS) sampling. In each province a sample of clinics is drawn, based on the number of antenatal clients. Most countries with generalized epidemics carry out surveillance based on a more limited number of clinics. Consistency of reporting over time by the same sites is crucial for the monitoring of trends.

The epidemic in the Russian Federation is currently classified as a concentrated epidemic. Following subpopulations at high risk is the focus of the surveillance system, enabling the country to monitor the spread of the developing HIV epidemic. Fig. 2 shows the dramatic increase in HIV since 1998 among injecting drug users in Saint Petersburg (Russian Federation).

The surveillance system in Cambodia has improved in recent years. HIV prevalence among sex workers and pregnant women has been declining continuously, accompanied by a reduction in STIs and an increase in condom use among sex workers (Fig. 3).

sexuellement transmissibles (IST) chez les groupes qui ont des comportements à haut risque, mais elle peut être complétée par la surveillance du VIH dans des sous-populations à moindre risque et par la notification des cas d'infection à VIH et de SIDA. Le dépistage du VIH dans les dons de sang fournira des informations supplémentaires.

Epidémie concentrée: le VIH s'est répandu rapidement dans une sous-population définie mais n'est pas solidement implanté dans la population générale (taux régulièrement supérieur à 5% dans une sous-population mais ne dépassant pas 1% chez les femmes enceintes des zones urbaines). Les pays où l'épidémie est concentrée devraient privilégier la surveillance du VIH et des comportements chez les sous-populations les plus à risque et chez les groupes qui, dans la pratique, peuvent faire la jonction entre celle-ci et la population générale, les enquêtes transversales sur les comportements de la population générale et la surveillance du VIH par réseau sentinelle chez les femmes enceintes des zones urbaines.

Epidémie généralisée: le VIH est solidement implanté dans la population générale (taux régulièrement supérieur à 1% chez les femmes enceintes des zones urbaines). Il faut privilégier la surveillance du VIH par réseau sentinelle chez les femmes enceintes des zones urbaines et rurales, les enquêtes transversales sur les comportements de la population générale et des jeunes, la surveillance du VIH et des comportements chez les sous-populations qui ont des comportements à haut risque et le recueil de données sur la morbidité et la mortalité liées au SIDA.

Ces catégories ont été définies sur la base d'estimations indirectes de la prévalence, mais les trois cas de figure peuvent se présenter simultanément dans différentes zones géographiques d'un même pays.

Les données recueillies en vertu des principes de la surveillance de deuxième génération donnent des informations plus complètes pour interpréter l'évolution de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA. C'est ainsi qu'en Afrique du Sud, où l'épidémie est généralisée, les tendances de la prévalence du VIH chez les femmes qui consultent les services prénatals révèlent que l'épidémie a progressé rapidement entre 1992 et 1997 et se stabilise depuis quelques années (Fig. 1). Ces tendances ont pu être observées grâce à un système de surveillance auquel participent un nombre croissant de dispensaires prénatals et qui, depuis quelques années, repose sur l'échantillonnage avec probabilité proportionnelle à la taille (PPT). Un échantillon de dispensaires est choisi dans chaque province d'après le nombre de femmes qui consultent les services prénatals. La plupart des pays où l'épidémie est généralisée surveillent un nombre moins important de dispensaires. La régularité de la notification dans le temps par les mêmes sites est capitale pour la surveillance des tendances.

Dans la Fédération de Russie, l'épidémie est actuellement considérée comme concentrée. Le système de surveillance porte sur les sous-populations à haut risque, ce qui permet au pays de suivre la progression de l'épidémie d'infection à VIH. La Fig. 2 montre la hausse spectaculaire des cas d'infection à VIH déclarés depuis 1998 chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse à Saint-Petersbourg (Fédération de Russie).

Au Cambodge, le système de surveillance s'est amélioré ces dernières années. La prévalence du VIH chez les prostitué(e)s et les femmes enceintes ne cesse de baisser et l'on constate parallèlement un recul des IST et un usage plus fréquent du préservatif chez les prostitué(e)s (Fig. 3).

Fig. 1 HIV prevalence among pregnant women in South Africa, 1990–2001

Fig. 1 Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en Afrique du Sud, 1990–2001

