



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

PORTUGAL

Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015

Programa Nacional para
a Infeção VIH/SIDA



PORTUGAL

Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2015

Programa Nacional para
a Infeção VIH/SIDA



Portugal. Direção-Geral da Saúde.
Direção de Serviços de Informação e Análise

Portugal – Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015
ISSN: 2183-0754
Periodicidade: Anual

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

AUTORES

Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose

António Diniz
Raquel Duarte
Joana Bettencourt
Teresa de Melo
Marta Gomes
Olena Oliveira

Direção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Jorge Nogueira
Carla Sofia Farinha
Ana Paula Soares
Maria Isabel Alves
Matilde Valente Rosa
Tânia Mendanha
Carolina Silva
Luís Serra
José Martins
Ana Lisette Oliveira

Com a colaboração de:

Cláudia Furtado (INFARMED)

LAYOUT

Pinto Azul, Unipessoal Lda.
Lisboa, Novembro de 2015

ÍNDICE

SIGLAS E ACRÓNIMOS	7
SUMÁRIO	9
PARTE I – INFEÇÃO POR VIH E SIDA	10
1. A SITUAÇÃO EM PORTUGAL (DADOS RECOLHIDOS EM 31.08.2015)	10
2. GRAVIDEZ E TRANSMISSÃO MÃE/FILHO DA INFEÇÃO POR VIH EM 2014	17
3. MORTALIDADE	18
3.1 Caracterização geral da mortalidade entre 2009 e 2013	18
3.2 Portugal Continental	19
3.3 Caracterização da mortalidade por sexo entre 2009 e 2013	20
3.3.1. Portugal Continental	20
3.4 Anos potenciais de vida perdidos, por residência e sexo – 2013	20
4. MORBILIDADE	22
4.1 Cuidados Hospitalares	22
4.1.1. Caracterização Geral da Produção Hospitalar, em Portugal Continental e por ARS (2010 A 2014), Relativamente a Infecção por VIH e a Diagnósticos Seleccionados, quando Associados à Infecção por VIH	22
4.1.1.2. Portugal Continental	22
4.1.2. Caracterização dos episódios de internamento, em Portugal Continental e ARS (2013 e 2014)	25
4.1.2.1. Associados a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana nos anos de 2013 e 2014	25
5. O SEGUIMENTO EM AMBULATÓRIO DAS PESSOAS INFETADAS POR VIH	26
SISTEMA INFORMÁTICO PARA O VIH/SIDA (SI.VIDA)	26
5.1. A situação em 31 de dezembro de 2014	27
TOTAL DE CASOS EM SEGUIMENTO	27
5.2. Os novos casos (ano de diagnóstico: 2014)	30
5.3. Terapêutica antiretroviral combinada nos hospitais do SNS	34
5.3.1. Em 31 de dezembro de 2014 – total de casos sob TARc nos hospitais que integram o SI.VIDA	34
5.3.2. Novos casos e terapêutica antirretroviral inicial em 2014, nos hospitais que integram o SI.VIDA	35
5.3.3. Medicamento antirretrovirais – Dispensa total	37

6. PREVENÇÃO PRIMÁRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE, CONHECIMENTO E ATITUDES	
FACE AO VIH.	38
6.1. Prevenção Primária	38
6.1.1. Programa de Distribuição Gratuita de Preservativos	38
6.1.2. Programa “Diz Não a uma Seringa em 2ª Mão”	38
6.2. Diagnóstico precoce – Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH (CAD)	40
7. EVOLUÇÃO COMPARADA – ANÁLISE INTERNACIONAL	41
PARTE II - TUBERCULOSE	44
8. CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS REPORTADOS	45
8.1. Características demográficas dos casos	46
8.2. Fatores de risco para tuberculose	49
8.3. Caracterização clínica e bacteriológica dos casos	52
8.4. Retratamentos	55
8.5. Demora média entre o início de sintomas e o diagnóstico	56
9. INFEÇÃO LATENTE POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	57
10. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO SVIG-TB	58
11. PONTOS CHAVE E RECOMENDAÇÕES	59
12. NOTAS METODOLÓGICAS	61
12.1 Mortalidade	61
12.2 Morbilidade e Mortalidade	64
12.3 Consumo de medicamentos	66
13. ÍNDICE DE QUADROS	67
14. ÍNDICE DE FIGURAS	69
15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

SIGLAS

ACES/ULS Agrupamentos de Centros de Saúde/ Unidades Locais de Saúde

ACSS Administração Central do Sistema de Saúde

ARS Administração Regional de Saúde

CAD Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH

CDC Centers for Disease Control and Prevention (dos EUA)

CFT Classificação Farmacoterapêutica

CH Centro Hospitalar

CHNM Código Hospitalar Nacional do Medicamento

CID-10 Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10.^a revisão

CID-9-MC Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 9.^a revisão - Modificação Clínica

CSP Cuidados de Saúde Primários

CV Carga Vírica

DC Day Case

DCI Denominação Comum Internacional

DDD Dose Diária Definida ou Defined Daily Dose

DDI-URVE Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica

DGS Direção-Geral da Saúde

ECDC European Centre for Disease Prevention and Control

EU-EEA European Union-European Economic Area

GDH Grupos de Diagnósticos Homogêneos

HFA European Health for All Database

HSH Homens que Têm Sexo com Homens

HTA Hipertensão Arterial

INE Instituto Nacional de Estatística

INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

INNTR Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa

INSA Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

INTR Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa

IP Inibidores da protease

IPSS Instituição Particular de Solidariedade Social

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITI Inibidores da cadeia da integrase

LVT Lisboa e Vale do Tejo

MF Mãe/Filho (categoria de transmissão)

MR Multirresistente

NCOP Não Classificada em Outra Parte (nas classificações de entidades nosológicas)

NOC Norma (s) de Orientação Clínica

NR Não Refere

NUTS Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)

OG Organizações Governamentais

OMS Organização Mundial da Saúde

ONG Organizações Não-governamentais

ONG/OBC Organizações Não-governamentais

ONUSIDA Joint United Nations Program on HIV/AIDS (ONUSIDA na sigla latina)

PNT Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose

PPE Profilaxia Pós-Exposição

RN Recém-Nascido

SI.VIDA Sistema de Informação para o VIH/SIDA

SICO Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAVE Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS Serviço Nacional de Saúde

SPMS Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SVIG-TB Sistema de Vigilância da Tuberculose

TARc Terapêutica Antirretrovírica Combinada

TB Tuberculose

TBMR Tuberculose Multirresistente

TBXDR Tuberculose Extremamente resistente

UDI Utilizadores de Drogas Injetáveis

UE União Europeia

UNAIDS Joint United Nations Program on HIV/AIDS (ONUSIDA na sigla latina)

VHC Vírus da Hepatite C

VIH Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO World Health Organization (OMS na sigla latina)

XDR Tuberculose Extremamente Resistente



SUMÁRIO

O futuro já cá está.
Aguarda apenas a sua forma final.

In Paulo Nogueira, 2073

O Relatório *“Portugal – Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2015”* atualiza a informação relativa a 2013 e constante da edição de 2014, com os dados disponíveis relativos a 2014.

Tal como no ano anterior, é inteiramente merecido o reconhecimento pela articulação e colaboração prestada pelos profissionais do Departamento de Doenças Infecciosas/Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do INSA, na disponibilização e tratamento regular da informação epidemiológica e pelo Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança da Sociedade de Infeciologia Pediátrica, na análise dos dados referentes à infecção por VIH nas mulheres grávidas e à transmissão mãe-filho desta infecção.

Igualmente, deve salientar-se toda a dedicação e excelência da colaboração por parte dos profissionais que, nos SPMS, têm assegurado a gestão do SI.VIDA e a disponibilização da informação que hoje se apresenta.

Hoje, vivemos, de novo, um tempo extraordinário e é neste contexto que o Relatório *“Portugal – Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2015”* deve ser interpretado. Desde 2011, o avanço que se verificou nos conceitos de prevenção, diagnóstico e tratamento só tem comparação, na década de 90, com a introdução da terapêutica antirretrovírica combinada (então designada, na versão portuguesa, como terapêutica de alta potência ou de alta eficácia). Os conceitos de tratamento como prevenção e, posteriormente, de profilaxia pré-exposição, a introdução nalguns países do autoteste e, finalmente, o indicação de tratamento para todos, independentemente do valor de linfócitos T CD4+, abrem, no seu conjunto, uma perspetiva de alteração do paradigma de abordagem da infecção por VIH, mesmo considerando a controvérsia de algumas destas opções (nomeadamente a profilaxia pré-exposição) e, outras, nos obriguem a encontrar novos modelos que assegurem a sua exequibilidade.

Entre nós, o contacto dos cuidados de saúde primários (CSP) com a população de utilizadores de drogas intravenosas, integrada no Programa “Diz não a uma seringas em 2ª mão”, a atualização das indicações para

realização de teste para despiste de infecção por VIH, o início organizado da realização de testes rápidos de diagnóstico nos CSP, a indicação de tratamento para todas as pessoas infetadas (independentemente do estágio imunológico) e a implementação de um sistema de monitorização da infecção por VIH (SI.VIDA) constituem a face mais visível de uma mudança na abordagem desta infecção, já em curso, e que se destina a atingirmos as metas definidas pela ONUSIDA. Neste contexto, não é utópico pensar que, em 2030, Portugal também poderá ser um país sem SIDA, em termos de ameaça à saúde pública. Os dados agora apresentados, referentes a 2014 contribuem para esta visão, nomeadamente os que respeitam ao número de novos casos notificados, de casos de SIDA e de diagnósticos tardios. Afirmá-lo não significa esquecer o caminho que ainda falta percorrer, as dificuldades a ultrapassar e as medidas que serão necessárias introduzir que, tal como outras já implementadas, terão que satisfazer duas condições: fazer melhor e fazer diferente. Ambas são indissociáveis e a ausência de qualquer uma inviabilizará o objetivo final.

Em relação à tuberculose, atingimos o limiar dos países de baixa incidência mas ainda enfrentamos grandes desafios. Em primeiro lugar, torna-se necessário situar este indicador consistentemente abaixo daquele limiar nos próximos anos. Para tal, é particularmente relevante o tratamento da tuberculose latente nas pessoas infetadas por VIH (o maior fator de risco para o aparecimento da tuberculose) e a diminuição dos fatores de risco sociais associados a esta doença. Tal só será possível, como na infecção por VIH, com o envolvimento de entidades e sectores exteriores ao próprio SNS. Por isso, conseguir esta ligação, assegurando simultaneamente a sustentabilidade e eficiência dos serviços de luta antituberculose constitui um objetivo e um fator crítico de sucesso no controlo da tuberculose. Tal como em relação à infecção por VIH, não será utópico pensar que Portugal, em 2030, também será um país onde a tuberculose não será uma ameaça de saúde pública.

Na verdade, o futuro já cá está. A nós, cabe-nos apenas saber dar-lhe a forma final.

PARTE I – INFEÇÃO POR VIH E SIDA

1. A SITUAÇÃO EM PORTUGAL (DADOS RECOLHIDOS EM 31.08.2015)

Nos quadros seguintes apresenta-se a situação epidemiológica em Portugal, referente à infeção por VIH, em 2014, baseada na informação recolhida em 31

de agosto de 2015, por três sistemas de informação: INSA, SINAVE e pelo SI.VIDA.

QUADRO 1 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, POR ANO DE DIAGNÓSTICO, POR GÉNERO E RELAÇÃO FEMININO/MASCULINO, EM PORTUGAL (2014)

Ano	Total casos	Sexo			Feminino/ Masculino %
		Masculino	Feminino	“Não referido”	
1983	7	5	2		40,0
1984	11	9	2		22,2
1985	56	51	5		9,8
1986	103	87	16		18,4
1987	200	163	36	1	18,4
1988	324	264	60		22,7
1989	448	376	72		19,1
1990	633	516	117		22,7
1991	844	663	181		27,3
1992	1225	979	244	2	24,9
1993	1298	1024	274		26,8
1994	1560	1212	347	1	28,6
1995	1997	1537	459	1	29,9
1996	2517	1895	622		32,8
1997	2900	2245	655		29,2
1998	3120	2332	787	1	33,7
1999	3332	2544	788		31,0
2000	3214	2382	831	1	34,9
2001	2842	2008	833	1	41,5
2002	2681	1840	840	1	45,7
2003	2486	1714	771	1	45,0
2004	2411	1601	810		50,6
2005	2231	1539	692		45,0
2006	2263	1518	745		49,1
2007	2171	1445	726		50,2
2008	2239	1529	710		46,4
2009	2037	1377	660		47,9
2010	1928	1292	636		49,2
2011	1687	1171	516		44,1
2012	1611	1133	478		42,2
2013	1476	1042	434		41,7
2014	1220	876	344		39,3
Total	53072	38369	14693	10	38,3

Fonte: INSA, DDI-URVE, SINAVE, SI.VIDA (dados recolhidos em 31.08.2015)

Portugal, durante o ano de 2014, acentuou a tendência de decréscimo do número de novos casos notificados de infeção por VIH. Os dados referentes a 2014, recolhidos até 31 de agosto de 2015, revelam uma diminuição de 17,3%, relativamente a 2013 (Quadro 1). Também a distribuição por género manteve, relativamente ao ano anterior, a tendência de

ligeiro decréscimo da proporção de casos ocorridos no género feminino, verificada desde meio da década anterior e mencionada no Relatório referente ao ano de 2013. É admissível que esta evolução esteja a ser influenciada pela proporção progressivamente crescente de casos notificados em homens que têm sexo com outros homens (HSH).

QUADRO 2 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, POR GRUPO ETÁRIO (NÚMERO DE CASOS E PERCENTAGEM) E POR SEXO, EM PORTUGAL (2014)

CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, POR GRUPO ETÁRIO, GÉNERO E TOTAL ACUMULADO (2014)				
Grupo Etário	Sexo		Total	% (Grupo Etário/Total)
	Masculino	Feminino		
0 - 11 Meses	2	1	3	0,2
1 - 4 Anos	0	2	2	0,2
5 - 9 Anos	1	1	2	0,2
10 - 12 Anos	1	1	2	0,2
13 - 14 Anos	0	0	0	0,0
15 - 19 Anos	19	12	31	2,5
20 - 24 Anos	84	28	112	9,2
25 - 29 Anos	118	29	147	12,0
30 - 34 Anos	114	50	164	13,4
35 - 39 Anos	130	35	165	13,5
40 - 44 Anos	111	44	155	12,7
45 - 49 Anos	86	40	126	10,3
50 - 54 Anos	68	29	97	8,0
55 - 59 Anos	48	33	81	6,6
60 - 64 Anos	31	20	51	4,2
65 - 69 Anos	29	12	41	3,4
70 - 74 Anos	14	5	19	1,6
75 - 79 Anos	13	2	15	1,2
≥ 80 Anos	7	0	7	0,6
Total	876	344	1220	100,0

Fonte: INSA, DDI-URVE, SINAVE, SI.VIDA (dados recolhidos em 31.08.2015)

Desde o início da epidemia em Portugal, 74,2% dos casos notificados ocorreram no grupo etário 20-44 anos e 14,6% em pessoas acima dos 49 anos. Em 2014, confirmando a tendência dos anos mais recentes a proporção de casos entre os 20-44 anos continuou a decrescer (60,8%) e, simultaneamente, mais

de 25% do total de novos casos notificados, ocorreram em pessoas com 50 ou mais anos de idade e 6,5% em pessoas acima de 65 anos, acentuando a importância crescente da abordagem da infeção por VIH nestes grupos etários (Quadro 2).

QUADRO 3 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, POR ANO DE DIAGNÓSTICO E POR ESTÁDIO INICIAL, EM PORTUGAL (1983 A 2014)

ESTÁDIO INICIAL DA INFEÇÃO POR VIH							
Ano	Infeção Aguda	Portador Assintomático	Sintomático Não SIDA	SIDA	Não referido	Total	% casos de SIDA
1983		4	1	1	1	7	14,3
1984		4	2	4	1	11	36,4
1985		14	7	27	8	56	48,2
1986		37	22	41	3	103	39,8
1987		82	31	79	8	200	39,8
1988		116	71	128	9	324	39,5
1989		169	78	191	10	448	42,6
1990		265	104	248	16	633	39,2
1991		361	162	292	29	844	34,6
1992		563	206	410	46	1225	33,5
1993		562	186	509	41	1298	39,2
1994		716	165	627	52	1560	40,2
1995		1013	194	726	64	1997	36,4
1996		1369	227	859	62	2517	34,1
1997		1674	259	915	52	2900	31,6
1998		1838	265	957	60	3120	30,7
1999		1946	303	1019	64	3332	30,6
2000		1950	286	889	89	3214	27,7
2001		1639	281	828	94	2842	29,1
2002		1501	276	822	82	2681	30,7
2003		1414	232	785	55	2486	31,6
2004		1424	261	683	43	2411	28,3
2005	1	1306	203	665	56	2231	29,8
2006		1386	258	587	32	2263	25,9
2007		1364	277	501	29	2171	23,1
2008		1420	273	517	29	2239	23,1
2009		1354	239	415	29	2037	20,4
2010		1232	240	438	18	1928	22,7
2011	3	1065	245	358	16	1687	21,2
2012	7	993	258	339	14	1611	21
2013	6	970	245	251	4	1476	17
2014	21	840	127	223	9	1220	18,3
Total	38	30591	5984	15334	1125	53072	28,9

Fonte: INSA, DDI-URVE, SINAVE, SI.VIDA (dados recolhidos em 31.08.2015)

QUADRO 4

PERCENTAGEM DE NOVOS CASOS (2014) EM PESSOAS COM MAIS DE 14 ANOS COM INFORMAÇÃO SOBRE NÚMERO DE LÍNCITOS T CD4+, POR NÍVEL DE CD4 (<200/mm³ E <350/mm³) E POR MODO DE TRANSMISSÃO NOS CASOS COM <350/mm³

Nº casos com CD4	% casos com CD4	CD4 <200		CD4 <350		CD4 <350 (%)		
		N	%	N	%	Hetero	HSH	UDI
926	75,9	292	31,5	455	49,1	54,4	39,8	52,9

Fonte: INSA (DDI/URVE), SI.VIDA

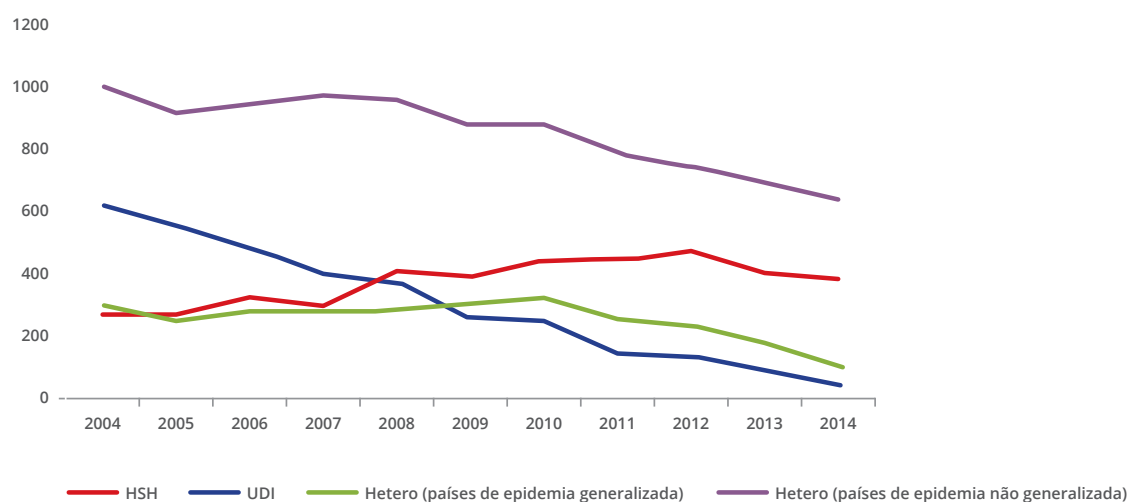
Em relação à distribuição dos casos notificados pelos estádios de infeção, o dado mais significativo é o declínio consistente da proporção de casos de SIDA relativamente ao total de casos notificados em cada ano, sobretudo a partir de meados da década anterior (com exceção dos anos 2010-2011), atingindo a menor proporção em 2013 e 2014 (17% e 18,3%, respetivamente) (Quadro 3). Por outro lado, é de realçar a proporção de casos notificados como infeção aguda nos últimos anos, após a introdução do SI.VIDA, justificando a plena inclusão deste estádio no novo modelo de registo de notificação.