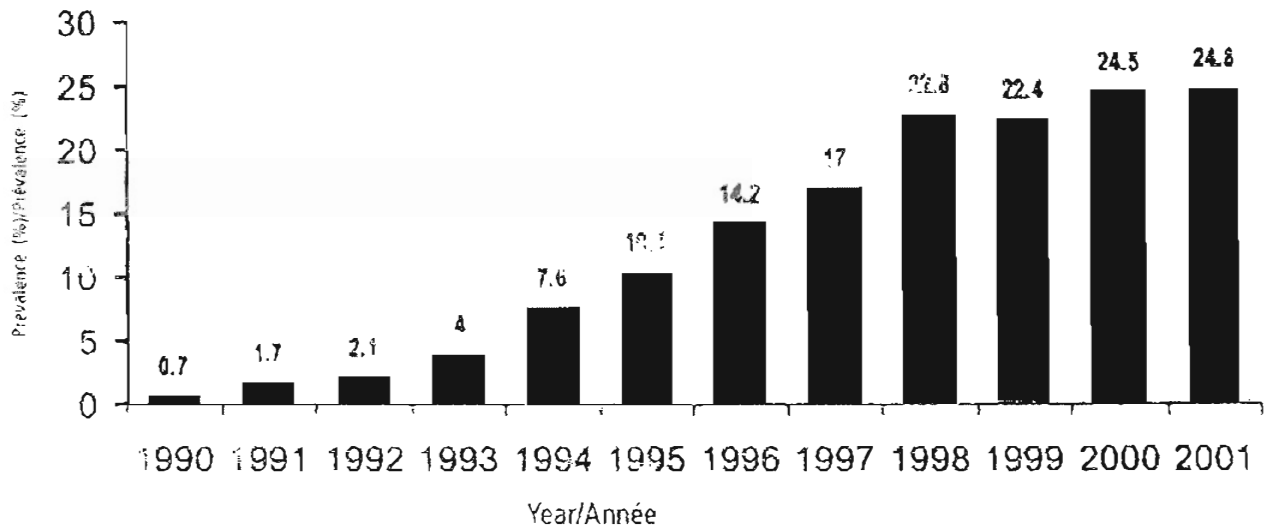
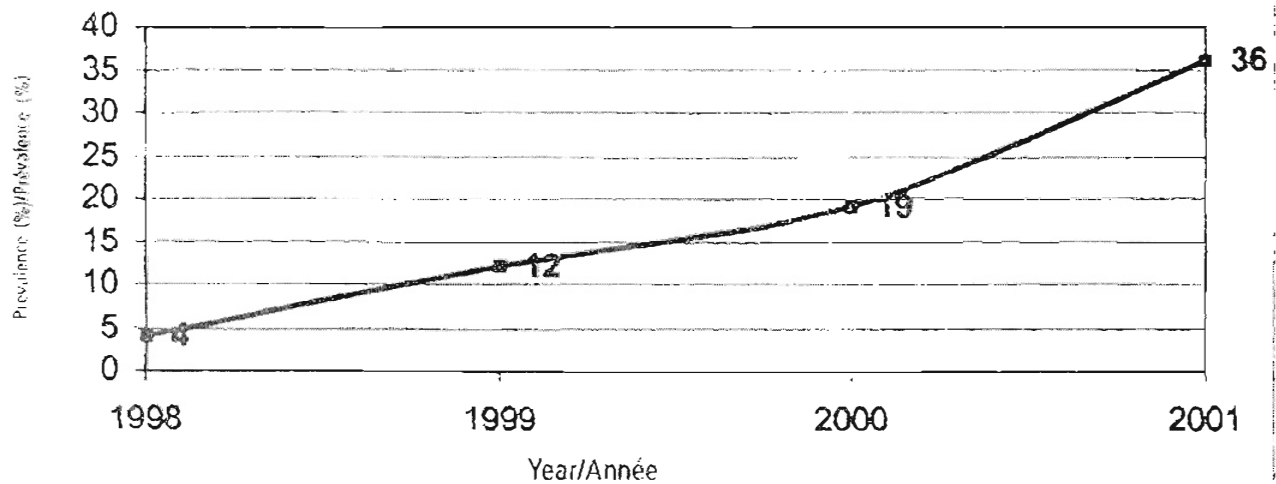


Fig. 2 HIV prevalence among injecting drug users in Saint Petersburg, Russian Federation, 1998–2001

Fig. 2 Prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse à Saint-Petersbourg, Fédération de Russie, 1998–2001

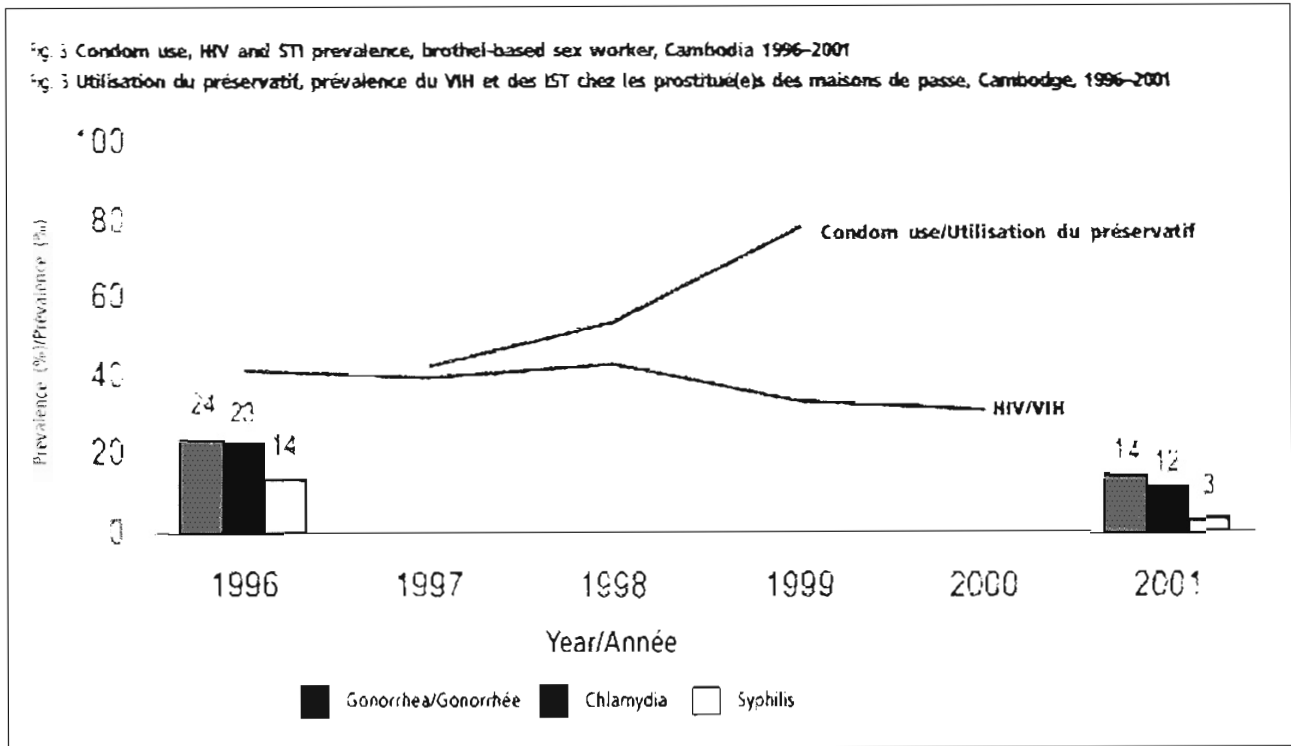


Focusing on young people

The ultimate goal in the fight against HIV/AIDS is to prevent new HIV infections. As the highest rates of new HIV infections typically occur among young adults, more than 180 countries have committed themselves to achieving major reductions in HIV prevalence among young people – specifically a 25% reduction in the most affected countries by 2005 and a 25% reduction globally by 2010. Using surveillance data from antenatal clinics, grouped by 5-year intervals (15–19, 20–24), it is possible to monitor progress towards this goal, especially in the most heavily affected countries.

Priorité aux jeunes

Le but ultime de la lutte contre le VIH/SIDA est d'empêcher de nouvelles infections par le virus. Étant donné que c'est généralement chez les jeunes adultes que le taux de nouveaux cas d'infection est le plus élevé, plus de 180 pays se sont engagés à réduire considérablement la prévalence du VIH chez les jeunes, à savoir une réduction de 25 % dans les pays les plus touchés d'ici à 2005 et dans l'ensemble du monde d'ici à 2010. Les données de la surveillance recueillies dans les dispensaires prénatals par tranche d'âge de 5 ans (15–19, 20–24) permettent de suivre les progrès accomplis dans cette voie, notamment dans les pays les plus touchés.



Trends in HIV prevalence among young people provide a good indicator of recent trends in HIV incidence and risk behaviour. Thus, reductions in HIV incidence associated with behavioural change first become detectable in HIV prevalence figures for the 15–19-year age group. Where available, parallel behavioural surveillance data should be used to aid interpretation of trends in HIV prevalence.

This indicator (percentage of young people who are infected) provides a good estimate of recent trends in HIV infection in locations where the epidemic is heterosexually driven, especially in generalized epidemics. It is less reliable as an indicator of HIV epidemic trends in locations where most infections remain temporarily confined to subpopulations with high-risk behaviours.

Estimation methodology

The WHO/UNAIDS Working Group on Surveillance produces regional and global HIV/AIDS estimates based on HIV surveillance data from each country. The UNAIDS/WHO Reference Group on Estimates, Models and Projections has developed the methodology for these estimates, and a software package called Epidemic Projection Package (EPP).⁴

The initial version of EPP focuses on estimates for generalized epidemics, using HIV prevalence time series derived from data on women attending antenatal clinics. The trend of HIV prevalence is estimated by fitting a simple epidemiological model to the surveillance data, with separate models for urban and rural trends. The urban and rural

Les tendances de la prévalence du VIH chez les jeunes sont un bon indicateur des tendances récentes de l'incidence du VIH et des comportements à risque. C'est ainsi que la baisse de l'incidence associée à un changement de comportement transparaît tout d'abord dans les chiffres de la prévalence pour la tranche d'âge 15–19 ans. Lorsqu'elles existent, il est bon de s'aider des données parallèles de la surveillance des comportements pour interpréter les tendances de la prévalence du VIH.

Le pourcentage de jeunes infectés donne une bonne idée des tendances récentes de l'infection à VIH lorsque la transmission est principalement hétérosexuelle, notamment pour les épidémies généralisées. C'est un indicateur moins fiable lorsque la plupart des cas sont encore concentrés dans des sous-populations ayant des comportements à haut risque.

Méthodes de calcul des estimations

Le groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance calcule des estimations régionales et mondiales d'après les données de la surveillance du VIH communiquées par chaque pays. Le groupe de référence ONUSIDA/OMS pour les estimations, les modèles et les projections a mis au point la méthode de calcul de ces estimations ainsi qu'un programme informatique appelé Epidemic Projection Package (EPP).⁴

Dans sa première version, ce progiciel sert à calculer les estimations concernant les épidémies généralisées à l'aide de séries chronologiques de prévalence du VIH chez les femmes qui consultent les dispensaires prénatals. La prévalence du VIH est estimée en adaptant un modèle épidémiologique simple aux données de la surveillance, le modèle étant différent pour les zones urbaines et les

⁴ Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact. Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS*, 2002, 16:W1–W14.

⁴ Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact. Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS*, 2002, 16:W1–W14.

estimates are then weighed and, if necessary, adjusted to produce a national estimate. The model uses four parameters to fit the surveillance data: a) the estimated start year of the HIV/AIDS epidemic, b) the rate of spread of infection, c) the initial fraction of the adult population that is susceptible to the risk of infection, and d) the extent to which people who die from AIDS are replaced by new susceptibles. The model provides standard values of the four parameters, which can be adjusted according to specific features of a country. In early 2003, EPP will be expanded to include estimates for low-level and concentrated epidemics, based largely on the size of risk groups and the HIV prevalence in such groups.

EPP outputs fit directly into a software package called Spectrum, developed by the Futures Group (<http://www.futuresgroup.com> and www.unaids.org). Spectrum allows estimates of trends in mortality and life expectancy, numbers of pregnant women in need of ARV treatment to prevent mother-to-child transmission, and many other relevant indicators.