Utilizando os mesmos indicadores de organizações internacionais, existem três elementos fundamentais a reter, em termos de apresentação inicial da infeção por VIH (Quadro 4): a proporção de casos que apresentam registo do valor inicial de linfócitos T CD4+ é elevada, mesmo no contexto europeu; a proporção de diagnósticos tardios (CD4 <350/mm³, registada no ano de 2014, é inferior a 50% e muito próxima dos valores apresentados pelos restantes países da EU-EEA; a proporção de casos com doença avançada (CD4 <200/mm³) não apresenta evolução tão favorável, quando considerada no contexto daqueles países.

QUADRO 5 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, POR ANO DE DIAGNÓSTICO E EM CATEGORIAS DE TRANSMISSÃO SELECIONADAS, EM PORTUGAL (2000 A 2014)

INFEÇÃO POR VIH									
Categoria de Transmissão									
Ano	Homens que fazem sexo com homens (HSH)		Utilizador de drogas injetáveis (UDI)		Heterossexual		Mãe/Filho		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
2000	258	8,0	1591	49,5	1260	39,2	14	0,4	3214
2001	261	9,2	1191	41,9	1281	45,1	17	0,6	2842
2002	267	10,0	929	34,7	1396	52,1	33	1,2	2681
2003	302	12,1	780	31,4	1312	52,8	26	1,0	2486
2004	268	11,1	617	25,6	1296	53,8	23	1,0	2411
2005	277	12,4	588	26,4	1166	52,3	9	0,4	2231
2006	333	14,7	485	21,4	1227	54,2	12	0,5	2263
2007	297	13,7	398	18,3	1251	57,6	17	0,8	2171
2008	409	18,3	367	16,4	1249	55,8	15	0,7	2239
2009	389	19,1	256	12,6	1184	58,1	15	0,7	2037
2010	442	22,9	240	12,4	1185	61,5	17	0,9	1928
2011	448	26,6	150	8,9	1047	62,1	9	0,5	1687
2012	478	29,7	140	8,7	982	61,0	5	0,3	1611
2013	411	27,8	97	6,6	876	59,3	10	0,7	1476
2014	388	31,8	48	3,9	738	60,5	9	0,7	1220

Fonte: INSA, DDI-URVE, SI.VIDA (dados recolhidos em 31.08.2015)

FIGURA 1 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, POR ANO DE DIAGNÓSTICO E POR CATEGORIA DE TRANSMISSÃO, EM PORTUGAL (2004-2014)

Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA (DDI-URVE) e SI.VIDA (recolhidos em 31.08.2015)

Em 2014, manteve-se o padrão registado nos últimos anos, nas três principais categorias de transmissão (Quadro 5). A transmissão por via sexual correspondeu a mais de 90% do total de novos casos notificados (92,3%) e, relativamente a 2013, a proporção de novos casos com transmissão através de relações heterossexuais manteve-se estável (60,5% vs 62%) tendo-se assistido, novamente, a um ligeiro acréscimo da proporção dos novos casos de transmissão em HSH (31,8% vs 29%). Simultaneamente, deve salientar-se o novo decréscimo de transmissão em UDI (3,9%), colocando Portugal ao nível ou mesmo abaixo dos valores médios verificados na região europeia.

Quando se analisa a evolução dos padrões de comportamento associados à transmissão da infeção por VIH, no período 2004-2014, constata-se que, mesmo considerando o decréscimo global do número de novos casos notificados, a transmissão entre HSH cresceu significativamente (+44,8%), ao contrário da transmissão entre UDI, que diminuiu drasticamente (-92,2%) e da transmissão por via heterossexual (onde o decréscimo nos indivíduos provenientes de países de elevada prevalência foi francamente superior ao verificado nos cidadãos nacionais ou provenientes de países sem elevada prevalência (-64,1% e -36,6%, respetivamente) (Fig. 1).

QUADRO 6 NÚMERO DE NOVOS CASOS NOTIFICADOS DE INFEÇÃO POR VIH EM 2014 E RESPECTIVA TAXA DE INCIDÊNCIA POR VIH, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA E DE ACORDO COM A NUTS III (VERSÃO 2013)

	NUTS III (versão 2013)	Nº novos casos	/10 ⁵ habitantes
1	Alto Minho	12	5,0
2	Cávado	31	7,6
3	Ave	23	5,5
4	Área Metropolitana do Porto	226	13,0
5	Alto Tâmega	4	4,4
6	Tâmega e Sousa	32	7,5
7	Douro	5	2,5
8	Terras de Trás-os-Montes	4	3,6
9	Oeste	26	7,2
10	Região de Aveiro	38	10,4
11	Região de Coimbra	54	12,1
12	Região de Leiria	33	11,4
13	Viseu Dão Lafões	8	3,1
14	Beira Baixa	8	9,4
15	Médio Tejo	14	5,8
16	Beiras e Serra da Estrela	5	2,2
17	Área Metropolitana de Lisboa	540	19,2
18	Alentejo Litoral	8	8,3
19	Baixo Alentejo	6	4,9
20	Lezíria do Tejo	14	5,7
21	Alto Alentejo	3	2,7
22	Alentejo Central	2	1,2
23	Algarve	70	15,8
24	Região Autónoma dos Açores	4	1,6
25	Região Autónoma da Madeira	8	3,1
	NR	42	-
	Total	1220	11,7

Fonte: INSA (DDI-URVE), SINAVE, SI.VIDA (dados recolhidos em 31.08.2015)

Em 2014, nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e no Algarve ocorreram 68,5% dos novos casos notificados em Portugal, percentagem elevada, que traduz a persistência da assimetria da distribuição geográfica da infeção por VIH (Quadro 6), embora menor que a verificada no triénio anterior (75%). Ainda em relação a esta assimetria, acentue-se que, no ano em análise, cerca de 45% dos novos casos notificados residiam na área metropolitana de Lisboa (anteriormente designada por Grande Lisboa e Península de Setúbal). Globalmente, continuou a verificar-se, este ano de forma mais marcada, a diminuição da incidência (novos casos) em Portugal, situando-se agora em 11,7/100.000 habitantes (14,2/100.000 habitan-

tes em 2013), valor que embora elevado manifesta clara tendência de aproximação aos valores médios registados na EU-EEA. Os municípios de Amadora (35,6), Lisboa (33,0), Loures (26,4), Porto (26,1), Portimão (23,5), Sintra (22,1) e Cascais (21,5) apresentaram as taxas de incidência de casos notificados mais elevadas, devendo merecer particular atenção e consequentes medidas, relativamente à evolução da infeção nestas regiões. Em 2014, também a taxa de incidência de SIDA (novos casos) sofreu novo decréscimo, situando-se agora em 2,1/100.000 habitantes (2,4/100.000 habitantes, em 2013), ainda acima, contudo, dos valores desejados.

QUADRO 7 NOVOS CASOS NOTIFICADOS EM IMIGRANTES, POR REGIÃO DE ORIGEM E PROPORÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS EM IMIGRANTES NO TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS COM NACIONALIDADE CONHECIDA, EM 2014, EM PORTUGAL

Origem dos novos casos*		Nº	%	
Nacionais		940	82,9	
Imigrantes		161	17,1	
Região de origem dos imigrantes	África Subsariana	108	67,1	
	América Latina	37	23,0	
	União Europeia	10	6,2	
	Europa de Leste	5	3,1	
	Outros	1	0,6	
Total		1101	100	100

* Em 119 casos (9,8%) não consta a nacionalidade, pelo que não foram considerados na análise deste Quadro

A importância dos movimentos de migração nos países ocidentais continua a ser alvo de atenção particular, tendo em vista a definição de melhores estratégias de prevenção primária, diagnóstico precoce, acesso e retenção nos cuidados de saúde destas populações. Em Portugal (Quadro 7), após uma tendência crescente da frequência de novos casos de infeção por VIH, que se verificava desde 2000 e que atingiu o máximo em 2010 (26,4%), tem vindo a verificar-se um decréscimo progressivo a partir de então, correspondendo a 17,1% em 2014, ainda assim significativa em regiões chave: área metropolitana de Lisboa e Algarve. Nos concelhos que integravam, anteriormente, a Grande Lisboa, a proporção de novos casos em imigrantes corresponde a 28,3% do total de

novos casos notificados nessa região e a 70,8% dos novos casos registados em imigrantes. Sem a expressão alcançada na Grande Lisboa, estas percentagens atingem 20,6% e 8,1%, respectivamente, na Península de Setúbal e, no Algarve, 11,9% e de 4,3%, respetivamente. Apesar do decréscimo que se tem vindo a verificar e atendendo ao contexto internacional em que nos inserimos, a questão da infeção por VIH nas populações migrantes deve merecer a aplicação de uma estratégia nacional específica, a implementar em 2016, tendo em vista os objetivos de prevenção, diagnóstico, acesso aos cuidados de saúde e tratamento acima identificados, particularmente nas regiões mais afetadas e, sobretudo, nas populações originárias da África Subsariana e América Latina.

2. GRAVIDEZ E TRANSMISSÃO MÃE/FILHO DA INFEÇÃO POR VIH EM 2014

Tal como se verificou em 2013, os dados agora apresentados foram recolhidos e analisados pelo Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança, da Sociedade Infeciologia Pediátrica - Sociedade Portuguesa de Pediatria e indicam que, em 2014, em Portugal, se verificaram 233 casos de gravidez em mães infetadas por VIH (239 recém-nascidos - RN), a que corresponde a prevalência de 0,29% no total de RN no mesmo período. O número de grávidas infetadas por VIH revelou um acréscimo relativamente a 2013, situando-se ao nível registado em 2012 (Quadro 8). A região sul apresentou o maior número de RN (177), segui-

da pela região norte, centro e ilhas (39, 19 e 4 casos, respetivamente). A Maternidade Alfredo da Costa, o Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, o CH Lisboa Norte/H Stª Maria e o H. Garcia de Orta apresentaram o maior número de RN filhos de mães infetadas por VIH (39, 37, 17 e 16 casos, respetivamente). Na zona norte, o CH Porto/Maternidade Júlio Dinis registou 16 casos e, na zona centro, o CH Universitário de Coimbra/H Pediátrico de Coimbra notificou 13 casos. Doze grávidas estavam infetadas por VIH-2 (em 75% dos casos provenientes da Guiné-Bissau), o que corresponde a 5,1% do total.

QUADRO 8 DISTRIBUIÇÃO POR ANO E REGIÃO DOS RN FILHOS DE MÃES PORTADORAS DE INFEÇÃO POR VIH

Regiões	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	53	46	46	32	32	36	30	39
Centro	20	17	18	19	18	14	17	19
Sul	184	192	174	226	218	186	149	177
Ilhas	0	0	0	0	2	1	1	4
Total	257	255	238	277	270	237	197	239

Fonte: Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança da Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica

QUADRO 9 CASOS DE TRANSMISSÃO MÃE-FILHO DE INFEÇÃO POR VIH (2007-2014)

2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6	2,3	3	1,6	6	2,5	5	2,0	5	1,8	1	0,4	2	1,0	4	1,7

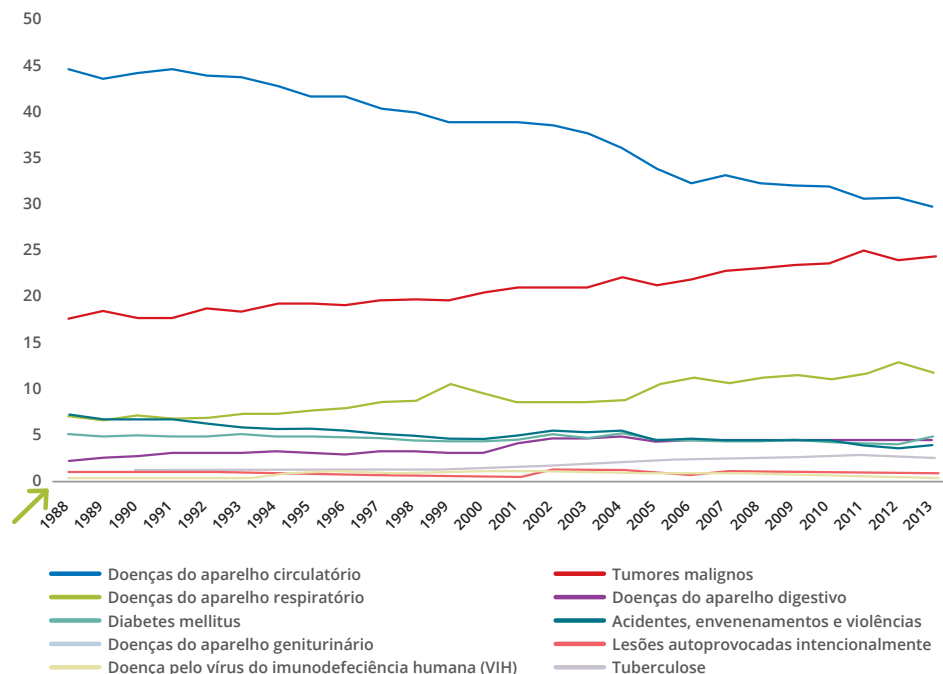
Fonte: Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança da Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica

Em 2014, a taxa de transmissão mãe-filho do VIH foi de 1,7% (Quadro 9), correspondendo a 4 casos de infeção por VIH-1 (não se registou nenhum caso de transmissão de infeção por VIH-2), dois ocorridos em crianças filhas de mães portuguesas e dois em RN de mães de nacionalidade estrangeira. Estes valores traduzem um acréscimo no número de RN infetados por VIH, em consequência de transmissão MF. Se é verdade que os valores encontrados continuam a preencher os critérios apresentados pela OMS para definir a eliminação da transmissão mãe-filho num país e se também se reconhece a impossibilidade controlar si-

tuações particulares de chegada ao país no período final de gravidez e não seguidas corretamente no seu país de origem, também se deve reconhecer o acréscimo do número de casos em residentes em Portugal (mesmo que valor numérico total seja reduzido). Este facto deve merecer redobrada atenção, por parte de todos os diferentes intervenientes e, em particular, das estruturas de saúde, tendo em vista a deteção proativa destas situações e a promoção da adesão das grávidas ao rastreio e ao seguimento médico regular durante a gravidez.

3. MORTALIDADE

FIGURA 2 PERCENTAGEM DE ÓBITOS PELAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NO TOTAL DAS CAUSAS DE MORTE EM PORTUGAL (1988-2013)



Fonte: INE, IP 2015

3.1 Caracterização geral da mortalidade entre 2009 e 2013

QUADRO 10 PESO DA MORTALIDADE POR DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [VIH] NO TOTAL DAS CAUSAS DE MORTE, PORTUGAL CONTINENTAL E ILHAS, (2009-2013)

DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [VIH]						
		2009	2010	2011	2012	2013
Óbitos por todas as causas de morte	HM	104.434	105.954	102.848	107.612	106.545
	H	53.310	54.219	52.544	54.473	54.178
	M	51.124	51.734	50.301	53.139	52.366
Óbitos por doença pelo vírus da imunodeficiência humana	HM	657	638	557	501	457
	H	502	502	435	392	359
	M	155	136	122	109	98

Fonte: INE, IP 2015

3.2 Portugal Continental

QUADRO 11 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [VIH], EM PORTUGAL CONTINENTAL (2009-2013)

DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [VIH]					
	2009	2010	2011	2012	2013
Número de óbitos	642	629	546	491	450
Taxa de mortalidade	6,4	6,3	5,4	4,9	4,5
Taxa de mortalidade padronizada	5,9	5,7	5,0	4,4	4,0
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	6,2	5,9	5,3	4,4	4,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	3,6	4,0	2,8	4,0	3,4
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,1	5,9	5,2	4,4	4,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	2,8	3,4	2,7	3,7	3,6

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: B20–B24.

Fonte: INE, IP 2015

Relativamente a 2014, apenas estão disponíveis dados preliminares provenientes do sistema de informação de certificados de óbito (SICO-DGS). De acordo com esta fonte, registaram-se, em Portugal,

391 óbitos associados à infeção por VIH, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 3,8/100.000 habitantes, ainda não estando disponível a restante informação.

3.3 Caracterização da mortalidade por sexo entre 2009 e 2013

3.3.1. Portugal Continental

QUADRO 12 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [VIH], POR SEXO, EM PORTUGAL CONTINENTAL (2009-2013)

DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [VIH]					
Masculino					
	2009	2010	2011	2012	2013
Número de óbitos	489	495	427	384	352
Taxa de mortalidade	10,2	10,3	8,9	8,1	7,4
Taxa de mortalidade padronizada	9,3	9,4	8,1	7,2	6,6
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	9,8	9,6	8,5	7,1	6,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	5,3	7,4	4,8	7,9	5,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	9,7	9,6	8,3	7,2	6,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	4,4	6,2	5,1	7,2	6,3
Feminino					
	2009	2010	2011	2012	2013
Número de óbitos	153	134	119	107	98
Taxa de mortalidade	2,9	2,6	2,3	2,0	1,9
Taxa de mortalidade padronizada	2,7	2,4	2,1	1,9	1,7
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	2,8	2,5	2,2	2,0	1,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	2,3	1,5	1,4	0,9	1,6
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,8	2,4	2,2	1,9	1,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	1,7	1,5	1,0	1,2	1,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: B20-B24.

Fonte: INE, IP 2015

3.4 Anos potenciais de vida perdidos, por residência e sexo – 2013

QUADRO 13 ANOS E TAXAS DE ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA [VIH] (POR 100 000 HABITANTES), SEGUNDO A RESIDÊNCIA E POR SEXO (2013)

VIH/SIDA						
	N.º de Anos (HM)	N.º de Anos (H)	N.º de Anos (M)	Taxas HM	Taxas H	Taxas M
Total Geral	9.302	7.245	2.057	103,7	165,3	44,8
Portugal	9.265	7.245	2.020	103,3	165,3	44,0
Continente	9.092	7.073	2.020	106,8	170,2	46,4
Norte	2.375	2.050	325	74,4	131,4	19,9
Centro	853	713	140	44,8	76,3	14,4
LVT	4.818	3.623	1.195	198,7	309,3	95,3
Alentejo	410	240	170	67,2	78,7	55,7
Algarve	638	448	190	168,7	240,0	99,3
RA Açores	65	65	0	28,9	57,5	0,0
RA Madeira	108	108	0	45,8	94,7	0,0

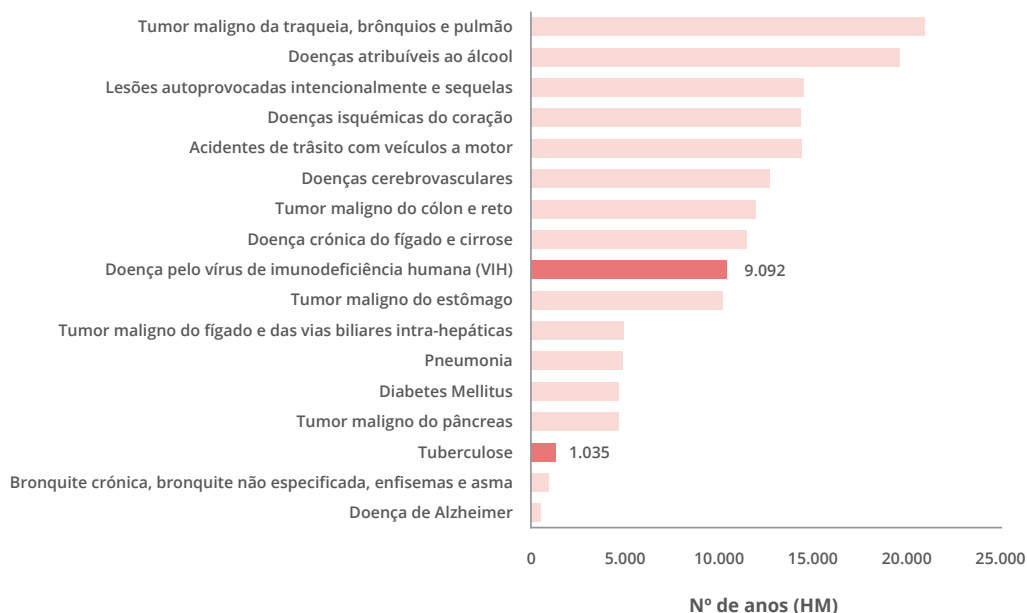
Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: B20-B24.