Conclusion

AIDS case reporting has only limited value for monitoring the spread and impact of the AIDS epidemic. HIV prevalence data continue to be the backbone of surveillance systems in all countries. WHO and UNAIDS are supporting the development of second generation surveillance systems, which include solid surveillance systems tailored to the type of epidemic with HIV, STI, and behavioural trend data. In addition, a software package has been developed that aims to enable standardized systematic estimation of the burden of HIV and course of the epidemic in countries.

■

zones rurales. Les estimations concernant les zones urbaines et rurales sont ensuite pondérées et, si nécessaire, ajustées pour obtenir une estimation à l'échelle nationale. Pour adapter le modèle aux données de la surveillance, on utilise quatre paramètres: a) année où l'on présume que l'épidémie d'infection à VIH/SIDA a débuté, b) vitesse de propagation de l'infection, c) fraction initiale de la population adulte sensible au risque d'infection et d) mesure dans laquelle les personnes mortes du SIDA sont remplacées dans la population par des sujets sensibles. Le modèle fournit des valeurs standard pour les quatre paramètres qui peuvent être ajustés selon les caractéristiques propres d'un pays. Une deuxième version du progiciel sera développée début 2003 pour calculer des estimations concernant les épidémies peu étendues et concentrées, en grande partie d'après la taille des groupes à risque et la prévalence du VIH en leur sein.

Les résultats ainsi obtenus s'intègrent directement dans un programme informatique appelé Spectrum mis au point par le Futures Group (<http://www.futuresgroup.com> et www.unaids.org) et qui permet d'estimer les tendances de la mortalité et de l'espérance de vie, le nombre de femmes enceintes ayant besoin d'un traitement antirétroviral pour éviter la transmission mère-enfant, et beaucoup d'autres indicateurs utiles.

Conclusion

La notification des cas de SIDA présente un intérêt limité pour la surveillance de la propagation et de l'impact de l'épidémie de SIDA. Les données de prévalence du VIH demeurent l'épine dorsale des systèmes de surveillance dans tous les pays. L'OMS et l'ONUSIDA concourent au développement de systèmes de surveillance de deuxième génération, c'est-à-dire de systèmes solides adaptés au type d'épidémies et qui tiennent compte des tendances concernant le VIH, les IST et les comportements. Un progiciel a par ailleurs été mis au point pour estimer systématiquement et de manière uniforme la charge de l'infection à VIH et l'évolution de l'épidémie dans les pays.

VIH/SIDA - Disposições normativas

Circular normativa n.º 35/85, 05.09, Secretaria-Geral do Ministério da Saúde - Comunicado relativo à SIDA.

Aviso, Secretaria Geral do Ministério da Saúde, D.R. n.º 241, II Série, 19 de Outubro de 1985 - Constitui o grupo de trabalho da SIDA.

Despacho 11/86, Ministério da Saúde, in D.R. n.º 102, II Série, de 5 de Maio de 1986 - Determina medidas de profilaxia da SIDA nos centros de hemodiálise, de histocompatibilidade e de transplantação.

Despacho 12/86, Ministério da Saúde, in D.R. n.º 102, II Série, de 5 de Maio de 1986 - Determina medidas em ordem a proteger os doentes a quem deva ser administrado o sangue humano, seus componentes ou fracções, da possibilidade da transmissão da SIDA.

Decreto-Lei n.º 319/86, de 25 de Setembro - Estabelece normas relativas à disciplina e actividade dos "bancos de esperma".

Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, 21 de Abril de 1987, D.R. n.º 92, I Série - Dentro do plano que aprova, relativo ao tráfico ilícito e uso indevido de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, determina medidas específicas com o propósito de prevenir a propagação da SIDA entre os toxicómanos.

Despacho, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 116, II Série, de 21 de Maio de 1987 - Determina que o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, seja o laboratório central de referência no âmbito da SIDA.

Despacho 3/87, Ministério da Saúde, in D.R. n.º 116, II Série, 21 de Maio de 1987 - Estabelece o regime de utilização de um novo medicamento "Retrovir", sujeito a normas a definir pela Direcção Geral dos Hospitais, ouvido o Grupo de Trabalho da SIDA.

Parecer, Procuradoria Geral da República, in D.R. n.º 120, II Série, 24 de Maio de 1988 - Parecer sobre a competência dos institutos de medicina legal para procederem a autópsias em caso de suspeita de SIDA.

Despacho 30/89, Ministério da Saúde, in D.R. n.º 197, II Série, de 26 de Agosto de 1989 - Determina, sob proposta do Grupo de Trabalho da SIDA, a alteração do Despacho

11/86, publicado no Diário da República, de 5 de Maio de 1986, que passa a ter uma nova redacção onde se lê «anti-LAV», e ou «anti-HTLV-III», deve ler-se agora «VIH, tipos 1 e 2» passando a ser obrigatória, nos casos expressos no citado Despacho, a pesquisa de anticorpos HIV, tanto do tipo 1 como do tipo 2.

Despacho 31/89, Ministério da Saúde, in D.R. n.º 196, II Série, de 26 de Agosto de 1989 - Determina, sob proposta do grupo de trabalho da SIDA, a alteração do n.º 1 do Despacho 12/86, publicado no D.R. n.º 102, 2ª, de 5 de Maio de 1986, que passa a ter uma nova redacção incluindo agora referência também à pesquisa de anticorpos anti-VIH do tipo 2.

Decreto Legislativo Regional n.º 14/89/A, de 10 de Agosto, D.R. n.º 183, I Série - Estabelece normas relativas aos dadores de sangue na Região Autónoma dos Açores.

Despacho 5/90, Ministério da Saúde, in D.R. n.º 78, II Série, 3 de Abril de 1990 - Determina que o Grupo de Trabalho da SIDA, passe a designar-se Comissão Nacional de Luta Contra SIDA, competindo-lhe a implementação de acções de luta contra a SIDA nas suas múltiplas vertentes - preventiva, educativa, assistencial, de investigação, de aconselhamento e de acompanhamento, sendo a mesma apoiada por um conselho consultivo e por uma direcção executiva, cuja constituição se refere.

Despacho, Director Geral dos Cuidados de Saúde Primários, DR n.º 108, II Série, 11 de Maio de 1990 - Determina a obrigatoriedade de comunicação à Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários dos óbitos causados por diversas doenças entre elas a SIDA.

Decreto Legislativo Regional n.º 11/90/M, 22 de Maio, D.R. n.º 117, I Série - Define o conjunto de direitos de que são titulares os dadores benévolos de sangue na Região Autónoma da Madeira.

Decreto-Lei n.º 294/90, de 21 de Setembro, D.R. n.º 219, I Série - Cria o Instituto Português de Sangue.

Despacho 14/91, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 164, II Série, de 19 de Julho de 1991 - Determina que todos os casos de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) devem ser notificados à Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, e estabelece as regras de fornecimento e os encargos decorrentes do tratamento com o medicamento Retrovir.

Despacho 19/91, Ministério da Saúde, in D.R. n.º 210, 12 de Setembro de 1991, II série - Aprova o Regulamento sobre Transfusão de Sangue.

Despacho, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 20, II Série, de 24 de Janeiro de 1992 - Estabelece a criação de um grupo de trabalho que deverá proceder a uma análise dos problemas suscitados pela Associação Portuguesa de Hemofílicos, bem como das condições em que os estabelecimentos de saúde efectuem os testes de detecção da SIDA nas unidades de sangue transfundidas.

Despacho 4/92 Ministro da Saúde, in D.R. n.º 79, II Série, 3 de Abril de 1992 - Determina os elementos constitutivos da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e as suas competências.

Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril - Estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório. Isenta do pagamento de taxa moderadora os doentes com SIDA e os seropositivos.

Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, D.R. n.º 112, II Série, de 15 de Maio de 1992 - Promulgação por 60 dias do prazo estabelecido no despacho do Ministro da Saúde, publicado no DR n.º 20, 2ª, de 24 de Janeiro de 1992.

Despacho, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 164, II Série, de 18 de Julho de 1992 - Determina a criação da Comissão de Interpretação de Resultados de Análises para Detecção de Doenças Transmissíveis, destinada a estabelecer critérios interpretativos obtidos nas análises para detecção de doenças transmissíveis nos produtos derivados do plasma humano.

Despacho 9/92, in D.R. n.º 183, II Série, 10 de Agosto de 1992 - Determina que a aquisição de produtos derivados do plasma humano destinados aos serviços e estabelecimentos do Ministério da Saúde seja feita exclusiva e obrigatoriamente através de concursos, organizados pela Secretaria Geral.

Despacho 10/92, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 178, II Série, 4 de Agosto de 1992 - Aprova o Regulamento do Conselho Consultivo da Comissão Nacional de Luta Contra SIDA.

Despacho, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, in D.R. n.º 189, II Série, 18 de Agosto de 1992 - Determina a criação do Fundo de Apoio Social aos Hemofílicos Infectados com o vírus da SIDA.

Despacho 17/92, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 238, II Série, de 15 de Outubro de 1992 - Determina a criação do Prémio para Trabalhos de Jornalismo sobre a SIDA, a atribuir anualmente no âmbito das comemorações do Dia Mundial da SIDA e publica o respectivo regulamento.

Despacho 18/92, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 260, II Série, 10 de Novembro de 1992 - Reconhece os programas de avaliação da qualidade, criados ou a desenvolver pelo INSA, passando a constituir esses programas, no seu conjunto, o programa de controlo de qualidade para os laboratórios de análises clínicas nos sectores público e privado.

Despacho 22/92, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 6, II Série, 8 de Janeiro de 1993 - Determina os requisitos a que deve obedecer a aquisição de produtos derivados do plasma humano destinados aos serviços e estabelecimentos do Ministério da Saúde durante o ano de 1993, a título provisório, em virtude de não estarem ainda cumpridas

VIH/SIDA – Disposições Normativas
Escola Nacional de Saúde Pública

todas as condições para que o abastecimento daqueles produtos seja efectuado através de concurso organizado pela Secretaria-Geral daquele Ministério.

Despacho 23/92, Ministro da Saúde, in D.R. n.º 9, II Série, 12 de Janeiro de 1993 - Determina a alteração dos n.ºs 1, 3 e 5 do Despacho 4/92, publicado no DR, 79, de 3-4-92, em virtude das alterações da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

Despacho 8/93, Ministro da Saúde, D.R. n.º 70, II Série, 24 de Março de 1993 - Determina as condições de fornecimento e utilização do medicamento "Videx" (didanosina) e define as entidades a quem compete assumir os respectivos encargos.

Despacho Conjunto, Ministros da Educação, da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, D.R. n.º 127, II Série, 1 de Junho de 1993 - Determina a reestruturação da Comissão Nacional de Hemofilia para, em colaboração com o Instituto Português de Sangue, promover a articulação com as diferentes entidades e serviços envolvidos nesta matéria, orientar as várias acções a empreender, bem como acompanhar a sua execução.