Fonte: INE, IP 2015

Relativamente a 2014, apenas estão disponíveis dados preliminares provenientes do sistema de informação de certificados de óbito (SICO-DGS). De acordo com esta fonte, o número de anos potenciais de

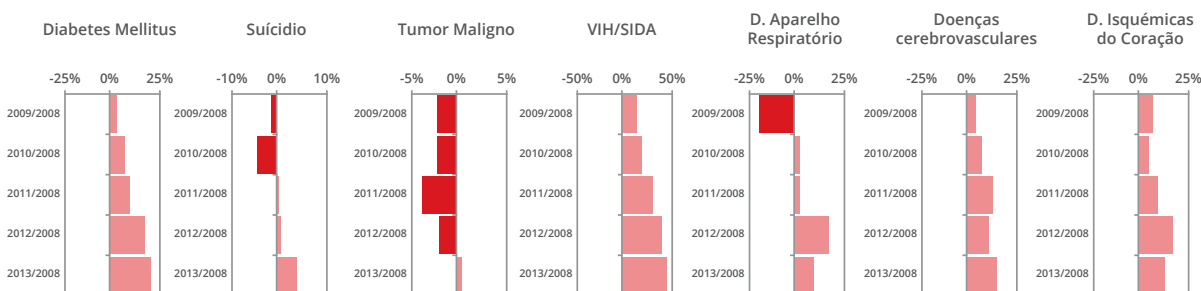
vida perdidos devido a infecção por VIH foi de 8758 (84,4/100000 habitantes), ainda não estando disponível a restante informação.

FIGURA 3 ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR CAUSAS DE MORTE SELECIONADAS, EM PORTUGAL (2013)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados do INE, IP 2015

FIGURA 4 ANOS DE VIDA GANHOS, EM PORTUGAL, NO PERÍODO 2008-2013



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados do INE, IP 2015

A mortalidade associada ao VIH tem vindo progressivamente a diminuir, de forma mais acentuada nos últimos cinco anos (2008-2013) (Quadros 11 e 12). Os dados preliminares de 2014 parecem confirmar e acentuar esta tendência. Sendo certo que, em números absolutos, a infecção por VIH não apresenta o impacto de outras patologias, nomeadamente as “doenças do aparelho circulatório”, as “doenças do

aparelho respiratório” ou os “tumores malignos” (Fig. 2), a análise dos anos de vida potenciais perdidos continua a evidenciar o impacto significativo que esta patologia apresenta na sociedade portuguesa (Fig. 3), atenuado pela evolução francamente favorável, nomeadamente do valor percentual de anos de vida ganhos entre 2009 e 2013 (cerca de 50%) (Fig. 4).

4. MORBILIDADE

4.1 Cuidados Hospitalares

QUADRO 14 CARACTERIZAÇÃO GLOBAL DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL (2009 A 2014)

Caracterização global da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, Portugal Continental (2009 a 2013)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	1.937.692	2.021.342	2.024.048	1.949.869	1.683.698	1.700.992
Dias Internamento	6.681.358	6.846.073	6.737.904	6.729.546	6.712.524	6.635.449
Demora Média	3,45	3,39	3,33	3,45	3,99	3,9
Day Cases	1.036.642	1.101.623	1.124.133	1.058.509	801.402	836.726
Demora Média sem DC	7,42	7,44	7,49	7,55	7,61	7,68
Casos Ambulatório	1.006.560	1.073.012	1.095.537	1.020.070	670.211	690.507
Óbitos	45.845	47.067	46.743	48.517	48.653	47.538

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

4.1.1. Caracterização geral da produção hospitalar, em Portugal Continental e por ARS (2010 a 2014), relativamente a infeção por VIH e a diagnósticos selecionados, quando associados à infeção por VIH

4.1.1.2. Portugal Continental

QUADRO 15 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA, PORTUGAL CONTINENTAL (2009 A 2014)

Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos*	4444	4448	4431	4438	4215	4300
Dias Internamento	76558	73726	70555	68264	61976	61524
Demora Média	17,23	16,58	15,92	15,38	14,70	14,31
Day Cases	119	205	292	353	435	674
Demora Média sem DC	17,7	17,38	17,05	16,71	16,40	16,97
Casos Ambulatório	23	76	95	136	142	122
Óbitos	586	564	511	461	431	382

CID 9 MC: 042

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

Em 2014, o número de internamentos inverteu a tendência de decréscimo verificada no ano anterior, tendo registado um ligeiro acréscimo (+2%), embora

o número de dias de internamento tenha sido inferior (-0,7%), tal como a letalidade intra-hospitalar (-11,4%).

QUADRO 16 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A TUBERCULOSE*, PORTUGAL CONTINENTAL (2009 A 2014)

Tuberculose*						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	635	537	499	417	365	283
Dias Internamento	18152	15668	14223	11975	10218	8665
Demora Média	28,59	29,18	28,50	28,72	27,99	30,62
Day Cases	6	6	7	9	4	7
Demora Média sem DC	28,86	29,51	28,91	29,35	28,30	31,39
Casos Ambulatório	n.d.	0	0	n.d.	0	0
Óbitos	92	82	65	52	46	45

CID 9 MC: 011-018

*só quando associado ao diagnóstico "Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana" (042- diagnósticos principal e secundários)

n.d. – dados não disponíveis por serem confidenciais, de acordo com legislação em vigor (ACSS)

Fonte: GDH – ACSS/DGS

QUADRO 17 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PNEUMOCISTOSE*, PORTUGAL CONTINENTAL (2009 A 2014)

Pneumocistose*						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos*	256	301	260	254	226	212
Dias Internamento	6593	7219	6506	5965	5090	5469
Demora Média	25,75	23,98	25,02	23,48	22,52	24,20
Day Cases	0	n.d.	n.d.	n.d.	0	n.d.
Demora Média sem DC	25,75	n.d.	n.d.	n.d.	22,52	n.d.
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0	0
Óbitos	39	52	38	43	44	35

CID 9 MC: 136.3

*só quando associado ao diagnóstico "Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana" (042) - diagnósticos principal e secundários

n.d. – dados não disponíveis por serem confidenciais, de acordo com legislação em vigor (ACSS)

Fonte: ACSS/DGS (2015)

QUADRO 18 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A SARCOMA DE KAPOSI*, PORTUGAL CONTINENTAL (2009 A 2014)

Sarcoma de Kaposi*						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	143	167	171	123	150	163
Dias Internamento	3127	3816	3403	2942	2724	3469
Demora Média	21,87	22,85	19,90	23,92	18,16	21,28
Day Cases	n.d.	13	11	7	11	8
Demora Média sem DC	n.d.	24,78	21,27	25,36	19,60	22,38
Casos Ambulatório	n.d.	n.d.	0	0	0	0
Óbitos	25	28	30	22	21	32

CID 9 MC: 176

*só quando associado ao diagnóstico "Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana" (042) - diagnósticos principal e secundários

n.d. – dados não disponíveis por serem confidenciais, de acordo com legislação em vigor (ACSS)

Fonte: ACSS/DGS (2015)

QUADRO 19 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A DOENÇA NÃO-HODGKIN*, PORTUGAL CONTINENTAL (2009 A 2014)

Doença Não-Hodgkin*						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	147	194	160	191	193	174
Dias Internamento	3379	3546	2859	2712	3974	2887
Demora Média	22,99	18,28	17,87	14,20	20,59	16,59
Day Cases	3	7	18	4	7	12
Demora Média sem DC	23,47	18,96	20,13	14,50	21,37	17,82
Casos Ambulatório	0	0	3	n.d.	0	0
Óbitos	45	50	34	37	44	26

CID 9 MC: 200 e 202

*só quando associado ao diagnóstico "Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana" (042) - diagnósticos principal e secundários

n.d. - dados não disponíveis por serem confidenciais, de acordo com legislação em vigor (ACSS)

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 20 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A HEPATITE C*, PORTUGAL CONTINENTAL (2009 A 2014)

Hepatite C*						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	1149	1136	1119	1043	905	955
Dias Internamento	18015	18644	18051	15493	13565	13424
Demora Média	15,68	16,41	16,13	14,85	17,12	14,06
Day Cases	24	42	31	46	36	129
Demora Média sem DC	16,01	17,04	16,59	15,54	15,61	16,25
Casos Ambulatório	n.d.	13	14	16	11	10
Óbitos	159	143	132	115	101	93

CID 9 MC: 070.44, 070.51 e 070.54

*só quando associado ao diagnóstico "Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana" (042) - diagnósticos principal e secundários **em dias

n.d. - dados não disponíveis por serem confidenciais, de acordo com legislação em vigor (ACSS)

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

Em 2014, em relação às patologias selecionadas associadas à infeção por VIH, verificou-se o decréscimo do número de internamentos em relação às duas principais (tuberculose e pneumocistose), embora, em relação à letalidade, se tenha verificado um acréscimo marcado na tuberculose e, em sentido oposto, um decréscimo nos casos de pneumocistose. Considerando 2013, os dados disponíveis referentes 2014 indicam um maior número de internamentos associados ao Sarcoma de Kaposi (e,

também, maior letalidade) e uma evolução favorável do internamento hospitalar dos casos de Linfoma não-Hodgkin (menor número de internamentos e menor letalidade). Em relação à coinfeção por Hepatite C, inverteu-se, igualmente, a tendência verificada em anos anteriores e, pela primeira vez desde 2009, registou-se um acréscimo discreto no número de internamentos, embora com a menor taxa de letalidade registada no mesmo período temporal.

4.1.2. Caracterização dos episódios de internamento, em Portugal Continental e ARS (2013 e 2014)

4.1.2.1. Associados a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana nos anos de 2013 e 2014

QUADRO 21

CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA, PORTUGAL CONTINENTAL E ARS (2012 A 2014)

Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana																										
	Episódios de internamento			Indivíduos internados			Indivíduos com 1 internamento			Indivíduos > 1 internamento			2.ºs episódios			%2.ºs episódios			Óbitos			Letalidade de internamento hospitalar (%)				
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014		
P. Cont.	4302	4073	4178	2891	2829	2766	2123	2169	2135	768	660	631	1411	1244	1412	32,8	30,5	33,8	461	431	382	16	15,2	13,8		
Norte	1105	1100	1119	742	686	677	569	529	517	173	157	160	363	414	442	32,9	37,6	39,5	108	98	79	14,6	14,3	11,7		
Centro	478	411	393	320	281	283	226	209	215	94	72	68	158	130	110	33,1	31,6	28,0	43	31	29	13,4	11,0	10,2		
LVT	2.420	2.258	2.452	1.633	1.655	1.652	1.195	1.279	1.281	438	376	371	787	603	800	32,5	26,7	32,6	276	267	250	16,9	16,1	15,1		
Alent.	51	48	42	43	40	35	37	35	31	6	5	4	8	8	7	15,7	16,7	16,7	7	8	8	16,3	20	22,9		
Algarve	248	256	172	175	181	136	127	139	116	48	42	20	73	75	36	29,4	29,3	20,9	27	27	16	15,4	14,9	11,8		

CID9MC: 042

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

A leitura da informação disponível permite concluir que o aumento do número de internamentos hospitalares nas pessoas infetadas por VIH não significa um maior número de indivíduos internados (pelo contrário) mas traduz, sobretudo, o maior número de segundos episódios de internamento, mesmo que, como foi afirmado anteriormente, com menor

letalidade hospitalar, relativamente a anos anteriores. Poderemos estar, assim, a caminhar para contextos globais de maior complexidade clínica desta população, resultado de fatores múltiplos, entre os quais se podem referir a maior esperança de vida, o envelhecimento e a coexistência de patologia múltipla.

5. O SEGUIMENTO EM AMBULATÓRIO DAS PESSOAS INFETADAS POR VIH

Sistema de informação para o VIH/SIDA (SI.VIDA)

No final de 2014, o sistema de informação para o VIH/SIDA (SI.VIDA) encontrava-se implantado em 25 unidades hospitalares do SNS correspondendo, de acordo com os dados disponíveis por inquérito hospitalar, a cerca de 93% do total de doentes em seguimento em Portugal Continental. Por outro lado, de acordo com os dados mais recentes disponibilizados pelos SPMS, o nível de introdução de informação nessas unidades hospitalares corresponde a 94,3% do total de doentes em seguimento. Até ao final do corrente ano está previsto o seu funcionamento em mais duas unidades hospitalares e, em 2016, a conclusão da sua implantação nas restantes 10, incluindo a sua extensão aos Açores.

Este capítulo considera, para efeitos de análise, o universo atrás referido, à data de 31.08.2015 e após um processo de análise e correção da informação existente, previamente disponibilizada aos serviços e unidades participantes. Contudo, nalgumas análises específicas, deve ter-se em atenção que o número de unidades hospitalares envolvidas pode ser menor, dada a ausência de informação disponibilizada pelos respetivos sistemas informáticos.

Por outro lado, a fiabilidade dos dados analisados através do SI.VIDA está dependente, sobretudo, de dois fatores: o nível de preenchimento dos dados referentes a cada indicador específico e a capacidade de integração automática da informação proveniente dos sistemas de gestão hospitalar, laboratório e farmácia de cada hospital.

Com estas considerações prévias em mente, dado que a qualidade da informação disponível já é elevada relativamente à maioria dos indicadores analisados, considerou-se importante proceder à divulgação dos dados provisórios disponíveis mais relevantes embora, na sua maioria e nesta fase, ainda não desagregados por unidade hospitalar. Assim, os dados provenientes do SI.VIDA podem ser encontrados neste capítulo e integram, igualmente, a informação constante do capítulo 1 e capítulo 2. Dada a sua importância e impacto no SNS, entendeu-se proceder à abordagem individualizada da terapêutica antirretrovírica, adicionando-se informação complementar proveniente do Infarmed.

Finalmente, por todos os motivos anteriormente referidos, assume-se que subsistem áreas de melhoria, quer no processo de registo da informação, quer na integração com os diversos sistemas informáticos a que o SI.VIDA recorre. Por isso, a informação agora disponibilizada também deve ser encarada numa dupla perspectiva: uma primeira abordagem de um sistema que, constituindo um avanço inegável no processo de monitorização da infeção por VIH em Portugal, ainda se encontra em desenvolvimento e implementação com significativa margem de otimização e, simultaneamente, um fator adicional de estímulo à melhoria da qualidade da informação presente.

5.1. A situação em 31 de dezembro de 2014

Total de casos em seguimento

QUADRO 22 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES INTEGRANDO O SI.VIDA, EM 31.12.2014

	Centro Hospitalar/Hospital/ULS	Unidades	Casos (N)	Notas
1	Hospital de Braga (HPP)	Hospital de Braga	582	
2	CH Tâmega e Sousa	H. Padre Américo	263	Ausência parcial de informação. Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
3	ULS Matosinhos	H Pedro Hispano	874	
4	CH do Porto	H. Stº António H. Joaquim Urbano	2909	
5	CH S. João	H S. João	2308	
6	CH Gaia-Espinho	Unidade I - H Eduardo Santos Silva	1159	
7	CH Universitário Coimbra	H. Universidade Coimbra H. Pediátrico Coimbra	2026	
8	H. Distrital Santarém	H. Distrital Santarém	597	
9	H. Cascais Dr. José de Almeida	H. Cascais Dr. José de Almeida	1074	
10	H. Prof. Doutor Fernando Fonseca	H. Prof. Doutor Fernando Fonseca	2761	Ausência parcial de informação. Não incluído na avaliação da TARc. Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
11	CH Lisboa Norte	H. Stª Maria H. Pulido Valente	3542	
12	CH Lisboa Central	H. Curry Cabral H. Stº António Capuchos H. S. José H. D. Estefânia Maternidade Alfredo da Costa	5109	
13	CH Lisboa Ocidental	H. Egas Moniz	2482	
14	H. Garcia de Orta	H. Garcia de Orta	1641	
15	CH Barreiro/Montijo	H N. Senhora Rosário	721	Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
16	CH Setúbal	H. S. Bernardo	1165	
17	CH Algarve	H. Faro H. Portimão	1743	H. Portimão: ausência parcial de informação. H. Portimão: Não incluído na avaliação da TARc. H. Portimão: Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"

Fonte: SI.VIDA. Dados analisados em 31.08.2015

De acordo com os registos efetuados no SI.VIDA, no final de 2014 encontravam-se em seguimento ambulatório 30956 pessoas infetadas por VIH. Adicional-

mente, estavam registados 1317 óbitos e 426 casos de profilaxia pós-exposição ao VIH (PPE).

QUADRO 23 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH EM SEGUIMENTO AMBULATORIO HOSPITALAR E CONSTANTES NO SI.VIDA, POR CONCELHO DE RESIDÊNCIA (25 CONCELHOS COM MAIOR NÚMERO DE CASOS) (31.12.2014)

	Concelho	Total	%		Concelho	Total	%
1	Lisboa	4992	16,1	16	Maia	394	1,3
2	Sintra	2319	7,5	17	Braga	387	1,3
3	Porto	1800	5,8	18	Valongo	326	1,1
4	Cascais	1363	4,4	19	Vila Franca de Xira	311	1,0
5	Amadora	1333	4,3	20	Faro	265	0,9
6	Vila Nova de Gaia	1237	4,0	21	Santa Maria da Feira	259	0,8
7	Loures	1090	3,5	22	Olhão	257	0,8
8	Almada	1078	3,5	23	Loulé	236	0,8
9	Oeiras	933	3,0	24	Leiria	218	0,7
10	Matosinhos	873	2,8	25	Palmela	200	0,6
11	Seixal	777	2,5		Outros	6037	19,5
12	Setúbal	700	2,2		NR (concelho de residência)	1882	6,1
13	Gondomar	661	2,1	Total		30956	100,0
14	Odivelas	605	2,0				
15	Coimbra	423	1,4				

Fonte: SI.VIDA. Dados analisados em 31.08.2015

O concelho de Lisboa apresenta o maior número de casos em seguimento hospitalar (16,1%). No seu conjunto, na área metropolitana de Lisboa residem cerca de 50% do total de pessoas em seguimento

ambulatorio. De referir a existência de um número ainda significativo de casos sem identificação de local de residência.

QUADRO 24 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, CONSTANTES NO SI.VIDA, POR PERÍODO DE TEMPO EM SEGUIMENTO HOSPITALAR (31.12.2014)

	Período de tempo em seguimento					Total
	1-2 anos	>2-5 anos	>5-10 anos	>10-15 anos	> 15 anos	
N	2465	4605	8006	8103	7777	30956

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

QUADRO 25 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH EM SEGUIMENTO AMBULATORIO HOSPITALAR E CONSTANTES NO SI.VIDA, POR SEXO, CATEGORIA DE TRANSMISSÃO E TIPO DE VIH (31.12.2014)

	Sexo		Principais comportamento de risco				Tipo de VIH			
	Masculino	Feminino	Hetero	HSH	UDI	MF	VIH-1	VIH-2	VIH-1+2	NR
N	21006	9950	16986	5634	7360	214	29804	953	157	42
%	67,9	32,1	54,9	18,2	23,8	0,7	96,3	3,1	0,5	0,1

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

QUADRO 26 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH EM SEGUIMENTO AMBULATORIO HOSPITALAR E CONSTANTES NO SI.VIDA, POR GRUPO ETÁRIO (31.12.2014)

Grupo Etário	Total de casos	%
0 -11 Meses	1	-
1 - 4 Anos	7	-
5 - 14 Anos	64	0,2
15 - 24 Anos	571	1,8
25 - 34 Anos	3397	11,0
35 - 44 Anos	10165	32,8
45 - 54 Anos	9701	31,3
55 - 64 Anos	4492	14,5
65 - 84 Anos	2501	8,1
≥ 85 Anos	57	0,2
Total	30956	99,9

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

A proporção de pessoas do sexo masculino e feminino, bem como a distribuição pelas principais categorias de transmissão do VIH e a distribuição etária refletem a evolução da epidemia em Portugal, nome-

adamente o aumento da esperança de vida. Do total de casos em seguimento, 3,4% eram portadores de infecção pelo VIH-2, uma proporção que se mantém elevada no contexto europeu.