Decreto-Lei n.º 237/93, de 3 de Julho, D.R. n.º 154, Série I-A - Prevê a celebração de convenções de arbitragem com os doentes infectados com o vírus da SIDA. Rectificado pela Declaração n.º 147/93, publicada no D.R. n.º 204, Série I-A, 3º Suplemento, de 31 de Agosto de 1993.

Despacho Conjunto A-30/93-XII, Ministérios das Finanças, da Justiça e da Saúde, in D.R. n.º 216, II Série, 14 de Setembro de 1993 - Apresenta a proposta de convenção de arbitragem, a celebrar entre o Estado e cada um dos hemofílicos ao abrigo do artº 1º do Decreto-Lei n.º 237/93, de 3-7.

Despacho n.º 32/93, Ministro da Saúde, D.R. n.º 22, II Série, 27 de Janeiro de 1994 - Determina, a título provisório, os requisitos a que deve obedecer a aquisição de produtos derivados do plasma humano destinados aos serviços e estabelecimentos do Ministério da Saúde, em virtude de se ter verificado a interposição de recurso no âmbito do concurso centralizado para a selecção daqueles produtos.

Despacho 11/94, Ministério da Saúde, D.R. n.º 60, II Série, 12 de Março de 1994 - Na sequência da reestruturação interna do Ministério da Saúde, determina a alteração da composição da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

Despacho 18/94, Ministério da Saúde, in D.R. n.º 87, II Série, 14 Abril de 1994 - Designa um elemento que substitua o representante na Direcção-Geral da Saúde na Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, nas suas faltas e impedimentos.

Despacho 6/94, Secretário de Estado da Saúde, in D.R. n.º 154, II Série, 6 de Julho de 1994 - Determina que o medicamento "Apo Zidovudine" seja fornecido nos termos estabelecidos para o medicamento "Retrovir" pelo Despacho 14/91, de 3-7, publicado no D.R. n.º 164, 2ª, de 19-7-91.

Despacho Conjunto, Ministros da Saúde, e do Emprego e da Segurança Social, in D.R. n.º 166, II Série, 20 de Julho de 1994 - Determina que no início de cada trimestre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa transfira para o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, o produto de 25 % dos resultados líquidos do JOKER apurados no trimestre anterior consignados às acções coordenadas pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

Portaria n.º 21/95 (2ª Série), de 14 de Janeiro, DR n.º 12, II Série - Reconhece a Fundação Portuguesa «A comunidade contra a SIDA».

Despacho 56/94, Ministro da Saúde, D.R. n.º 17, II Série, 20 de Janeiro de 1995 - Determina a reestruturação da Comissão de Fomento em Cuidados de Saúde, à qual competirá, entre outras, assessorar a criação do plano de investigação operacional na área de cuidados de saúde, primários e diferenciados, nos temas prioritários da SIDA, tuberculose e outras doenças infecciosas etc.

Edital, Ministério da Saúde, D.R. n.º 17, II Série, 20 de Janeiro de 1995 - No âmbito da Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, declara a abertura de um concurso para apresentação de projectos de investigação aplicada na área de cuidados de saúde, constituindo a SIDA, a tuberculose e outras doenças infecciosas, algumas das áreas preferenciais.

Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de Março, DR nº 63, Série I-A - Aprova o Código Penal .

O nº 2 do artigo 177º determina a agravação das penas de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, para os crimes previstos nos artigos 163º a 167º e 172º a 175º (Coacção sexual, Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência , Abuso sexual de pessoa internada , Fraude sexual, Abuso sexual de adolescentes e dependentes, Estupro e Actos homossexuais com menores) se o agente for portador de doença sexualmente transmissível.

O nº 3 do mesmo artigo determina a agravação das penas de metade, nos seus limites mínimo e máximo, para os mesmos crimes e também para o crime de Procriação artificial não consentida previsto no artigo 168º, se dos comportamentos aí descritos resultar, entre outros, a transmissão do vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida.

Se no mesmo comportamento concorrerem as duas circunstâncias agravantes só é considerada para efeitos de determinação da pena aplicável a que tiver efeito agravante mais forte.

O artigo 283º tipifica como crime, punido com pena de prisão de 1 a 8 anos, a propagação de doença contagiosa de modo a criar perigo para a vida ou perigo grave para a integridade física de outrem. Se este perigo for criado por negligência, o agente é punido com pena de prisão até 5 anos.

Despacho Conjunto, Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social, 5 de Maio de 1995, D.R. n.º 104, II Série - Determina a constituição de um grupo de trabalho com o objectivo de definir as competências dos sectores da saúde e da segurança social no âmbito do apoio às pessoas infectadas com o HIV e suas famílias.

Decreto Regulamentar n.º 16/95, de 29 de Maio, DR n.º 124, Série I-B - Aprova o Regulamento arquivístico dos documentos relativos à transfusão de sangue.

Despacho 30/95, Ministro da Saúde, in DR n.º 252, II Série, 31 de Outubro de 1995 - Adita dois números ao n.º 10 do Regulamento sobre a Transfusão de Sangue, aprovado pelo Despacho 19/91, do Ministro da Saúde, publicado no DR, 2ª, de 12-9-91.

Despacho 1/96, Secretário de Estado da Saúde, D.R. n.º 57, II Série, de 7 de Março de 1996 - Determina as condições de fornecimento e utilização do HIVID (zalcitabina) e define as entidades a quem compete assumir os respectivos encargos.

Lei n.º 36/96, de 29 de Agosto, DR n.º 200, Série I-A - Adota providências relativamente a cidadãos condenados em pena de prisão afectados por doença grave e irreversível em fase terminal.

Despacho 280/96, Ministra da Saúde, in DR n.º 237, II Série, 12 de Outubro de 1996 - Estabelece regras relativamente aos medicamentos anti-retrovíricos destinados ao tratamento da infecção pelo VIH, no que respeita à sua prescrição, utilização e carácter gratuito. Divulga as Recomendações da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida Para o Tratamento Anti-Retrovírico.

Aviso, Ministério da Saúde, DR n.º 238, II Série, 14 de Outubro de 1996 - Protocolo de acordo celebrado entre a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e o Programa de Promoção e Educação para a Saúde, do Ministério da Educação, com vista ao desenvolvimento, estímulo e apoio de acções de educação para a prevenção da infecção pelo VIH/SIDA junto dos conselhos directivos, professores, pessoal não docente, alunos e encarregados de educação.

Aviso, Ministério da Saúde, DR n.º 277, II Série, 29 de Novembro de 1996 - Protocolo de acordo entre a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa tendo em vista o alargamento de apoio domiciliário a seropositivos e doentes com SIDA a partir do Projecto Solidarietà.

Parecer n.º 26/95, Procuradoria Geral da República, DR n.º 96, II Série, de 24 de Abril de 1997 - Conclui que a lei portuguesa actual não exclui a emissão relativamente a indivíduos portadores do VIH do atestado de robustez física e de perfil psíquico previsto na alínea f) do artigo 22º do Decreto-Lei n.º 498/88, de 30-12.

Releva da apreciação médica, através do respectivo atestado, avaliar se os indivíduos portadores do VIH dispõem ou não de robustez físico-psíquica necessária ao exercício das funções a que se candidatam.

Despacho n.º 6778/97, 2ª Série), Ministra da Saúde, DR n.º 199, II Série, de 29 de Agosto de 1997 - Determina a alteração do Despacho n.º 280/96, publicado no DR, 2ª, de 12 de Outubro de 1996, que estabeleceu as condições de prescrição e de fornecimento dos medicamentos utilizados na terapêutica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro, DR n.º 267, Série I-B - Proceda ao reconhecimento público da chamada "rede social" que inclui acções destinadas a pessoas afectadas pela toxicodependência e pelo vírus HIV.

Decreto-Lei n.º 216/98, de 16 de Julho, DR n.º 162, I Série-A - Estabelece condições mais favoráveis para o acesso a pensões por invalidez por parte de pessoas infectadas pelo HIV.

Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro, DR n.º 202, I Série-A – Altera o Código Penal.
Ao nº 3 do artigo 177º, que determina a agravação das penas de metade, nos seus limites mínimo e máximo, para os crimes previstos nos artigos 163º a 168º e 172º a 175º se dos comportamentos aí descritos resultar, entre outros, a transmissão do vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida é incluída a transmissão da hepatite nas suas várias formas .

Despacho Conjunto n.º 686/98, Ministros da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade e Secretário de Estado da Juventude, DR n.º 232, II Série, de 8 de Outubro de 1998 - Regulamento das Comissões Distritais de Luta contra a Sida

Despacho n.º 10916/99 (2ª Série), Ministra da Saúde, in Diário da República : II Série ; n.º 129. 4 de Junho de 1999 - Altera o Regulamento do Prémio para Trabalhos de Jornalismo sobre SIDA.

Despacho n.º 15290/99 (2ª Série), Universidade de Coimbra, in DR n.º 184, II Série, de 9 de Agosto de 1999 - Determina a criação do grau de mestre em Síndrome de Imunodeficiência Adquirida : da Prevenção à Terapêutica.

Lei n.º 134/99, de 28 de Agosto, DR n.º 201, I Série A - Proíbe as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

Portaria n.º 790/99, de 7 de Setembro, DR n.º 209, I Série A - Aprova as tabelas gerais de inaptidão e incapacidade para a prestação de serviço por militares e militarizados nas Forças Armadas e para a prestação de serviço na Polícia Marítima.

Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro, DR n.º 219, I Série A - Adota medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional.

Resolução nº 57/2000 (2ª Série), Primeiro Ministro, DR nº 109, II Série, de 11 de Maio de 2000 - Determina a nomeação do coordenador da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

Despacho nº 10233/2000 (2ª Série), Ministra da Saúde, DR nº 115, II Série, de 18 de Maio de 2000 - Determina a cessação de funções da coordenadora da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

Portaria n.º 321/2000, de 6 de Junho, DR n.º 131, I Série B - Aprova o Regulamento de Ajudas Sociais Pecuniárias concedidas a hemofílicos contaminados com o vírus da Sida e respectivos familiares.

VIH/SIDA – Disposições Normativas
Escola Nacional de Saúde Pública

Decreto-Lei nº 111/2000, de 4 de Julho, DR nº 152, Série I-A - Regulamenta a Lei nº134/99, de 28 de Agosto, no tocante à prevenção e à proibição das discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 173/2000, de 21 de Dezembro, DR n.º 293, Série I-B – Promove a reestruturação orgânica e funcional da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

Decreto Regulamentar nº 6/2001, de 5 de Maio, DR nº 104, Série I-A – Aprova a lista das doenças profissionais e o respectivo índice codificado.

Apesar da síndrome de imunodeficiência adquirida não constar da actual lista de doenças profissionais, o preâmbulo deste Decreto-Regulamentar prevê que possa vir a ser reconhecida como doença profissional, ao abrigo do nº 2 do artigo 2º, do Decreto-Lei nº 248/99, de 2 de Julho, em situações devidamente caracterizadas em que se verifique seroreconversão no período de um ano a partir da data em que se verificou a exposição acidental ao agente.