QUADRO 27 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH RELATIVAMENTE À PRESENÇA DE COINFEÇÕES E COMORBILIDADES SELECIONADAS, EM 31.12.2014

	Total	Coinfeções			Comorbilidades		
		Tuberculose	Hepatite C	Sífilis	HTA	Diabetes	Insuficiência renal
N	30956	5327	3973	1351	1394	793	130
%	100	17,2	12,8	4,4	4,5	2,6	0,4

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

QUADRO 28 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, DE ACORDO COM O ESTÁDIO CLÍNICO, EM 31.12.2014

ESTÁDIO CLÍNICO (CDC)									
Portador Assintomático			Sintomático não-SIDA			SIDA			NR
A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	
6674	7929	3755	619	1408	1605	666	1428	5295	775

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

QUADRO 29 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO POR VIH RELATIVAMENTE À TARc E AVALIAÇÃO VIROLÓGICA, EM 31.12.2014

	Doentes em seguimento ¹			TARc		Carga vírica (CV) (em doentes sob TARc)	
	Total	Sem registo de TARc e/ou CV ¹	Com registo de TARc e CV	Sem TARc	Com TARc	CV <50 cópias/mL	CV ≥ 50 cópias/mL
N	30956	3376	26580	4575	22005	17249	4356
%	100	14,1	85,9	17,2	82,8	78,4	20,2

¹ Por ausência de dados, não foram considerados as seguintes unidades hospitalares nesta análise: CH Tâmega e Sousa, H. Fernando da Fonseca, CH Barreiro/Montijo e H. Portimão (CH Algarve).

Dos 26580 doentes registados em hospitais integrando o SI.VIDA e cujo processo de registo automático incluiu a prescrição terapêutica e a informação laboratorial, 22005 encontravam-se sob TARc (82,8%). Destes, no final de 2014, 17249 apresentavam carga vírica indetetável (78,4%). Estes dois

elementos, se bem que num universo mais restrito (85,9% dos doentes envolvidos no SI.VIDA em 2014), constituem já uma aproximação à “cascata do tratamento”, tendo em vista os objetivos definidos pela ONUSIDA, para 2020.

5.2. Os novos casos (ano de diagnóstico: 2014)

A informação, elaborada a partir do registo no SI.VIDA e referente a 2014, tem como objetivo complementar a informação inserida no Capítulo 1.

Assim, em 2014 foram registados 1045 novos casos de infeção por VIH, com seguimento hospitalar e registo no SI.VIDA (ano de diagnóstico: 2014), o que corresponde a 85,7% dos casos notificados em Portugal no mesmo ano.

O SI.VIDA reporta ainda o registo de 338 óbitos, 25 dos quais em pessoas a quem o diagnóstico de infeção por VIH foi efetuado neste mesmo ano.

Adicionalmente, em 2014, foram ainda registados 150 casos de Profilaxia Pós-Exposição ao VIH (71 casos de profilaxia pós exposição não profissional, 65 casos de profilaxia pós exposição profissional e 14 situações não discriminadas), ocorridas em 138 pessoas.

QUADRO 30 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES E DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS EM SEGUIMENTO (2014)

	Centro Hospitalar/Hospital/ULS	Unidades	Casos	Notas
1	Hospital de Braga (HPP)	Hospital de Braga	42	
2	CH Tâmega e Sousa	H. Padre Américo	19	Ausência parcial de informação. Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
3	ULS Matosinhos	H Pedro Hispano	31	
4	CH do Porto	H. Stº António H. Joaquim Urbano	77	
5	CH S. João	H S. João	98	
6	CH Gaia-Espinho	Unidade I - H Eduardo Santos Silva	53	
7	CH Universitário Coimbra	H. Universidade Coimbra H. Pediátrico Coimbra	112	
8	H. Distrital Santarém	H. Distrital Santarém	17	
9	H. Cascais Dr. José de Almeida	H. Cascais Dr. José de Almeida	39	
10	H. Prof. Doutor Fernando Fonseca	H. Prof. Doutor Fernando Fonseca	112	Ausência parcial de informação. Não incluído na avaliação da TARc. Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
11	CH Lisboa Norte	H. Stª Maria H. Pulido Valente	129	
12	CH Lisboa Central	H. Curry Cabral H. Stº António Capuchos H. S. José H. D. Estefânia Maternidade Alfredo da Costa	86	
13	CH Lisboa Ocidental	H. Egas Moniz	49	
14	H. Garcia de Orta	H. Garcia de Orta	36	
15	CH Barreiro/Montijo	H N. Senhora Rosário	39	Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
16	CH Setúbal	H. S. Bernardo	32	
17	CH Algarve	H. Faro H. Portimão	74	H. Portimão: ausência parcial de informação. H. Portimão: Não incluído na avaliação da TARc. H. Portimão: Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"

Fonte: SI.VIDA. Dados analisados em 31.08.2015

QUADRO 31

DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH EM SEGUIMENTO AMBULATORIO HOSPITALAR E CONSTANTES NO SI.VIDA, POR CONCELHO DE RESIDÊNCIA (16 CONCELHOS COM MAIOR NÚMERO DE NOVOS CASOS), EM 2014

	Concelho	Total	%		Concelho	Total	%
1	Lisboa	154	14,7	11	Seixal	20	1,9
2	Sintra	78	7,5	12	Setúbal	19	1,8
3	Amadora	64	6,1	13	Coimbra	18	1,7
4	Porto	57	5,5	14	Valongo	17	1,6
5	Cascais	44	4,2	15	Almada	16	1,5
6	Vila Nova de Gaia	38	3,6	16	Leiria	16	1,5
7	Loures	24	2,3		Outros	353	33,7
8	Matosinhos	24	2,3		NR	81	7,7
9	Maia	21	2,0	Total		1045	100,0
10	Braga	21	2,0				

Fonte: SI.VIDA. Dados analisados em 31.08.2015

Em 2014, o concelho de Lisboa continuou a registar o maior número de casos (14,7%). A área metropolitana de Lisboa constitui a área de residência de 43,9% dos novos casos em seguimento ambulatorio e a área metropolitana do Porto, 21,4%. Manteve-se, em 2014, uma percentagem significativa de casos sem indicação do concelho de residência (7,7%), os

quais correspondem, na sua maioria, a deficiente resposta dos sistemas informáticos de gestão hospitalar de alguns hospitais (o CH Barreiro/Montijo e o H. Portimão/CH Algarve não têm registo do concelho de residência das pessoas em seguimento, o que corresponde a 72/81 dos casos), aspeto que deverá ser ultrapassado em 2015.

QUADRO 32

DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH EM SEGUIMENTO AMBULATORIO HOSPITALAR, CONSTANTES NO SI.VIDA, POR GÉNERO, CATEGORIA DE TRANSMISSÃO E TIPO DE VIH (2014)

	Sexo		Principais comportamento de risco				Tipo de VIH			
	Masculino	Feminino	Hetero	HSH	UDI	MF	VIH-1	VIH-2	VIH-1+2	NR
N	749	296	643	346	35	5	1000	32	11	2
%	71,7	28,3	61,5	33,1	3,3	0,5	95,7	3,1	1,1	0,1

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

Comparativamente ao registo de casos notificados em Portugal (capítulo 1), a proporção de casos em seguimento, por categoria de transmissão (Quadro 32) é apenas ligeiramente mais elevada para o comporta-

mento de risco HSH (33,1 vs 31,8) e para a transmissão por via heterossexual (61,5 vs 60,5) e ligeiramente inferior para a transmissão em UDI (3,3 vs 3,9).

QUADRO 33 DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH EM SEGUIMENTO AMBULATORIO HOSPITALAR E CONSTANTES NO SI.VIDA, POR GRUPO ETÁRIO (2014)

Grupo Etário	Total de casos	%
0 -11 Meses	1	0,1
1 - 4 Anos	2	0,2
5 - 14 Anos	2	0,2
15 - 24 Anos	111	10,6
25 - 34 Anos	263	25,2
35 - 44 Anos	283	27,1
45 - 54 Anos	199	19,0
55 - 64 Anos	117	11,2
65 - 84 Anos	67	6,4
≥ 85 Anos	0	0,0
Total	1045	100,0

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

QUADRO 34 DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH POR ESTÁDIO CLÍNICO INICIAL (2014)

ESTÁDIO CLÍNICO INICIAL (CDC)										
A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	NR	Total
242	228	86	15	37	45	8	13	145	226	1045

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

O elevado número de casos considerados como “NR” (não refere) traduz ausência de informação quanto ao estágio clínico, de acordo com classificação do

CDC, mesmo que haja registo da classificação “portador assintomático; sintomático não-SIDA ou SIDA”.

QUADRO 35 DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH RELATIVAMENTE À PRESENÇA DE COINFEÇÕES E COMORBILIDADES SELECIONADAS (2014).

	Total	Coinfeções			Comorbilidades		
		Tuberculose	Hepatite C	Sífilis	HTA	Diabetes	Insuficiência renal
N	1045	73	31	66	30	17	0
%	100	7,0	3,0	6,3	2,9	1,6	0,0

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

Comparativamente à totalidade dos casos em seguimento no final de 2014, os novos casos, apresentam menor proporção de coinfeção pelo VHC e de Tuberculose mas, simultaneamente, uma maior proporção de diagnósticos de “Sífilis”. De igual modo, também a proporção de comorbilidades é inferior nos novos

casos, quando comparada com o conjunto dos doentes em seguimento, o que se enquadra nas características demográficas (mais jovem) e clínicas (menos tempo de evolução de doença e diagnóstico mais precoce) desta população.

QUADRO 36 DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH EM IMIGRANTES (2014), POR DURAÇÃO DA ESTADIA EM PORTUGAL

	≥ 1 ano	>1-2 anos	>2-3 anos	>3-5 anos	>5-10 anos	≥ 10 anos	Sem data	Total
N	42	9	13	20	47	55	31	217

Fonte: SI.VIDA (dados analisados em 31.08.2015)

A discrepância, verificada entre o total de casos apresentado no capítulo 1 e os dados extraídos do SI.VIDA, pode ser interpretada pela diferente metodologia utilizada. Os dados disponibilizados pelo SI.VIDA são

baseados no preenchimento de um campo específico ("imigrante") enquanto a metodologia seguida no capítulo 1 tem em conta o registo da nacionalidade.

5.3. Terapêutica antiretroviral combinada nos hospitais do SNS

5.3.1. Em 31 de dezembro de 2014 – total de casos sob TARc nos hospitais que integram o SI.VIDA

QUADRO 37 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, POR ESQUEMA DE TARc EM UTILIZAÇÃO EM 31.12.2014 (N=23)

	Esquema terapêutico*	Nº	%
1	(Tenofovir+Emtricitabina+Efavirenz)	2503	11,4
2	(Tenofovir+Emtricitabina) + Darunavir	2140	9,7
3	(Tenofovir+Emtricitabina)+Atazanavir	1806	8,2
4	(Tenofovir+Emtricitabina) + Efavirenz	1682	7,6
5	(Abacavir+Lamivudina)+Efavirenz	1565	7,1
6	(Tenofovir+Emtricitabina+Rilpivirina)	1129	5,1
7	(Tenofovir+Emtricitabina) + Nevirapina	929	4,2
8	(Tenofovir+Emtricitabina) + Raltegravir	888	4,0
9	(Abacavir+Lamivudina) + Nevirapina	770	3,5
10	(Tenofovir+Emtricitabina) + Lopinavir/r	762	3,5
11	(Abacavir+Lamivudina) + Atazanavir	734	3,3
12	(Abacavir+Lamivudina) + Darunavir	726	3,3
13	(Abacavir+Lamivudina) + Raltegravir	497	2,3
14	(Abacavir+Lamivudina) + Lopinavir/r	404	1,8
15	(Zidovudina + Lamivudina) + Nevirapina	284	1,3
16	(Zidovudina + Lamivudina) + Lopinavir/r	277	1,3
17	Darunavir + Raltegravir	256	1,2
18	(Abacavir+Lamivudina) + Rilpivirina	231	1,1
19	(Zidovudina + Lamivudina) + Efavirenz	192	0,9
20	Etravirina + Darunavir + Raltegravir	158	0,7
	Outros	4082	18,5
Total		22015	100,0

Fonte: SI.VIDA, dados recolhidos em 31.08.2015

Notas: 1. Nesta análise não constam o H. Fernando da Fonseca e H. Portimão, por ausência de informação disponível.

2. Entre parêntesis incluem-se as coformulações do respetivo esquema terapêutico.

3. Nos esquemas terapêuticos com inibidores da protease, omitiu-se o potenciador (ritonavir).

5.3.2. Novos casos e terapêutica antirretrovírica inicial em 2014, nos hospitais que integram o SI.VIDA.

QUADRO 38

DISTRIBUIÇÃO DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS INICIAIS DE ACORDO COM O 3º FÁRMACO UTILIZADO NOS HOSPITAIS INTEGRANDO O SISTEMA SI.VIDA (N=23), EM 2014

	Esquema terapêutico	Nº	%
1	Baseado em NNITR	598	46,2
2	Baseado em IP	480	37,0
3	Baseado em ITI	140	10,8
	Outros	78	6,0
Total		1296	100,0

Fonte: SI.VIDA, dados recolhidos em 31.08.2015

Nota: Nesta análise não constam o H. Fernando da Fonseca e H. Portimão, por ausência de informação disponível.

QUADRO 39

DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS DE INFECÇÃO POR VIH (2014), POR ESQUEMA DE TARC INICIAL (N=23)

	Esquema terapêutico	Nº	%
1	(Tenofovir+Emtricitabina+Efavirenz)	211	16,3
2	(Tenofovir+Emtricitabina) + Darunavir	211	16,3
3	(Tenofovir+Emtricitabina+Rilpivirina)	150	11,6
4	(Tenofovir+Emtricitabina) + Raltegravir	97	7,5
5	(Abacavir+Lamivudina)+Efavirenz	93	7,2
6	(Tenofovir+Emtricitabina)+Atazanavir	81	6,3
7	(Tenofovir+Emtricitabina) + Efavirenz	56	4,3
8	(Abacavir+Lamivudina) + Darunavir	49	3,8
9	(Abacavir+Lamivudina) + Raltegravir	36	2,8
10	(Tenofovir+Emtricitabina) + Nevirapina	35	2,7
11	(Abacavir+Lamivudina) + Atazanavir	29	2,2
12	(Zidovudina+Lamivudina) + Lopinavir/r	25	1,9
13	(Abacavir+Lamivudina) + Rilpivirina	20	1,5
14	(Zidovudina + Lamivudina) + Nevirapina	13	1,0
	Outros	190	14,6
Total		1296	100,0

Fonte: SI.VIDA, dados recolhidos em 31.08.2015

Notas: 1. Nesta análise não constam o H. Fernando da Fonseca e H. Portimão, por ausência de informação disponível.

2. Entre parêntesis incluem-se as coformulações do respetivo esquema terapêutico.

3. Nos esquemas terapêuticos com inibidores da protease, omitiu-se o potenciador (ritonavir).

Embora a proporção de esquemas terapêuticos de acordo com as “Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2” e a Norma de Orientação Clínica nº 27/2012 seja superior

a 85%, ainda existe, globalmente, uma elevada proporção de esquemas terapêuticos iniciais baseados em inibidores da protease, discordante do preconizado nessas mesmas recomendações.

QUADRO 40 DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS CASOS DE INFECÇÃO POR VIH (DIAGNÓSTICO EM 2014), RELATIVAMENTE AO INÍCIO DE TARc E AVALIAÇÃO DA CARGA VÍRICA 6 MESES APÓS O INÍCIO DE TARc

	Novos doentes em seguimento			TARc		Carga vírica 6 meses após início TARc		
	Total	Sem registo de TARc e/ou CV ¹	Com registo de TARc e CV	Sem TARc	Com TARc	CV <50 cópias/mL	CV ≥ 50 cópias/mL	NR
N	1045	213	832	437	395	212	61	130

Fonte: SI.VIDA, dados recolhidos em 31.08.2015

¹ Por ausência de dados, não foram considerados as seguintes unidades hospitalares nesta análise: CH Tâmega e Sousa, H. Fernando da Fonseca, CH Barreiro/Montijo e H. Portimão (CH Algarve).

QUADRO 41 TOTAL DE CASOS DE INFECÇÃO POR VIH, COM INÍCIO DE TARc EM 2014 E AVALIAÇÃO DA CARGA VÍRICA 6 MESES APÓS O INÍCIO DA TARc

Início de TARc nas unidades hospitalares				Carga vírica 6 meses após início TARc (n= 1314)			
Unidades hospitalares com registo de TARc ¹	Total de doentes que iniciaram TARc (nas unidades com registo)	Unidades hospitalares com registo de TARc e CV ²	Total de doentes que iniciaram TARc e apresentam CV (nas unidades com registo de TARc e CV)	CV <50 cópias/mL	CV ≥ 50 cópias/mL	NR	
N	24	1472	21	1314	735	194	385

Fonte: SI.VIDA, dados recolhidos em 31.08.2015

¹ Unidades hospitalares sem registo de TARc: Hospital Fernando da Fonseca;

² Unidades hospitalares sem registo de CV: CH Tâmega e Sousa, CH Barreiro/Montijo, H. Portimão (CH Algarve).

Para o efeito da avaliação da carga vírica aos 6 meses, considerou-se um período de tempo mais alargado (5-9 meses), para poder abranger eventuais flutuações de agendamento de consultas, realização e disponibilidade de exames complementares. O alargamento até aos 9 meses abrangeu as situações de avaliação intercalar aos 3-4 meses.

Quer no total de doentes que iniciaram TARc em 2014, quer no grupo mais restrito dos que tiveram diagnóstico em 2014, a proporção de casos com CV <50 cópias/mL, seis meses após o início da TARc foi próxima de 80% (79,1% e 77,7%, respetivamente).

5.3.3. Medicamento antirretrovíricos – dispensa total

QUADRO 42

DISPENSA TOTAL DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVÍRICOS (NÚMERO DE EMBALAGENS E VALOR), EM PORTUGAL CONTINENTAL (2011 A 2014) – INFEÇÃO POR VIH

CFT	DCI	Quantidades CHNM				Valor (Euro)			
		2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa (INTR)	Abacavir	389.030	420.178	427.320	455.534	1.706.149	1.825.476	1.677.467	1.681.610
	Abacavir + Lamivudina	1.205.142	1.474.131	1.697.578	1.908.056	15.971.302	19.483.255	21.372.177	23.387.520
	Abacavir + Lamivudina + Zidovudina	156.973	109.555	86.814	57.690	1.524.557	1.061.608	828.745	551.850
	Didanosina	157.973	106.087	72.199	51.337	870.106	563.117	382.097	273.324
	Emtricitabina	33.910	29.096	26.925	25.426	228.165	195.412	177.589	164.903
	Emtricitabina + Tenofovir	2.850.412	3.078.623	3.320.009	3.608.393	50.744.852	55.302.168	53.289.434	54.102.594
	Estavudina	161.130	96.218	67.366	38.396	546.261	329.439	230.180	127.244
	Lamivudina	907.650	746.170	679.580	596.790	2.748.307	1.404.762	967.510	658.005
	Lamivudina + Zidovudina	1.647.568	1.216.426	929.213	801.787	8.593.516	4.705.076	2.936.476	1.110.357
	Tenofovir	896.420	929.167	946.917	967.564	10.777.326	11.022.447	9.028.960	8.437.708
Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa (INNTR)	Zidovudina	841.549	748.665	680.671	531.620	1.221.186	740.424	581.357	372.730
	Efavirenz	1.509.151	1.414.060	1.387.025	1.588.048	13.586.927	11.945.351	10.556.360	5.310.793
	Etravirina	384.534	638.680	610.584	522.304	1.510.288	2.314.132	3.032.442	3.644.728
INNTR+INTR (associação)	Nevirapina	1.669.651	1.514.829	1.426.883	1.373.504	5.792.725	2.210.347	1.764.951	1.405.116
	Efavirenz + Emtricitabina + Tenofovir	1.261.082	1.433.955	1.536.239	1.249.594	33.328.517	38.204.106	36.308.140	26.663.620
Inibidores da protease (IP)	Atazanavir	1.457.016	1.425.518	1.414.660	1.342.189	22.172.630	21.316.702	18.155.768	15.992.888
	Darunavir	1.278.724	2.074.161	2.798.600	3.190.857	12.189.032	17.934.617	22.252.813	24.351.756
	Fosamprenavir	212.699	157.120	115.005	90.529	1.501.330	1.110.860	689.949	479.184
	Indinavir	159.535	102.455	65.991	44.899	261.075	167.470	107.006	73.771
	Lopinavir + Ritonavir	5.258.224	4.631.407	4.233.491	3.701.551	21.733.556	18.963.827	14.149.514	10.898.143
	Nelfinavir	30.168	19.230	2.539	0	42.846	27.531	3.609	0
	Ritonavir	2.878.631	3.168.872	3.476.237	3.588.068	2.897.441	3.152.700	2.900.643	2.454.260
	Saquinavir	867.687	635.215	474.001	364.593	3.050.833	2.230.306	1.571.086	1.088.110
	Tipranavir	61.068	59.110	53.640	46.319	315.034	312.149	263.759	213.176
Inibidores da cadeia da integrase (ITI)	Raltegravir	893.738	1.259.054	1.565.287	1.941.181	10.550.066	12.800.080	14.017.365	13.995.046
ITI+INTR	Elvitegravir + Cobicistato + Tenofovir + Emtricitabina*				9083				245704
Inibidores de entrada	Enfuvirtida	4.201	3.514	2.227	1.184	107.522	91.290	57.893	30.767
	Maraviroc	66.818	77.453	84.379	86.393	972.686	991.425	1.019.221	941.193
Total		27.240.684	27.568.949	28.181.380	28.173.805	224.946.246	230.408.089	218.322.511	198.410.397