Despacho (extracto) nº 10429/2001, DR 2ª, nº 115, de 18 de Maio de 2001 – Determina a composição do conselho consultivo da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

Despacho nº 14391/2001, Ministra da Saúde, DR 2ª, nº 158, de 10 de Julho de 2001 - Aprova o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise : Contém uma listagem das doenças transmissíveis (hepatite A, hepatite B e SIDA) com relevância na diálise e instrução sobre a sua profilaxia.

Despacho, Secretário de Estado da Saúde nº 14392/2001, DR 2ª, nº 158, de 10 de Julho de 2001 - Determina a alteração do nº 5 do Despacho nº5/95, publicado no DR, 2ª, de 23 de Fevereiro de 1995, que estabelece o procedimento a que deve ser sujeita a aquisição de produtos derivados do plasma humano, no sentido de todo o produto ser obrigatoriamente submetido a estudo analítico, lote a lote, para marcadores de doenças transmissíveis.

Resolução da Assembleia da República nº 54/2001, de 17 de Julho, DR I-A Série, nº 163 - Por uma política de cooperação no combate à sida.

Despacho nº 25360/2001, Ministro da Saúde, DR 2ª, nº 286 de 12 de Dezembro de 2001 - Determina a faculdade dos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que o constituem.

Portaria nº 26/2002, de 4 de Janeiro, DR Série I-B, nº 3 - Determina que o âmbito pessoal da alínea d) do artigo 2º do Regulamento de Ajudas Sociais Pecuniárias, aprovado pela Portaria nº 321/2000, de 6 de Junho, seja alargado à generalidade dos descendentes e equiparados (ajudas a atribuir aos hemofílicos infectados com o vírus da sida e respectivos familiares).

Despacho nº 596/2002 (2ª Série), Ministro da Saúde, DR 2ª, nº 008, de 10 de Janeiro de 2002 – Delegação de competências, atribuídas ao Ministro da Saúde, no alto-comissário da Saúde relativamente a várias instituições, entre as quais a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida

Acórdão nº 368/2002. Tribunal Constitucional, DR, 2ª, nº 247, de 25 de Outubro de 2002 – Apreciação da constitucionalidade das normas constantes dos artigos 13º, nº2, alínea e), 16º, 17º, 18º, e 19º do Decreto-Lei nº 26/94, de 1 de Fevereiro, com as alterações introduzidas pela Lei nº 7/95, de 29 de Março, que estabeleceu o regime jurídico relativo à organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho, com o fundamento na violação de preceitos constitucionais que consagram como direito fundamental a reserva da vida privada, designadamente, entre outros *as informações e elementos atinentes ao estado de saúde de quem pretende ser ou o trabalhador de certas empresas, bem como o mecanismo coercivo que permite submeter os trabalhadores à realização de testes médicos que o médico do trabalho julgue necessários.*

(última actualização 25-10-2002)

Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição dos casos por data de diagnóstico e data de notificação.

SIDA.....	pág. 4
SIDA (VIH2).....	pág. 17
CRS.....	pág. 27
PA.....	pág. 34

Quadro 2 – Distribuição dos casos por grupo etário e sexo

SIDA.....	pág. 5
SIDA (VIH2).....	pág. 18
CRS.....	pág. 28
PA.....	pág. 35

Quadro 2.1 – Casos por ano de diagnóstico e grupo etário

SIDA.....	pág. 6
SIDA (VIH2).....	pág. 19

Quadro 2.2 – Casos por ano de diagnóstico e grupo etário (sexo masculino)

SIDA.....	pág. 7
SIDA (VIH2).....	pág. 20

Quadro 2.3 – Casos por ano de diagnóstico e grupo etário (sexo feminino)

SIDA.....	pág. 7
SIDA (VIH2).....	pág. 20

Quadro 3 – Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico

SIDA.....	pág. 8
SIDA (VIH2).....	pág. 21
CRS.....	pág. 28
PA.....	pág. 35

Quadro 3.1 – Distribuição dos casos por ano de diagnóstico, estado vital e sexo

SIDA.....	pág. 9
SIDA (VIH2).....	pág. 22
CRS.....	pág. 29
PA.....	pág. 36

Quadro 3.2 – Distribuição das mortes por categorias de transmissão

SIDA.....	pág. 11
-----------	---------

Quadro 4 – Distribuição dos casos por patologia e categorias de transmissão

SIDA.....	pág. 12
SIDA (VIH2).....	pág. 23
CRS.....	pág. 30

Quadro 5 – Distribuição dos casos e mortes por categoria da doença oportunista

SIDA.....	pág. 13
SIDA (VIH2).....	pág. 24
CRS.....	pág. 31

Quadro 6 – Distribuição dos casos por categoria da doença e sexo

SIDA.....	pág. 14
SIDA (VIH2).....	pág. 24
CRS.....	pág. 31

Quadro 7 – Distribuição dos casos por categoria da doença e tipo de vírus

SIDA.....	pág. 14
CRS.....	pág. 31

Quadro 8 – Distribuição dos casos e mortes segundo a residência

SIDA.....	pág. 15
SIDA (VIH2).....	pág. 25
CRS.....	pág. 32
PA.....	pág. 37

<i>Casos notificados em Portugal (PA, CRS e SIDA).....</i>	<i>pág. 38</i>
--	----------------

*Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge,
Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis*

Registo de informação: M^{te} Eduarda Pereira, Helena Espírito Santo