* Fármaco que surgiu em 2014

Nota: Para todos os hospitais com gestão pública do SNS só existem dados completos para os anos de 2011 e 2012. Os dados não incluem as parcerias público privadas. Os dados de internamento são disponibilizados com base na classificação interna efetuada pelo INFARMED aos centros de custo dos hospitais. Fonte: Dados reportados pelos hospitais do SNS através do Código Hospitalar Nacional do Medicamentos (CHNM) – INFARMED (2015)

6. PREVENÇÃO PRIMÁRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE, CONHECIMENTO E ATITUDES FACE AO VIH

6.1. Prevenção Primária

6.1.1. Programa de Distribuição Gratuita de Preservativos

QUADRO 43 | PRESERVATIVOS DISTRIBUÍDOS (2010 A 2014)

PRESERVATIVOS DISTRIBUÍDOS (2010-2014)			
Ano	Masculinos	Feminino	Total
2010	5.900.102	146.378	6.046.480
2011	5.438.959	344.761	5.783.720
2012	2.409.911	53.455	2.463.366
2013	3.056.542	111.105	3.167.647
2014	3.644.541	254.756	3.899.297

Fonte: Relatórios de Atividades CNSIDA/PN VIH/SIDA (2015)

QUADRO 44 | PRESERVATIVOS DISTRIBUÍDOS POR GRUPO DE ENTIDADES, EM 2014

PRESERVATIVOS DISTRIBUÍDOS (2014)		
Estrutura	Masculinos	Femininos
Estabelecimentos públicos de saúde	855.288	60430
Estabelecimentos públicos de educação	59.396	11571
Estabelecimentos prisionais	14.400	0
Outras entidades públicas (ex.: autárquicas)	53.292	23.400
Entidades privadas (ex.: fundações)	80.640	3000
Entidades assistenciais (ex.: ONG, IPSS)	1.773.589	140.480
Eventos recreativos e organizações da juventude	85.560	15875
Programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”	722.376	0

Fonte: Relatório de Atividades PN VIH/SIDA (2015)

6.1.2. Programa “Diz Não a uma Seringa em 2ª Mão”

QUADRO 45 | SERINGAS DISTRIBUÍDAS ATRAVÉS DO PROGRAMA “DIZ NÃO A UMA SERINGA EM 2.ª MÃO” (2009 A 2014)

Ano	N.º Seringas Distribuídas
2009	2.740.000
2010	2.660.000
2011	1.210.000
2012	1.086.400
2013	950.652
2014	1.677.329

Fonte: Relatório Anual do Programa Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão – PN VIH/SIDA, ANF, SPMS 2014

QUADRO 46 COMPARAÇÃO ENTRE OS ANOS DE 2010, 2011 E 2012 DO PROGRAMA TROCA DE SERINGAS

Instituições	Nº Seringas Recolhidas				Nº Instituições aderentes		N.º Preservativos Distribuídos
	N.º Seringas Distribuídas	Farmácias	ONG/OG	Posto Móvel	Farmácias	ONG/OG	
2010	2.660.000	886.918	1.163.175	7.404	1336	45	1.293.336
2011	1.210.000	672.602	928.302	50.047	1267	43	696.682
2012	1.086.400	494.757	807.959	38.994	1224	39	543.204

Fonte: Relatório Anual do Programa Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão – SPMS e ANF, 2012

QUADRO 47 PROGRAMA TROCA DE SERINGAS EM 2013 E 2014

Instituições	Nº Seringas Recolhidas				Nº Instituições aderentes			N.º Preservativos Distribuídos
	Cuidados de Saúde Primários (ACES/ULS)	ONG/OG	Posto Móvel	Total	Cuidados de Saúde Primários (ACES/ULS)	ONG/OG	Posto Móvel	
2013	28.694	899.662	22.296	950.652	49	35	1	522.694
2014	301.578	1.347.644	28.107	1.677.329	49	35	1	722.376

Fonte: Relatório Anual do Programa “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão” e SPMS, 2014

Em 2014, confirmou-se a tendência de acréscimo da distribuição gratuita de preservativos, já evidenciada em 2013, tendo sido distribuídos mais 23,1% que no ano anterior (sendo que a distribuição de preservativos femininos mais que duplicou (+229%).

Em 2014, consolidou-se o modelo de funcionamento do Programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”, estabelecido em 2013, através da entrada progressiva dos Cuidados de Saúde Primários (iniciada em março e concluída em outubro), como local de troca de seringas, nas regiões e áreas cuja cobertura era assegurada, anteriormente, pelas farmácias. Esta consolidação traduziu-se no incremento subs-

tancial de trocas efectuadas nos CSP mas, também, nas duas outras estruturas (equipas de rua e posto móvel) o que significou um número de trocas de seringas significativamente superior ao verificado em 2013 (+76%) e, mesmo, superior ao registado em 2011.

O esforço a realizar deve contemplar o reforço de ambos os programas de prevenção e, simultaneamente, a implementação de um sistema adequado de monitorização, de acordo com os principais grupos populacionais a que se dirigem e os objetivos de prevenção da transmissão da infeção.

6.2. Diagnóstico precoce – Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD)

QUADRO 48 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE TESTES RÁPIDOS DE DIAGNÓSTICO PARA O VIH (2010-2014)

Ano	N.º CAD em funcionamento	N.º Testes realizados	N.º Positivos	Proporção Testes Positivos
2010	18	23968	222	0,93
2011	18	19620	207	1,06
2012	17	18151	165	0,91
2013	17	16816	161	0,96
2014	17	15989	152	0,95

Fonte: Relatórios de Atividades CNSIDA/PNSIDA (2015)

Fonte: Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2015)

QUADRO 49 TOTAL DE CASOS DE INFECÇÃO POR VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO E PROPORÇÃO DE CASOS DIAGNOSTICADOS NOS CAD (2007 A 2014)

	N.º casos / ano diagnóstico	N.º casos identificados CAD	%
2007*	2003	223	11,1
2008*	2090	230	11,0
2009*	1901	219	11,5
2010*	1931	222	11,5
2011*	1688	208	12,3
2012*	1640	165	10,1
2013*	1476	161	10,9
2014	1220	152	12,5

*valores retificados de acordo com os novos dados de notificação

Fonte: INSA, SIVIDA, SINAVE. Dados referidos a 31.08.20145 Indicadores CAD

O ano de 2014 representa um ano de mudança da estratégia de diagnóstico precoce da infeção por VIH, através da implementação organizada e faseada da realização de testes rápidos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Assim, foi possível inverter a tendência decrescente do número de testes realizados em unidades de saúde (que os CAD apresenta-

vam desde 2008), através da entrada em funcionamento desta atividade nas unidades de CSP.

Este processo de redimensionamento da abordagem do diagnóstico precoce veio a culminar, aliás, na atualização da Norma de Orientação Clínica nº 58/2011, em dezembro de 2014.

QUADRO 50 TOTAL DE TESTES EFETUADOS, TESTES REATIVOS E % DE TESTES REATIVOS POR ESTRUTURA DO SNS OU EM PROJETOS FINANCIADOS PELA DGS-PN VIH/SIDA (2014)

	Nº testes efetuados	Nº testes reativos	% testes reativos
CAD	15989	152	0,95
CSP	3547	23	0,65
ONG/OBC*	3751	63	1,68

* Em projetos financiados pela DGS-PN VIH/SIDA

Fonte: Em projetos financiados pela DGS-PN VIH/SIDA

Naturalmente, a proporção de casos reativos encontrada nas atividades desenvolvidas pelas OBC, através de projetos promovidos e financiados pela DGS/PN VIH/SIDA é superior ao encontrado nas restantes estruturas, atestando a importância de se dirigir esta atuação a populações chave na aquisição e transmissão da infeção por VIH, atividade que deve ser complementada pela correta referência destas pessoas para as unidades de saúde respetivas. Dois

outros elementos devem ser considerados relativamente ao diagnóstico precoce: a estabilidade da proporção de casos reativos identificados nos CAD, relativamente aos anos anteriores e, a proporção de casos reativos em unidades de CSP, mesmo reconhecendo que o início da realização dos testes rápidos de diagnóstico se efetuou em regiões de maior prevalência da infeção (1:154 testes realizados).

7. EVOLUÇÃO COMPARADA – ANÁLISE INTERNACIONAL

Os quadros seguintes apenas procuram enquadrar Portugal, no contexto europeu, sobretudo pela apresentação dos dados de outros países. Na verdade, os dados nacionais não são coincidentes com os apresentados inicialmente, neste Relatório, relativamente ao número de novos casos e taxas de infeção por VIH e de SIDA (Parte I – 1. A situação em Portugal em 31.08.2015). A altura em que esses

dados são reportados às instâncias internacionais e o atraso de notificação existente em Portugal, até ao corrente ano, são as principais razões para essa divergência. Em ambas as situações, os dados nacionais são os mais fidedignos, porque mais atuais e por já recorrerem a cruzamento de diferentes fontes de informação.

QUADRO 51 TOTAL DE DIAGNÓSTICOS DE VIH E TAXAS POR 100.000 HABITANTES, POR ESTADO MEMBRO DA UE E ANO DE DIAGNÓSTICO, 2009-2013.

Estados Membros UE	2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Portugal	1.864	18,0	1.824	17,6	1.613	15,6	1.542	14,6	1.093	10,4
Alemanha	2.885	3,5	2.723	3,3	2.702	3,3	2.975	3,6	3.263	4,0
Áustria	308	3,7	321	3,8	314	3,7	320	3,8	260	3,1
Bélgica	1.132	10,5	1.199	11,1	1.183	10,8	1.229	11,1	1.115	10,0
Bulgária	171	2,3	163	2,2	201	2,7	157	2,1	200	2,7
Chipre	38	4,8	41	5,0	54	6,4	58	6,7	54	6,2
Dinamarca	236	4,3	275	5,0	266	4,8	201	3,6	233	4,2
Eslováquia	53	1,0	28	0,5	49	0,9	50	0,9	83	1,5
Eslovénia	48	2,4	35	1,7	55	2,7	45	2,2	44	2,1
Espanha	3.430	10,5	3.666	11,2	3.390	10,3	3.611	9,5	3.278	7,0
Estónia	411	30,8	376	28,2	366	27,5	315	23,8	325	24,6
Finlândia	172	3,2	184	3,4	172	3,2	156	2,9	157	2,9
França	5.450	8,5	5.538	8,6	5.414	8,3	5.660	8,7	4.002	6,1
Grécia	600	5,4	634	5,7	946	8,5	1.133	10,2	807	7,3
Holanda	1.195	7,2	1.187	7,2	1.129	6,8	1.036	6,2	949	5,7
Hungria	140	1,4	182	1,8	162	1,7	219	2,2	240	2,4
Irlanda	395	8,7	330	7,3	327	7,2	351	7,7	332	7,2
Itália	3.797	6,6	3.980	6,7	3.838	6,5	4.098	6,9	3.608	6,0
Letónia	275	12,7	274	12,9	299	14,4	339	16,6	340	16,8
Lituânia	180	5,7	153	4,9	166	5,4	160	5,3	177	6,0
Luxemburgo	57	11,6	52	10,4	52	10,2	58	11,1	53	9,9
Malta	19	4,6	18	4,3	21	5,1	30	7,2	36	8,5
Polónia	956	2,5	956	2,5	1.115	2,9	1.095	2,8	1.089	2,8
Reino Unido	6.630	10,8	6.329	10,2	6.165	9,9	6.238	9,8	5.994	9,4
Rep. Checa	156	1,5	180	1,7	153	1,5	212	2,0	235	2,2
Roménia	253	1,3	274	1,4	427	2,1	489	2,4	507	2,5
Suécia	431	4,7	457	4,9	391	4,2	381	4,0	354	3,7

Fonte: ECDC, HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013

QUADRO 52

TOTAL DE CASOS DE SIDA E TAXAS POR 100.000 HABITANTES, POR ESTADO MEMBRO DA UE, E ANO DE DIAGNÓSTICO, 2009-2013.

Estados Membros UE	2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Portugal	569	5,5	653	6,3	576	5,6	525	5	322	3,1
Alemanha	614	0,8	478	0,6	473	0,6	448	0,5	241	0,3
Áustria	102	1,2	94	1,1	66	0,8	32	0,4	70	0,8
Bélgica	121	1,1	102	0,9	86	0,8	90	0,8	78	0,7
Bulgária	30	0,4	32	0,4	40	0,5	65	0,9	71	1
Chipre	8	1	10	1,2	5	0,6	7	0,8	3	0,3
Dinamarca	36	0,7	44	0,8	59	1,1	41	0,7	38	0,7
Eslováquia	4	0,1	2	0	4	0,1	7	0,1	6	0,1
Eslovénia	18	0,9	7	0,3	15	0,7	11	0,5	11	0,5
Espanha	1.392	3,1	1.193	2,6	1.047	2,3	916	2	604	1,6
Estónia	38	2,8	26	2	38	2,9	36	2,7	24	1,8
Finlândia	23	0,4	32	0,6	25	0,5	19	0,4	20	0,4
França	950	1,5	967	1,5	835	1,3	782	1,2	404	0,6
Grécia	100	0,9	103	0,9	97	0,9	120	1,1	118	1,1
Holanda	269	1,6	286	1,7	227	1,4	248	1,5	199	1,2
Hungria	23	0,2	28	0,3	32	0,3	48	0,5	42	0,4
Irlanda	35	0,8	38	0,8	47	1	35	0,8	26	0,6
Itália	1.205	2,1	1.143	1,9	1.049	1,8	1.061	1,8	1.016	1,7
Letónia	101	4,7	132	6,2	112	5,4	142	6,9	133	6,6
Lituânia	37	1,2	33	1,1	21	0,7	38	1,3	44	1,5
Luxemburgo	3	0,6	8	1,6	11	2,1	7	1,3	9	1,7
Malta	1	0,2	6	1,4	5	1,2	6	1,4	1	0,2
Polónia	130	0,3	173	0,5	184	0,5	157	0,4	160	0,4
Reino Unido	650	1,1	659	1,1	417	0,7	424	0,7	319	0,5
Rep.Checa	23	0,2	26	0,2	24	0,2	29	0,3	26	0,2
Roménia	257	1,3	247	1,2	299	1,5	293	1,5	338	1,7
Suécia	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

nd: dados não disponíveis

Fonte: ECDC, HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013

PARTE II – TUBERCULOSE

Em 2014 foram notificados 2264 casos de tuberculose dos quais, 2080 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 21,8/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 20,0/100.000 habitantes. Foi observada assim, uma redução de cerca de 5% da taxa de notificação e de incidência entre 2013 e 2014.

Porto, Lisboa, Setúbal e Algarve apresentaram incidência intermédia de tuberculose (>20 casos/100.000 e <50 casos/100.000 habitantes), Nenhum distrito apresentou alta incidência de tuberculose (≥50 casos/100.000 habitantes),

A distribuição por sexo mostrou que 63,4% dos casos de tuberculose ocorreram em indivíduos do sexo masculino. A idade média dos doentes foi de 48,5 anos, sendo o grupo etário dos 35 aos 54 anos o mais representado (39,8% dos doentes).

Em 2014, 15,9% dos casos de tuberculose ocorreram em pessoas nascidas fora do país. Na sua grande maioria (79,2%), foram diagnosticadas com tuberculose após a permanência em Portugal por um período superior a 2 anos.

O estado de infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) não é ainda conhecido na totalidade dos doentes com tuberculose. Em 2014, o estado VIH foi conhecido em 74,3% dos doentes com tuberculose. Cerca de 862 doentes (38%) com tuberculose tinham comorbilidades reconhecidas como de risco para tuberculose, sendo a mais representada a da infeção por VIH (13,3%). A diabetes (6,8%), a neoplasia de qualquer órgão (5,3%) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (5,1%) foram as outras comorbilidades mais frequentes nos doentes diagnosticados com tuberculose durante o ano 2014.

Cerca de 557 doentes (24,6%) apresentaram fatores de risco sociais entre os quais o consumo de álcool (11%) e o consumo de drogas ilícitas (9,9%) - endovenosas e/ou inaladas - foram os mais representados.

Em 2014, 51 casos de tuberculose ocorreram em população reclusa. Apesar de não representar um peso muito grande no total de casos de tuberculose a nível nacional (2,5% do total de casos), trata-se de uma população onde o risco de transmissão de doença é alto. A taxa de incidência de tuberculose na população reclusa em 2014 foi de 385/100.000 reclusos. Continuamos a assistir a um decréscimo marcado da incidência de tuberculose neste grupo (434/100.000 em 2013 e 531/100.000 em 2012) mas ainda, muito acima dos valores médios nacionais.

A principal localização da tuberculose foi pulmonar (71,3%). Dos 1615 doentes com atingimento pulmonar da doença, 746 (63,2%) tinham exames diretos de expectoração positivos, o que confere maior risco de transmissão de doença aos seus contactos.

Dos 1174 casos com tuberculose confirmada, 955 completaram tratamento (taxa de sucesso de 82,5%), 24 (2,5%) interromperam o tratamento e 105 (11%) faleceram no decorrer do tratamento para tuberculose.

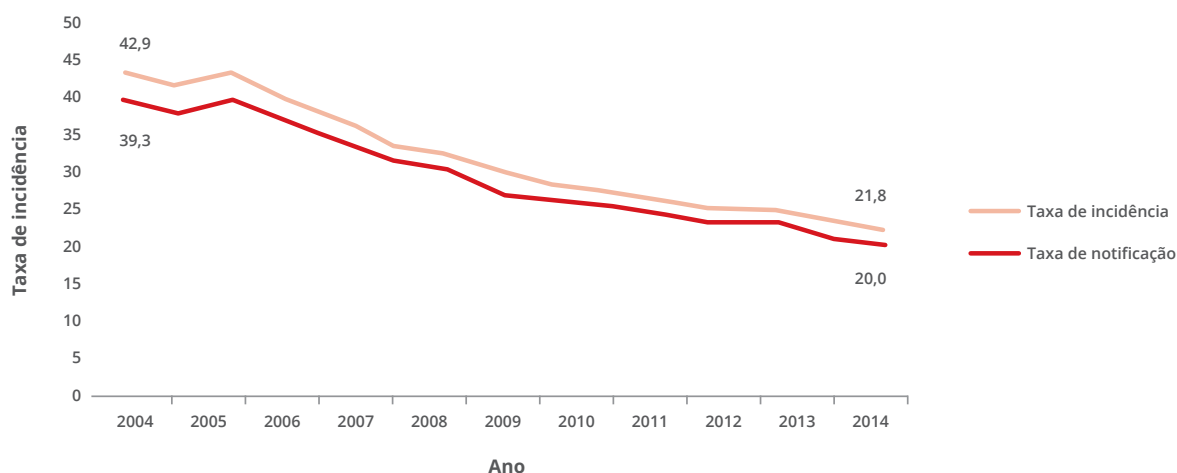
Em 2014, ocorreram 23 casos de tuberculose multirresistente, representando 2,5% dos casos testados e 1% do total de casos de tuberculose notificados. De entre os 23 casos multirresistentes, 6 casos eram extremamente resistentes. Em 2014, só foram notificados casos de tuberculose multirresistente na região Norte (6 casos) e na região de Lisboa e Vale do Tejo (15 casos) e na região Centro (2). Cerca de 78% dos casos de tuberculose multirresistente tinham nascido em Portugal. O sucesso terapêutico dos casos de tuberculose multirresistente tem vindo a aumentar.

8. CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS REPORTADOS

Em 2014 foram notificados 2264 casos de tuberculose dos quais, 2080 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 21,8/100000 habitantes e uma taxa de incidência de 20,0/100000 habitantes (população residente em 2014 de 10.397315 de acordo com os dados do INE) - dados a 22 de setembro de 2015. Continuamos a verificar uma redução face aos anos anteriores. Em 2013 tinham sido notificados

(dados definitivos) 2403 casos dos quais, 2203 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 23,0/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 21,1/100.000 habitantes (população residente em 2013 de 10.427.301 de acordo com os dados do INE). Foi observada assim uma redução de cerca de 5% da taxa de notificação e de incidência entre 2014 e 2013 (Figura 5).

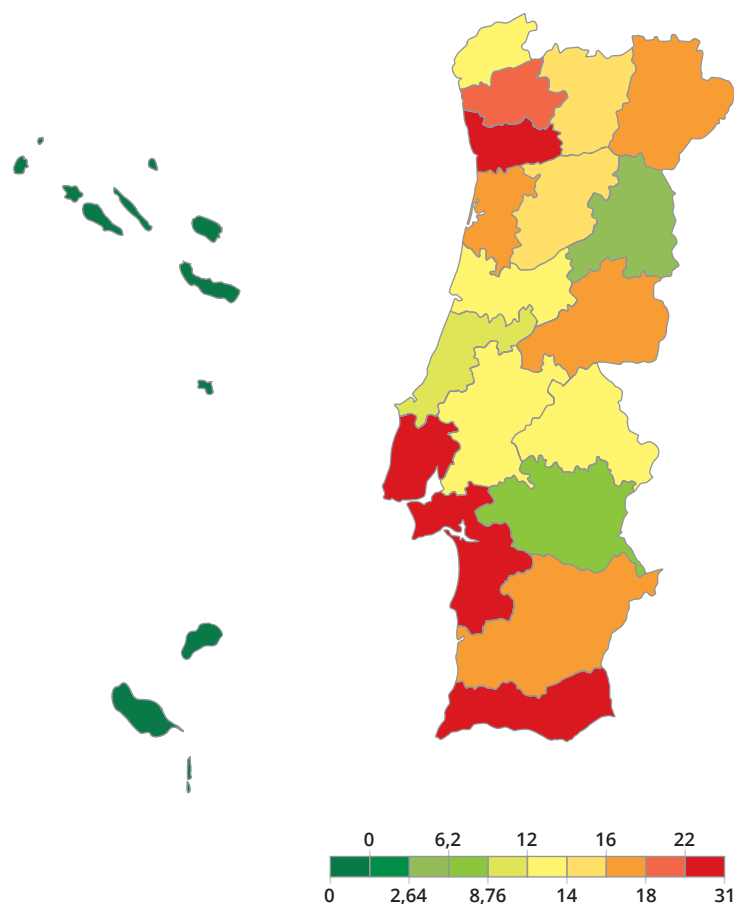
FIGURA 5 EVOLUÇÃO DA TAXA DE NOTIFICAÇÃO E DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM PORTUGAL, 2000-2014



Fonte: SVIG-TB, 2015

Porto, Lisboa, Setúbal e Algarve apresentaram incidência intermédia de tuberculose (>20 casos/100000 e <50 casos/100000 habitantes). Não foi identificado nenhum distrito com alta incidência (Figura 6).

Em 2014, ocorreram 224 casos de tuberculose na cidade de Lisboa (taxa de incidência de 44,0/100000 habitantes), 101 casos na cidade do Porto (taxa de incidência de 46,3/100000 habitantes).

FIGURA 6 TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE POR 100 MIL PESSOAS, POR DISTRITO, 2014

Fonte: SVIG-TB, 2015

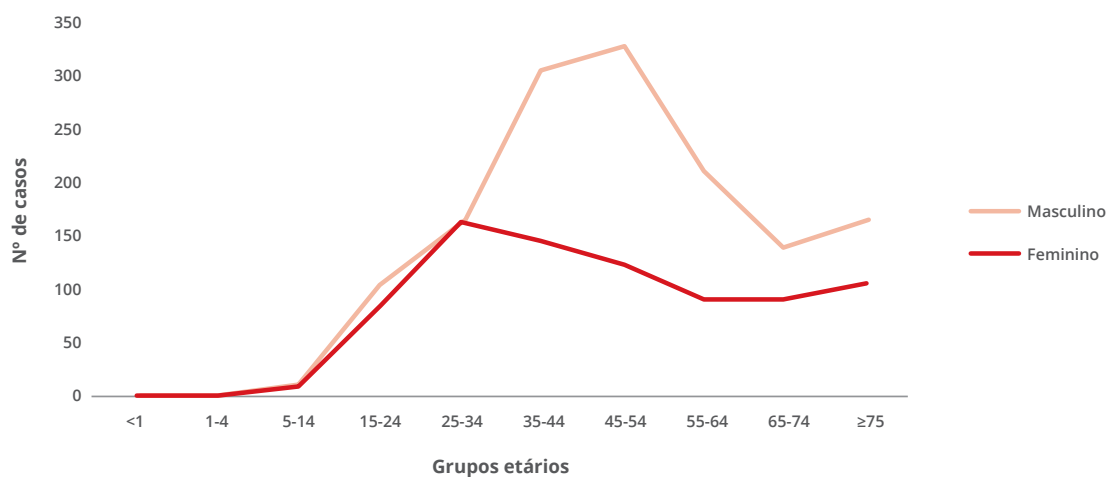
Tal como nos anos anteriores, a maior proporção de casos de doença (89,6%) foi detectado por rastreio

passivo, sendo o rastreio de contactos responsável pela detecção de 4,6% dos casos.

8.1. Características demográficas dos casos

A distribuição por sexo mostrou que 63,4% dos casos de tuberculose ocorreram em indivíduos do sexo masculino (Figura 7 e Quadro 53). A idade média dos doentes foi de 48,5 anos, sendo o grupo etário dos 35 aos 54 anos o mais representado (39,8% dos

doentes). Cerca de 22,8% dos doentes teve idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos e 22% dos doentes apresentou idade superior a 65 anos. As crianças com menos de 14 anos representaram 1,1% dos doentes.

FIGURA 7 CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS, DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E SEXO, 2014

Fonte: SVIG-TB, 2015

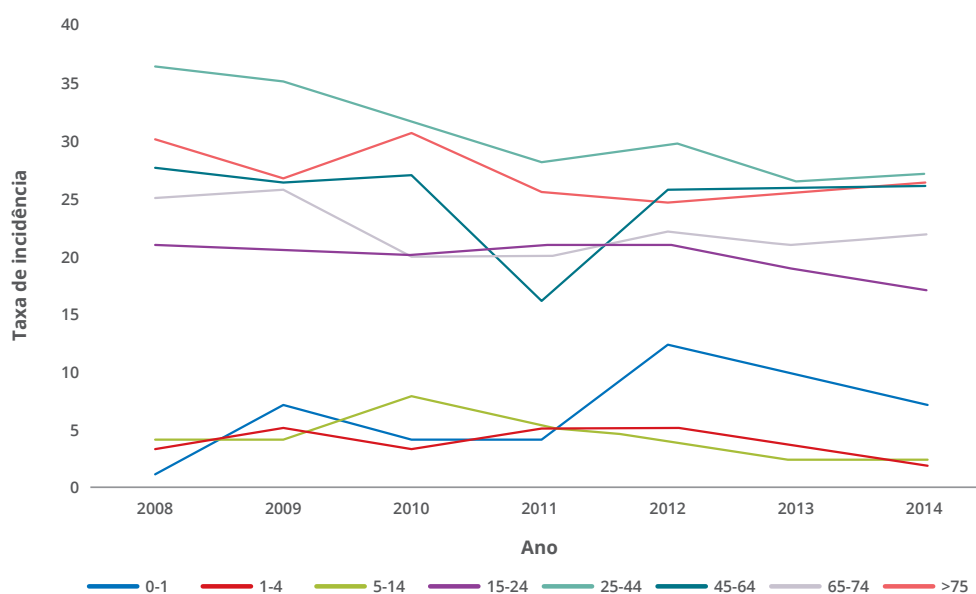
QUADRO 53 CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS, DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E SEXO, 2014

	< 1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Masculino	3	4	14	103	163	302	328	211	139	164
Feminino	3	4	11	86	164	146	124	90	93	107
Total	6	8	25	189	327	448	452	301	232	271

Fonte: SVIG-TB, 2015

Analisando a evolução da taxa de incidência de tuberculose, por faixa etária, verificamos que nos grupos

etários acima de 25 anos a taxa de incidência tem mostrado um ligeiro aumento.

FIGURA 8 EVOLUÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE, POR FAIXA ETÁRIA, EM PORTUGAL, 2000-2014

Fonte: SVIG-TB, 2015

As crianças com menos de 1 ano de idade apresentaram uma diminuição da taxa de incidência de tuberculose em 2014, apresentando contudo valores superiores aos do grupo etário 1-4 anos.

Sendo um grupo particularmente vulnerável, é importante caracterizá-lo. A tuberculose, neste grupo etário, ocorreu apenas em crianças com nacionalidade

portuguesa (Quadro 54), 3 das quais identificadas no processo de rastreio de um adulto doente (o nosso sistema de vigilância não nos permite analisar fatores de risco para tuberculose nos pais ou outros familiares das crianças). Das 6 crianças doentes, 5 tinham sido vacinadas com BCG.

QUADRO 54 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE, DIAGNOSTICADAS COM TUBERCULOSE, 2014

Característica	Distribuição
Distribuição por sexo	
Feminino	3
Masculino	3
Distribuição por pais de origem	
Portugal	6
Estrangeiro	0
Distrito de residência	
Porto	3
Setúbal	2
Braga	1
Vacina BCG	
Sim	5
Desconhecido	1
Meio de deteção	
Rastreio passivo	3
Rastreio de contactos	3
Localização da doença	
Pulmonar	3
Linfática intratorácica	1
Disseminada	1
Outra	1
VIH	
Não	3
Missing	3
Resultado do tratamento	
Tratamento completado	5
Em tratamento	1

Fonte: SVIG-TB, 2015

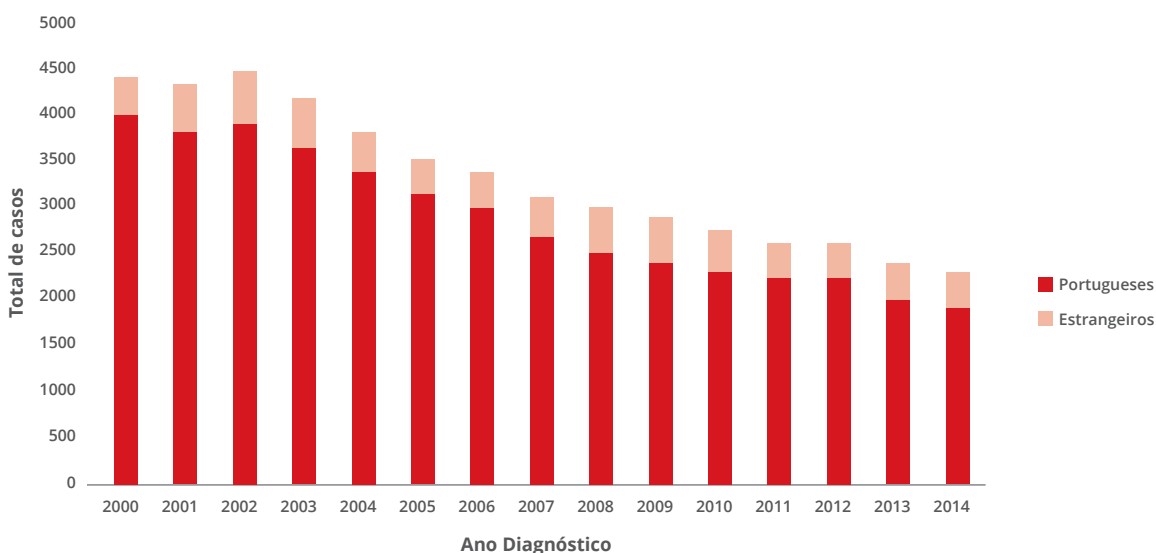
8.2. Fatores de risco para tuberculose

Tuberculose em pessoas nascidas fora do país

Em 2014, 15,9% dos casos de tuberculose ocorreram em doentes nascidos fora do país (Figura 9). Na sua grande maioria (79,2%) ocorreram após a permanên-

cia em Portugal por um período superior a 2 anos – um valor inferior ao detetado em 2013 (82,7% dos casos).

FIGURA 9 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS, POR PAÍS DE ORIGEM, 2000-2014



Fonte: SVIG-TB, 2015

Com o objetivo de estimar o risco relativo das comunidades estrangeiras e utilizando-se os dados oficiais do Serviços de Estrangeiros e Fronteiras relativos à população estrangeira com títulos de residência ou com prorrogação de vistos de longa duração estimou-se a taxa de incidência de TB na população estrangeira em 2014 – 95,4/100.000 habitantes, 4,8 vezes superior à incidência nacional (Quadro 55).

Verificamos uma redução do número de casos diagnosticados em 2014, assim como assistimos a uma redução do número de casos por ano de entrada (Quadro 55). Não podemos excluir que esta redução se deva sobretudo à redução do número de imigrantes que procura o nosso país como um local de destino.

QUADRO 55 EVOLUÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM IMIGRANTES (/100000), 2008 – 2014

Ano	Nº Imigrantes	Nº de casos de TB por ano de entrada ^a	Nº total de casos de TB diagnosticados ^b	Taxa de incidência
2008	422549	87	408	92,7
2009	436451	101	438	96,4
2010	427751	85	432	97
2011	419704	60	410	93,9
2012	403866	43	404	97,7
2013	401320	64	409	100,2
2014	377240	48	360	95,4

^a Número de casos de tuberculose por ano de entrada, independentemente do ano do diagnóstico – por exemplo um doente que entrou no país em 2008 e foi diagnosticado em 2010 surge nesta coluna como um caso de 2008.

^b Número de casos diagnosticados durante esse ano – por exemplo, no caso anterior, o caso surge em 2010, se foi diagnosticado nesse ano.

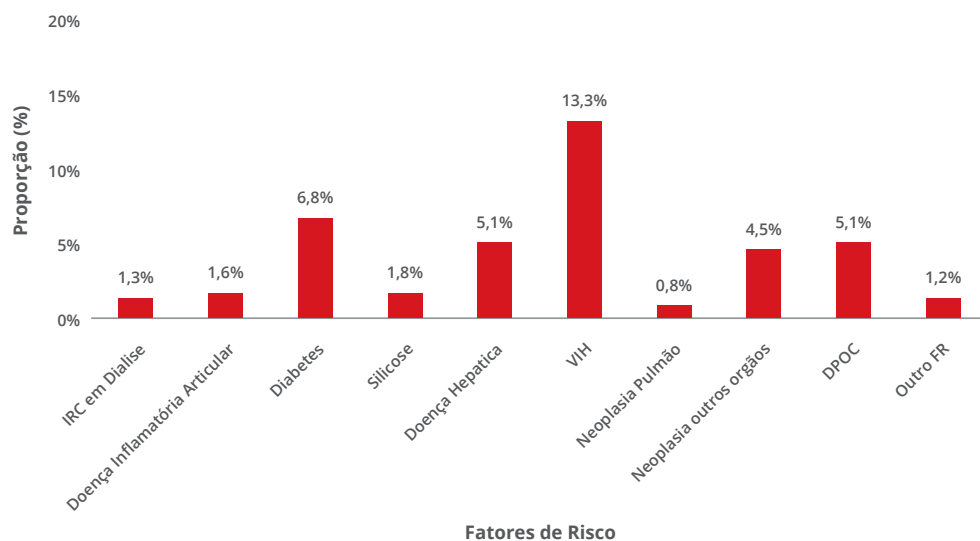
Fonte: SVIG-TB, 2015

Comorbilidades

Cerca de 862 (38%) doentes com tuberculose tinham comorbilidades reconhecidas como de risco para tuberculose, sendo a mais representada a da infeção por vírus de imunodeficiência humana - VIH (13,3%). A diabetes (6,8%), a neoplasia de qualquer órgão

(5,3%) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (5,1%) foram as outras comorbilidades mais frequentes nos doentes diagnosticados com tuberculose durante o ano 2014 (Figura 10).

FIGURA 10 COMORBILIDADES NOS DOENTES COM TUBERCULOSE. 2014

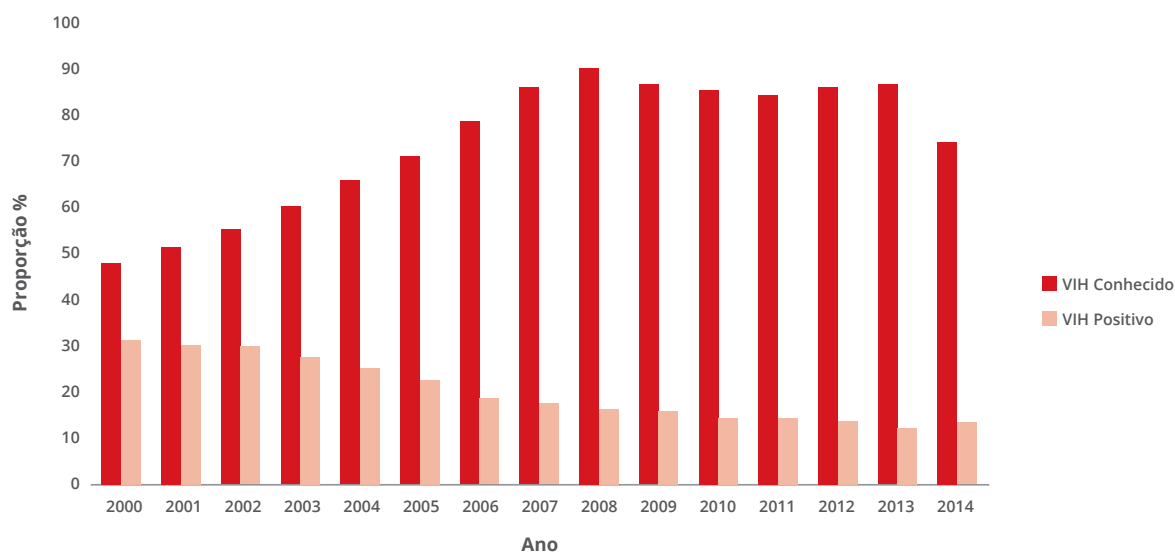


Fonte: SVIG-TB, 2015

O caso particular da coinfeção com VIH

O estado serológico relativamente à infeção por VIH não é ainda conhecido na totalidade dos doentes com tuberculose. A 22 de setembro de 2015, aquele estado era conhecido em 74,3% dos doentes com diagnóstico de tuberculose em 2014 (Figura 11). Em 2013, em data homóloga, o estado serológico relativamente à infeção por VIH era conhecido em 76,7% dos doentes. Com os dados definitivos (finalização do tratamento e preenchimento definitivo do formulário de alta), em 2013 a serologia relativamente à infeção

por VIH foi conhecida em 86,6% dos doentes com 12,0% de casos positivos. Sabendo que a notificação da infeção por VIH é frequentemente efetuada no final do tratamento, analisámos qual a proporção de doentes, já com tratamento terminado e com estado VIH conhecido, em 22 de setembro de 2015: dos 1428 doentes que tinham completado o tratamento, 1265 (88,6%) conheciam o estado relativamente ao VIH.

FIGURA 11 EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DO ESTADO VIH EM DOENTES COM TUBERCULOSE, 2000-2014

Fonte: SVIG-TB, 2015

Fatores de risco sociais

Em 2014, 557 (24,6%) doentes apresentaram comportamentos de risco, entre os quais o consumo de álcool (11%) e o consumo de drogas ilícitas (9,9%) - endovenosas e/ou inaladas - foram os mais representados.

Em 2014, 51 casos de tuberculose ocorreram em população reclusa. Apesar de não representar um peso muito grande no total de casos de tuberculose a nível nacional (2,5% do total de casos), trata-se de uma população onde o risco de transmissão de doença é alto. A taxa de incidência de tuberculose na popula-

ção reclusa em 2014 foi de 385/100.000 (para um total de reclusos de 13996 a 31 de Dezembro de 2014, de acordo com os dados disponíveis pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais). Continuamos a assistir a um decréscimo marcado da incidência de tuberculose neste grupo (531/100.000 em 2012 e 434/100.000 em 2013). Apesar deste decréscimo, a taxa de incidência neste grupo é cerca de 19 vezes maior que a taxa de incidência nacional, sendo necessário manter as medidas de rastreio desta população e intensificar as medidas que permitam uma deteção mais rápida dos casos doentes.

8.3 Caracterização clínica e bacteriológica dos casos

Manifestação clínica de doença

A principal localização da tuberculose foi pulmonar (71,3%). Dos 1615 doentes com atingimento pulmonar da doença, 746 (63,2%) tinham exames diretos de expetoração positivos, o que confere maior risco de transmissão de doença aos seus contactos. Em 2013, 64,6% dos doentes com tuberculose pulmonar

apresentavam exames diretos positivos das amostras respiratórias. Dos doentes com atingimento pulmonar da doença, 159 (9,8%) tiveram também atingimento extrapulmonar. As formas extrapulmonares mais frequentes foram: pleural e linfática extratorácica (Quadro 56).

QUADRO 56 APRESENTAÇÕES DE TUBERCULOSE EXCLUSIVAMENTE EXTRAPULMONARES, 2014

Génito-urinária N(%)	Linfática extratorácica N(%)	Linfática intratorácica N(%)	Pleural N(%)	Disseminada N(%)	Vertebral N(%)	Peritoneal ou Digestiva N(%)
32 (4,9%)	142 (21,9%)	39 (6,0%)	192 (29,6%)	30 (4,6%)	38 (5,9%)	23 (3,5%)

Fonte: SVIG-TB, 2015

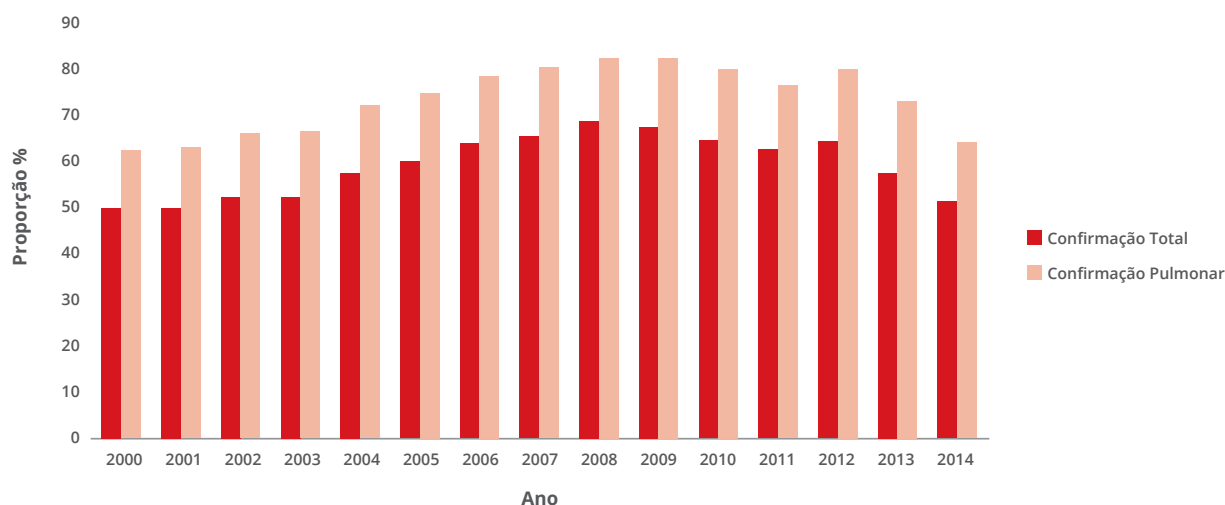
Confirmação laboratorial e resultado do tratamento

Em 2013, à data homologa, 58% do total de casos e 73,6% dos casos pulmonares tinham tido confirmação por estudo cultural. Os dados já definitivos de 2013, mostram que em 66,7% do total de casos e em 81,8% dos casos pulmonares houve confirmação por estudo cultural.

Em 2014, apenas 1174 (51,8%) casos de tuberculose foram confirmados por estudo cultural (Figura 12). A proporção de confirmação foi maior quando se analisaram apenas os casos de tuberculose pulmonar – 1039 (64,3%) dos 1915 casos foram confirmados por cultura. Seguindo a metodologia adotada na análise dos dados VIH, e incluindo apenas os doentes com tratamento terminado, verificamos

que, dos 1428 doentes com tratamento terminado, 788 (55,2%) foram confirmados por estudo cultural. Entre os doentes com tuberculose pulmonar e tratamento terminado (1009 doentes), 703 (69,7%) tiveram confirmação por cultura.

A proporção de casos confirmados tem vindo a diminuir, colocando em risco a qualidade do tratamento prestado, dado que os doentes tratados apenas com base em critérios clínico-radiológicos podem estar a ser sujeitos a um tratamento que não necessitam ou, uma vez que o tratamento não é orientado por um teste de suscetibilidade a fármacos, podem estar sujeitos a um tratamento que não é adequado.

FIGURA 12 EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE CONFIRMADOS, 2000-2014

Fonte: SVIG-TB, 2015

Analizou-se o sucesso terapêutico nos casos com tuberculose confirmada e que já terminaram o tratamento. Dos 1174 casos com tuberculose confirmada, 955 completaram tratamento (taxa de sucesso de

82,5%), 24 (2,5%) interromperam o tratamento e 105 (11%) faleceram no decorrer do tratamento para tuberculose

Resistência aos fármacos antibacilares

Dos 1174 casos com confirmação cultural, 922 (78,5%) apresentaram resultados de teste de suscetibilidade aos antibacilares de 1ª linha. Ocorreu resistência à isoniazida em 10,5% dos casos de tuberculose com teste de suscetibilidade conhecido (Quadro 57). À data homóloga, em 2013, 74,7% dos casos com confirmação cultural apresentavam resultados de suscetibilidade aos antibacilares de 1ª linha. Contudo, os dados definitivos de 2013 mostram resultados melhores, com 82,8% dos casos a reportarem os resultados dos testes de suscetibilidade. Espera-se assim, que a melhoria observada neste período se traduza numa melhoria nos dados finais do ano.

Não podemos excluir que o aumento da resistência à isoniazida se deva à redução da proporção de casos com confirmação diagnóstica (confirmação de casos com maior risco de resistência?) ou à melhoria de detecção de resistência com maior utilização de testes moleculares de resistência e melhor cobertura de testes de suscetibilidade. Este resultado levanta, ainda mais, a necessidade de garantir a obtenção dos testes de suscetibilidade antes de se passar para a fase de manutenção do tratamento de forma a garantir que não se agrava o padrão de resistências.

QUADRO 57 PROPORÇÃO DE CASOS COM RESISTÊNCIA AOS ANTIBACILARES DE PRIMEIRA LINHA ENTRE OS QUE TÊM CULTURA POSITIVA E TSA CONHECIDO, 2014

Ano	Isoniazida	Rifampicina	Etambutol	Estreptomicina	Isoniazida+ Rifampicina
2014	97(10,5%)	25(2,7%)	15(1,6%)	124(13,4%)	23(2,5%)

Fonte: SVIG-TB, 2015

Em 2014 ocorreram 23 casos de tuberculose multirresistente, representando 2,5% dos casos testados e 1% do total de casos de tuberculose notificados. De entre os 23 casos multirresistente, 6 casos eram

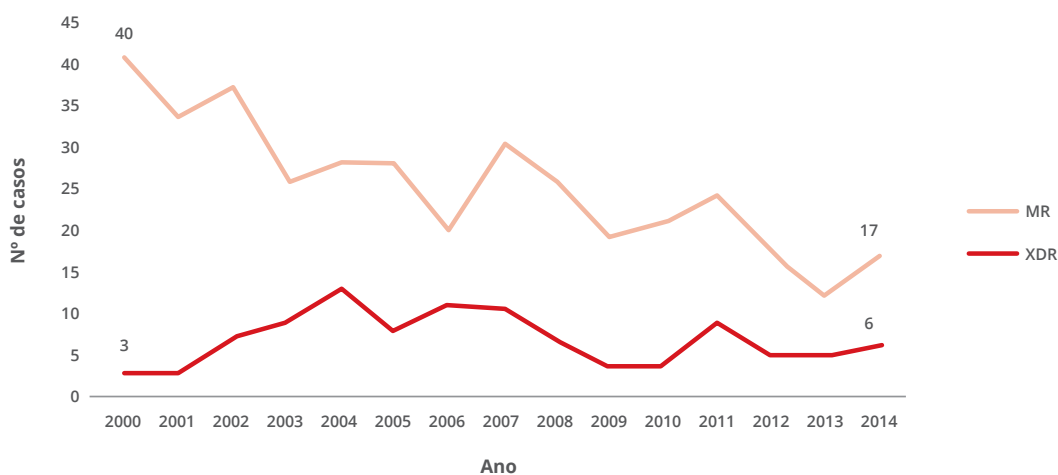
extremamente resistentes (resistência à isoniazida, à rifampicina, a uma quinolona e a um injetável de 2ª linha (Figura 13), representando 26% do total de casos multirresistentes (Quadro 58).

QUADRO 58 PROPORÇÃO DE CASOS COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE E EXTREMAMENTE RESISTENTE, 2000-2014

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MR	40	33	37	26	28	28	20	30	26	19	21	24	17	12	17
XDR	3	3	7	9	13	8	11	11	7	4	4	9	5	5	6

Fonte: SVIG-TB, 2015

FIGURA 13 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE E EXTREMAMENTE RESISTENTE, 2000-2014



Fonte: SVIG-TB, 2015

Em 2014, foram notificados casos de tuberculose multirresistente na região Norte (6 casos), região Centro (2 casos) e na região de Lisboa e Vale do Tejo

(15 casos). Só ocorreram casos de tuberculose extremamente resistente na região de Lisboa (83% dos casos) e na região Centro (Quadro 59).

QUADRO 59 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE E EXTREMAMENTE RESISTENTE POR REGIÃO, 2014

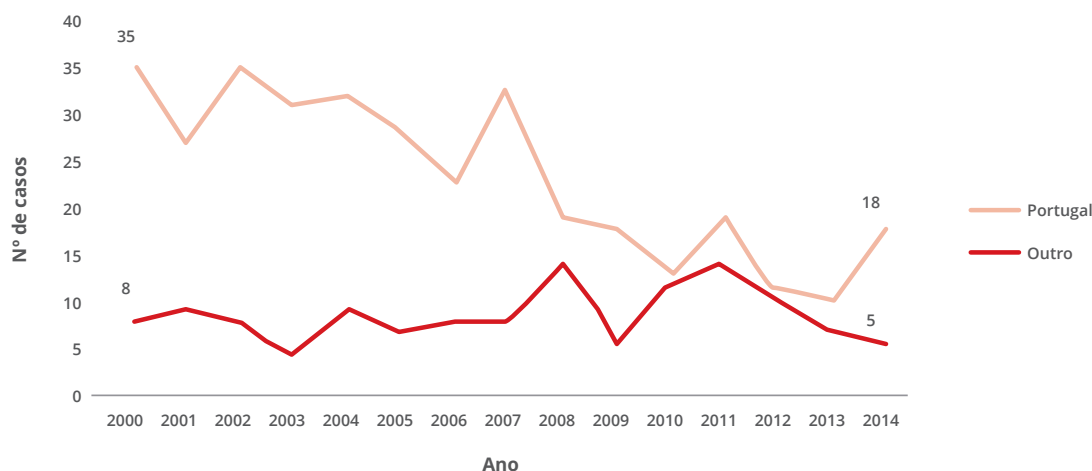
Região	2014		
	MR	XDR	MR+XDR
Norte (26%)	6	0	6
LVT (65%)	10	5	15
Centro (9%)	1	1	2
Total	17	6	23

Fonte: SVIG-TB, 2015

Cerca de 78% dos casos de tuberculose multirresistente tinham nascido em Portugal (Figura 14). Dos restantes casos, nascidos fora de Portugal (5 casos), 1

era oriundo de um país da Europa de Leste, outro da Europa Ocidental, dois de um país africano e um de um país asiático.

FIGURA 14 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE POR PAÍS DE ORIGEM, 2000-2014



Fonte: SVIG-TB, 2015

O sucesso terapêutico dos casos de tuberculose multirresistente é analisado ao fim de 2 anos, uma vez que o curso terapêutico é significativamente mais demorado do que as formas suscetíveis da doença. Assim, conseguimos agora analisar o sucesso terapêutico da coorte de doentes multirresistentes diagnosticados em 2012. Em 2012, 17 dos 22 casos

(77,3%) de tuberculose multirresistente notificados completaram com sucesso o tratamento.

Verificou-se uma melhoria dos resultados do tratamento relativo à coorte de 2011 - 24 dos 35 casos de tuberculose multirresistente notificados (68,6%) tinham completado o tratamento com sucesso.

8.4 Retratamentos

Em 2014, os retratamentos corresponderam a 8,1% (proporção sobreponível a 2013) dos casos notificados (184 dos 2264 casos notificados) (Quadro 60). Os doentes com retratamento tiveram idade média de 51,7 anos, foram sobretudo homens (76,6% dos retratamentos ocorreu em indivíduos do sexo masculino) e, na sua maioria, nascidos em Portugal

(82,1%). Cerca de 60,3% dos casos de retratamento (111 casos) corresponderam a indivíduos com tratamento anterior classificado como "completo" (número inferior, relativamente a 2013), não se podendo excluir situações de reinfeção. Nas outras situações o retratamento esteve associado a um tratamento anterior irregular, interrompido ou ineficaz.

QUADRO 60 CARACTERIZAÇÃO DOS RETRATAMENTOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS EM 2013 E 2014

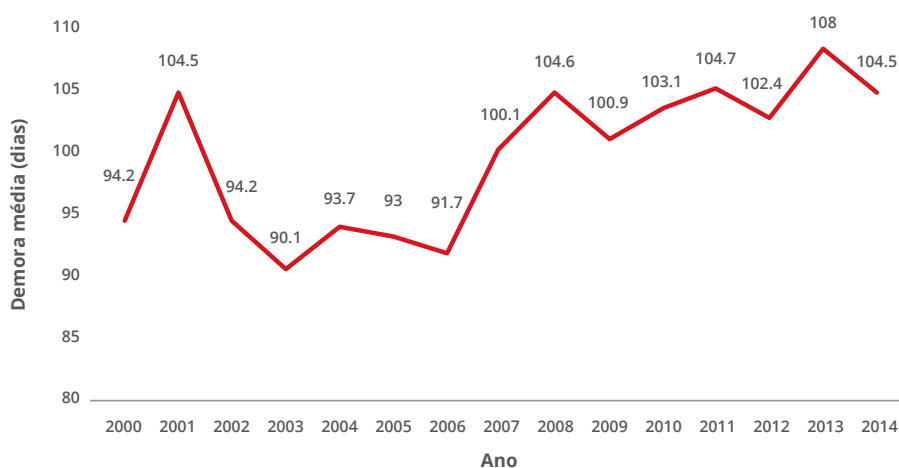
	2013	2014
Característica	Distribuição	Distribuição
Idade média	49,56 anos	51,7 anos
Distribuição por sexo		
Feminino	58 (30,3%)	43 (23,4%)
Masculino	140 (70,7%)	141 (76,6%)
Distribuição por país de origem		
Portugal	167 (84,3%)	151 (82,1%)
Estrangeiro	31 (15,7%)	33 (17,9%)
Resultado de tratamento anterior		
Tratamento completado	132 (66,7%)	111 (60,3%)
Interrompido/insucesso	66 (33,3%)	73 (39,7%)

Fonte: SVIG-TB, 2015

8.5 Demora média entre o início de sintomas e o diagnóstico

A demora média entre o início de sintomas e o diagnóstico de tuberculose continua elevado (104 dias), apesar dos métodos diagnósticos serem cada vez mais rápidos. (Figura 15) o que pode traduzir maior

tempo entre o início de sintomas e a procura de cuidados de saúde por parte do doente assim como uma menor suspeição de tuberculose por parte do clínico que atende o doente.

FIGURA 15 DEMORA MÉDIA ENTRE O INÍCIO DE SINTOMAS E O DIAGNÓSTICO, 2000-2014

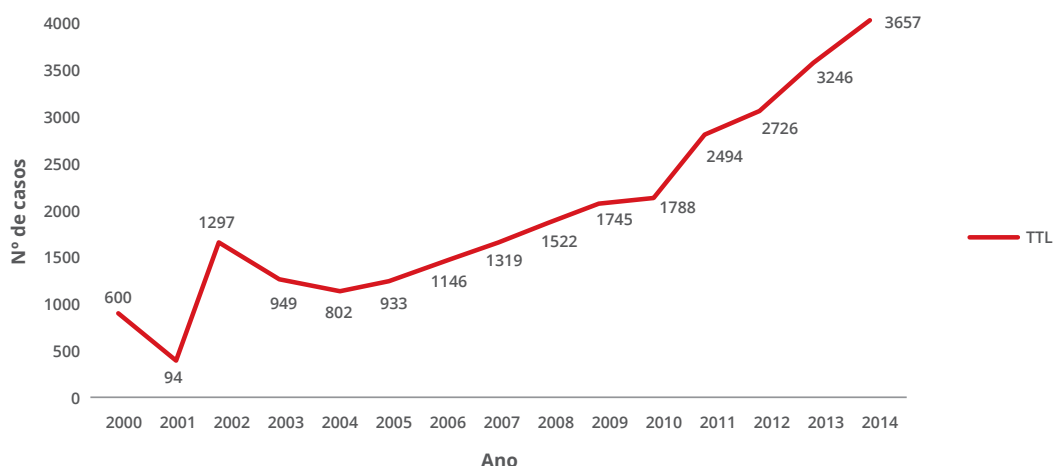
Fonte: SVIG-TB, 2015

9. INFEÇÃO LATENTE POR *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*

O rastreio de infeção latente, entre os grupos de maior risco de exposição, e o respetivo tratamento enquadra-se numa perspetiva de eliminação da tuberculose. O nosso sistema de notificação não permite identificar o número de pessoas rastreadas para tuberculose, nem quantas testaram positivas. Conse-

guimos analisar o número de pessoas que iniciaram tratamento de infeção latente. É evidente, ao longo dos anos, um aumento do número de pessoas que fazem tratamento preventivo para a tuberculose (Figura 16).

FIGURA 16 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE TRATAMENTO DE INFEÇÃO LATENTE, 2000 - 2014



Fonte: SVIG-TB, 2015

Em 2014, 3657 pessoas fizeram tratamento preventivo. Apresentaram idade média de 40 anos; 2328 (63,7%) foram rastreadas no contexto de exposição a um doente com tuberculose e as restantes porque se incluíam noutros grupos de risco para tuberculose. Dos outros grupos com indicação para rastreio e tratamento preventivo (para além da história de contacto recente com doente com tuberculose), é de salientar (Quadro 61):

- A grande maioria dos indivíduos que efetuou tratamento preventivo apresentava doença inflamatória articular.
- O grupo que efetuou tratamento preventivo em menor número (doentes com infeção por VIH) é um dos grupos que apresenta maior indicação para a sua realização.

QUADRO 61 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES QUE FIZERAM TRATAMENTO PREVENTIVO, 2014

Característica	Distribuição
Idade Média	40,1 anos
Distribuição por sexo	
Feminino	1936 (52,9%)
Masculino	1721 (47,1%)
Distribuição por país de origem	
Portugal	3404 (93,1%)
Estrangeiro	253 (6,9%)
Meio de detecção	
Rastreio de contactos	2328 (63,7%)
Rastreio de outros grupos	1117 (30,5%)
Outro	137 (4,7%)
Comorbilidades	
Outras	673 (18,4%)
Doença inflamatória articular	389 (10,6%)
Diabetes	84 (2,29%)
VIH	62 (1,7%)
Resultado do tratamento	
Tratamento completado	2697(73,7%)

Fonte: SVIG-TB, 2015

10. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO SVIG-TB

O processo de notificação para o SVIG-TB, pressupõe pelo menos três notificações – uma primeira que permite caracterizar o caso e que deve ser feita quando o tratamento é iniciado; uma segunda, feita num período de transição da fase inicial do tratamento para a fase de manutenção e que coincide com a recepção dos resultados culturais das amostras que permitem confirmar o caso e o teste de susceptibilidade que permite ajustar o esquema terapêutico (nesta fase, o estudo já efetuado ao doente, deve permitir, por exemplo, confirmar a presença de comorbilidades ou coinfeções relevantes, nomeadamente infecção por VIH); se não ocorrerem efeitos adversos que obriguem à alteração do esquema terapêutico, o preenchimento final deve ocorrer no final do tratamento.

São estas três fases que nos permitem perceber atempadamente a situação epidemiológica nacional, relativamente à tuberculose.

Atualmente, verificamos que existe um atraso importante, já antigo, na notificação dos casos de tuberculose, particularmente na notificação da confirmação da doença, do perfil de suscetibilidade e do conhecimento do estado relativamente a VIH (a segunda fase de preenchimento não é, frequentemente, efetuada). No sentido de avaliarmos as causas do atraso, foi efetuado um inquérito aos notificadores, tendo-se identificado necessidade de formação e de alargar o processo de notificação electrónica.

11. PONTOS CHAVE E RECOMENDAÇÕES

1. Em 2014, o número de novos casos notificados de infeção por VIH acentuou a tendência de decréscimo, anteriormente observada (-17,3%, em relação a 2013), ultrapassando a meta definida para 2016. Idêntico decréscimo foi registado no número de novos casos de SIDA e de óbitos associados ao VIH. Torna-se indispensável acentuar o reforço de medidas de prevenção e equacionar novos meios de assegurar a sua implementação, nomeadamente nas populações chave, de modo a garantir a consistência daquele decréscimo.
2. Simultaneamente, o diagnóstico da infeção está a ser efetuado mais precocemente (49,1% de diagnósticos tardios), tendo atingido valores comparáveis aos encontrados na UE. Os programas de diagnóstico precoce devem, por isso, continuar a ser reforçados.
3. As áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e o Algarve concentraram 68,5% dos novos casos (45% das pessoas residiam na área metropolitana de Lisboa). Devem, por isso, adotar-se medidas específicas para estas regiões, nomeadamente para a área metropolitana de Lisboa. A articulação com outras estruturas formais e informais da sociedade (nomeadamente autárquicas e de base comunitária) é um elemento crítico de sucesso.
4. Os novos casos, notificados em 2014, estiveram associados à transmissão em UDI em 3,9% dos registos, um número particularmente relevante quando comparado com os valores encontrados em 1999-200 (>50%) e que nos coloca em proporção inferior à média registada na UE, em 2013.
5. Continuou a assistir-se às tendências de distribuição etária, por género e por comportamentos de risco dos últimos anos, com acréscimo da proporção da transmissão nos HSH (31,8%) e em grupos etários acima dos 50 e dos 65 anos (25,6% e 6,8%, respetivamente) e menor proporção de infeção em mulheres (relação F:M=0,39). Justifica-se a introdução de mais unidades para diagnóstico e aconselhamento nestas populações e a revisão da NOC nº 58/2011, já atualizada em dezembro de 2014.
6. A transmissão mãe-filho da infeção por VIH registou, em 2014, um acréscimo do número de casos. Mesmo considerando a reduzida expressão numérica (4 casos) e a dificuldade de controlo de situações de afluxo de pessoas provenientes de outros países no período final de gravidez, este acréscimo deve incentivar a melhoria da estratégia de diagnóstico e adesão ao seguimento médico regular durante a gravidez das mulheres infetadas por VIH.
7. A realização de testes rápidos de diagnóstico nos CSP, iniciada em 2014, apresentou uma taxa de reatividade de 1:154 testes realizados. Este valor sustenta a continuação e aprofundamento desta medida, complementar à intervenção em contextos de comunidade e nos CAD.
8. Em 2014, a proporção de novos casos de infeção por VIH coinfetados por outras IST (nomeadamente a sífilis – 6,3%) foi mais elevada que a proporção apresentada pelo conjunto da população em seguimento hospitalar, facto que deve merecer atenção particular e a adoção de medidas específicas em relação a outras infeções sexualmente transmissíveis.
9. A proporção de pessoas infetadas por VIH, a efetuarem TARc, ultrapassou 80% e, destes, cerca de 80% apresentava-se em supressão virológica, no final de 2014. Os esforços devem ser dirigidos tendo como objetivo, em 2020, qualquer um destes indicadores ultrapassar 90%.
10. A introdução do sistema SI.VIDA e a harmonização da informação epidemiológica entre este sistema, o SINAVE e a informação proveniente diretamente do INSA constituem um avanço significativo na qualidade da informação disponível relativamente à infeção por VIH. Em 2016, o esforço deve ser dirigido para a conclusão da sua implantação, para a melhoria da qualidade de introdução da informação e da integração dos sistemas informáticos hospitalares e para a análise desagregada da informação, por região de saúde e por unidade hospitalar.

11. Nos últimos anos, tem ocorrido uma diminuição da incidência da tuberculose em Portugal, atingindo em 2014 o limiar de 20/100.000 habitantes.
12. Há evidência da redução de transmissão recente da tuberculose. Uma redução mais acentuada vai exigir melhorias em termos de diagnóstico mais precoce, rastreio de contactos e definição de estratégias que garantam que os doentes fazem o tratamento até ao fim de forma adequada.
13. A demora entre o início de sintomas, o diagnóstico e o início de tratamento é inaceitavelmente longa. É necessário aumentar a suspeição nas comunidades de maior risco, entre os profissionais de saúde e melhorar o acesso a serviços de tuberculose (centros de diagnóstico de tuberculose ou consultas de tuberculose).
14. Para aumentar o sucesso terapêutico e redução das formas resistentes é importante garantir que se obtém o teste de suscetibilidade aos fármacos antibacilares, assim como garantir que o doente efetua o tratamento de forma adequada.
15. O sucesso terapêutico das formas multirresistentes tem vindo a melhorar, provavelmente traduzindo já o efeito da centralização destes casos em centros de referência para a tuberculose multirresistente.
16. Apesar da diminuição, o número de casos de tuberculose é ainda elevado. O rastreio de infeção latente nas populações de risco identificadas, particularmente contactos de doentes com tuberculose, populações infetadas por VIH, pessoas candidatas a terapêuticas biológicas, é fundamental para que se mantenha a redução de casos de doença no país.
17. A proporção de doentes que fazem tratamento preventivo no contexto de comorbilidade por VIH é muito reduzida, particularmente tendo em consideração que Portugal apresenta uma taxa elevada de coinfeção TB/VIH.
18. Pelo menos um fator de risco social esteve presente em 24,6% dos doentes. Se pretendermos continuar a reduzir a tuberculose de forma eficaz, vai ser necessário criar redes sustentadas de partilha de ações com outras entidades fora do sistema nacional de saúde, de forma a atingir as populações mais vulneráveis à doença.
19. A sustentabilidade dos serviços de luta antituberculose é fundamental, garantindo o conhecimento dos seus profissionais, de forma a assegurar a contínua redução de casos, a melhoria do sucesso terapêutico, a redução das formas multirresistentes e o sucesso terapêutico destas formas de tuberculose mais complicadas.

12. NOTAS METODOLÓGICAS

12.1 Mortalidade

No capítulo 3, dedicado ao estudo da mortalidade, analisam-se dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, IP, referentes a causas de morte de interesse para o Programa de Saúde Prioritário.

As causas de morte são codificadas com recurso à 10.^a versão da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID 10), sendo apresentados os seguintes indicadores de mortalidade:

- Número de óbitos;
- Taxa de mortalidade por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 70 anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (70 e mais anos) por 100 000 habitantes
- Anos potenciais de vida perdidos
- Taxa de anos potenciais de vida perdidos por 100 000 habitantes

As taxas de mortalidade padronizadas foram calculadas com base em dados quinquenais.

Apresentam-se, ainda, taxas de mortalidade padronizadas para as causas de mortalidade mais relevantes no contexto desta publicação para os 28 países da União Europeia. Estes dados, desagregados por sexo, referem-se aos anos de 2008 a 2012 e são apresentados para todas as idades, para a faixa etária 0 a 64 anos e para a faixa etária 65 e mais anos. Foram recolhidas das bases de dados de mortalidade da Organização Mundial de Saúde / Região Europa.

Neste capítulo foram utilizadas as seguintes definições:

Anos potenciais de vida perdidos - Número de anos que, teoricamente, uma determinada população deixa de viver se morrer prematuramente (antes dos 70 anos). Resulta da soma dos produtos do número de óbitos ocorridos em cada grupo etário pela diferença entre o limite superior considerado e o

ponto médio do intervalo de classe correspondente a cada grupo etário. (INE, IP)

Anos de vida Ganhos - Cálculo realizado com base na redução percentual de AVPP.

Óbito - Cessaçã irreversível das funções do tronco cerebral. (INE, IP)

Óbito pela causa de morte - Quociente entre o número de óbitos pela causa de morte específica e o total de óbitos por todas as causas de morte (expressa em percentagem)

Taxa de mortalidade - Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, por uma determinada causa de morte, referido à população média desse período (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). (INE, IP)

Taxa de mortalidade padronizada pela idade - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades, a uma população padrão cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde.

Taxa de mortalidade padronizada pela idade (no grupo etário) - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades (no grupo etário), a uma população padrão (no grupo etário) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde.

Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos - Quociente do resultado da soma dos produtos entre as taxas de anos potenciais de vida perdidos e a população padrão) pelo total da população padrão europeia até 70 anos, por 100 000 habitantes. (INE, IP)

No Quadro A1 encontram-se listadas as causas de morte analisadas, indicando-se a respectiva codificação.

QUADRO A1

CAUSAS DE MORTE CONSIDERADAS PARA CALCULAR O PESO DAS CAUSAS DE MORTE ASSOCIADAS AOS PROGRAMAS PRIORITÁRIOS NA MORTALIDADE TOTAL E RESPECTIVOS CÓDIGOS DA CID 10

Causas de morte	Código (CID 10)
Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos	
Septicémia estreptocócica	A40
Outras septicémias	A41
Infecção bacteriana de localização não especificada	A49
Staphylococcus aureus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B956
Outros estafilococos como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B957
Estafilococo não especificado, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B958
Klebsiella pneumoniae [M pneumoniae], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B961
Escherichia coli [E. Coli], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B962
Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei), como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B965
Pneumonia devida a Streptococcus pneumoniae	J13
Pneumonia devida a Haemophilus influenzae	J14
Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte	J15
Pneumonia por microorganismo não especificado	J18
Cistite aguda	N300
Infecção puerperal	O85
Outras infecções puerperais	O86
Septicemia bacteriana do recém-nascido	P36
Infecção subsequente a procedimento não classificada em outra parte	T814
Infecção e reação inflamatórias devidas à prótese valvular cardíaca	T826
Infecção e reação inflamatórias devidas a outros dispositivos, implantes e enxertos cardíacos e vasculares	T827
Infecção e reação inflamatória devidas à prótese articular interna	T845
Infecção e reação inflamatória devidas a dispositivo de fixação interna [qualquer local]	T846
Infecção e reação inflamatória devidas a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos	T847
Programa Nacional da Infecção VIH/SIDA	
Tuberculose	A15-A19, B90
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20-B24
Programa Nacional das Doenças Oncológicas	
Tumor maligno do estômago	C16
Tumor maligno do cólon	C18
Tumor maligno do reto	C20
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	C33-C34
Tumor maligno da mama (feminina)	C50
Tumor maligno do colo do útero	C53
Tumor maligno do corpo do útero	C54
Tumor maligno da próstata	C61
Tumor maligno da bexiga	C67
Linfoma não-Hodgkin	C82, C83, C85

Causas de morte	Código (CID 10)
Programa Nacional da Diabetes	
Diabetes	E10-E14
Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68
Programa Nacional das Doenças Cérebro-Cardiovasculares	
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Programa Nacional das Doenças Respiratórias	
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo	
Doenças relacionadas com o tabaco (tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe; tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno do esófago; doença isquémica cardíaca, doenças cerebrovasculares; doenças crónicas das vias aéreas inferiores)	C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47
Programa Nacional de Saúde Mental	
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I426, K70, K85-K860, X45

12.2 Morbilidade e Mortalidade

No capítulo 5 apresenta-se informação referente à morbilidade e mortalidade hospitalar no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os apuramentos foram obtidos a partir das bases de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH), que são anualmente postas à disposição da Direção-Geral da Saúde pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. A informação foi recolhida nos hospitais do SNS que integram as cinco Administrações Regionais de Saúde.

Realça-se que os resultados obtidos devem ser interpretados com cuidado pois estão ainda sujeitos a consolidação.

No capítulo da morbilidade hospitalar foram utilizadas as seguintes definições:

Hospital – estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. (Atualmente, os hospitais classificam-se consoante a capacidade de intervenção técnica, as áreas de patologia e a entidade proprietária, em hospital central e distrital, hospital geral e especializado e em hospital oficial e particular, respetivamente).

Internamento – conjunto de serviços destinados a situações em que os cuidados de saúde são prestados a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento, ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, uma noite.

Utentes Saídos no Ano (US) – Utentes que deixaram de permanecer nos serviços de internamento do estabelecimento, devido a alta, num determinado ano (inclui tanto casos de internamento como casos de ambulatório).

Dias de Internamento no Ano (DI) – total anual de dias consumidos por todos os doentes internados nos diversos serviços do estabelecimento. Calcula-se com a seguinte fórmula:

Dias de internamento (DI) = $\sum_{i=1}^{DS} DI_i$, onde DI_i é a demora do episódio de internamento i

Demora Média¹ de Internamento no Ano – média anual de dias de internamento por doente saído do estabelecimento. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos utentes saídos e o número total de utentes saídos no ano. Calcula-se com a seguinte fórmula:

$$\text{Demora Média (DM)} = \frac{DI}{US}$$

Day Case (DC) – utentes que permaneceram no internamento por período inferior a um dia, excluindo aqueles que tendo sido internados faleceram durante o primeiro dia de internamento.

Casos de ambulatório (Amb) – utentes que não foram internados

$$\text{Taxa de letalidade (\%O)} = \frac{\text{Óbitos}}{DS} \times 100$$

Número de episódios de internamento no ano (Ep. Int.) – número de episódios de internamento (US – AMB)

Número de indivíduos internados no ano (Indivíduos Int.) – número de indivíduos a que correspondem os episódios de internamento do ano

Número de indivíduos internados apenas uma vez no ano (Indivíduos 1 Int.) – Número de indivíduos que no ano registaram um único internamento

Número de indivíduos internados mais do que uma vez no ano (Indivíduos >1 Int.) – Número de indivíduos que no ano registaram mais do que um internamento

Número de segundos internamentos no ano (Segundos Int.)

$$= \text{Ep.Int} - \text{Indivíduos 1 Int.} - \text{Indivíduos >1 Int.}$$

Percentagem de segundos internamentos (Segundos Int.)

$$= (\text{Ep.Int} - \text{Indivíduos 1 Int.} - \text{Indivíduos >1 Int.}) / (\text{Ep.Int.}) * 100\%$$

¹Média do tempo de internamento

QUADRO A3 SIGLAS UTILIZADAS NO CAPÍTULO MORBILIDADE HOSPITALAR

US	Utentes Saídos
DI	Dias de Internamento
DC	Day cases
O	Óbitos
Amb	Casos de Ambulatório
DM	Demora Média ou Média do tempo de internamento
n	Número de Doentes Saídos
%O	% de Óbitos
Ep.Int	Número de Episódios de Internamento
Indivíduos Int.	Número de Indivíduos Internados
Indivíduos 1 Int.	Número de Indivíduos Internados apenas uma vez no ano
Indivíduos >1 Int.	Número de Indivíduos Internados mais do que uma vez no ano
Segundos Int.	Número de segundos internamentos no ano
% Segundos Int.	Percentagem de segundos internamentos no ano

No capítulo 3 foram utilizados os códigos da CID9MC abaixo indicados:

QUADRO A4 LISTA DE DOENÇAS ANALISADAS, ASSOCIADAS ÀS DOENÇA POR VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E RESPECTIVOS CÓDIGOS CID9MC

DOENÇAS ASSOCIADAS À INFEÇÃO VIH/SIDA E RESPECTIVOS CÓDIGOS CID9MC	
CÓD (diagn. principal*)	Descrição
011-018	Tuberculose
176	Sarcoma de Kaposi
200 e 202	Doença Não-Hodgkin
070.44,070.51 e 070.54	Hepatite C
136.3	Pneumocistose

*só quando associado ao diagnóstico secundário "Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana" (042)

12.3 Consumo de medicamentos

A fonte dos dados de consumo de medicamentos é a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED). Para apurar o número de Doses Diárias Definidas (DDD) consumidas apenas podem ser contabilizadas as embalagens de medicamentos com DDD atribuída. A DDD foi atribuída com base na Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) 2014. Existem medicamentos que não têm DDD atribuída pelo que os dados dos mesmos não foram apresentados. Os dados finais de consumo do SNS em DDD obedecem a um desfasamento temporal de, pelo menos, dois meses.

O consumo em ambulatório refere-se ao consumo de medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal Continental, no período em análise. Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar. Os dados são recolhidos a partir da informação disponibilizada pelo Centro de Conferência de Faturas, estando a mesma sujeita a atualizações. A interpretação da evolução do consumo global de medicamentos em ambulatório, em

Portugal, é dificultada pelo facto de, a partir de 2010, os dados passarem a incluir os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE prescritos em locais públicos e, a partir de 2013, passarem a incluir também os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE (prescritos em locais públicos e privados) e dos sistemas de assistência na doença da GNR e PSP, que entretanto passaram a ser asseguradas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O consumo em meio hospitalar refere-se ao consumo de medicamentos dispensados nos estabelecimentos hospitalares do SNS com gestão pública. O Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM), utilizado para reporte dos dados de consumo ao INFARMED, não está implementado nos hospitais PPP e nos hospitais privados. Os dados apresentados referem-se ao consumo em internamento (estão, no entanto, mapeados os medicamentos consumidos nos serviços de urgência), excluindo-se apenas os medicamentos prescritos nos Serviços de Urgência e de Consulta Externa que são dispensados em farmácia comunitária.

13. ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico, por género e relação feminino/masculino, em Portugal (2014)	10
Quadro 2. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por grupo etário (número de casos e percentagem) e por sexo, em Portugal (2014)	11
Quadro 3. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por estágio inicial, em Portugal (1983 a 2014).	12
Quadro 4. Percentagem de novos casos (2014) em pessoas com mais de 14 anos com informação sobre número de linfócitos T CD4+, por nível de CD4 (<200/mm ³ e <350/mm ³) e por modo de transmissão nos casos com <350/mm ³	13
Quadro 5. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (1983 a 2014).	14
Quadro 6. Número de novos casos notificados de infeção por VIH em 2014 e respetiva taxa de incidência por VIH, por local de residência e de acordo com a NUTS III (versão 2013).	15
Quadro 7. Novos casos notificados em imigrantes, por região de origem e proporção dos casos notificados em imigrantes no total de casos notificados com nacionalidade conhecida, em 2014, em Portugal.	16
Quadro 8. Distribuição por ano e região dos RN filhos de mães portadoras de infeção por VIH	17
Quadro 9. Casos de transmissão mãe-filho de infeção por VIH (2007-2014)	17
Quadro 10. Peso da mortalidade por doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH] no total das causas de morte, Portugal Continental e Ilhas, (2009-2013).	18
Quadro 11. Indicadores de mortalidade relativos a doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH], em Portugal Continental (2009-2013)	19
Quadro 12. Indicadores de mortalidade relativos a doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH], por sexo, em Portugal Continental (2009-2013)	20
Quadro 13. Anos e taxas de anos potenciais de vida perdidos por doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH] (por 100 000 habitantes), segundo a residência e por sexo (2013)	20
Quadro 14. Caracterização global da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, Portugal Continental (2010 a 2014)	22
Quadro 15. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Portugal Continental (2010 a 2014)	22
Quadro 16. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Tuberculose*, Portugal Continental (2010 a 2014)	23
Quadro 17. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Pneumocistose*, Portugal Continental (2010 a 2014)	23
Quadro 18. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Sarcoma de Kaposi*, Portugal Continental (2010 a 2014)	23
Quadro 19. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Doença Não-Hodgkin*, Portugal Continental (2010 a 2014)	24
Quadro 20. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Hepatite C*, Portugal Continental (2010 a 2014)	24
Quadro 21. Caracterização dos episódios de internamento associados a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Portugal Continental e ARS (2013 e 2014).	25
Quadro 22. Caracterização das unidades hospitalares integrando o SI.VIDA, em 31.12.2014.	27
Quadro 23. Distribuição dos casos de infeção por VIH em seguimento ambulatorio hospitalar e constantes no SI.VIDA, por concelho de residência (25 concelhos com maior número de casos) (31.12.2014).	28
Quadro 24. Distribuição dos casos de infeção por VIH, constantes no SI.VIDA, por período de tempo em seguimento hospitalar (31.12.2014).	28
Quadro 25. Distribuição dos casos de infeção por VIH em seguimento ambulatorio hospitalar e constantes no SI.VIDA, por sexo, categoria de transmissão e tipo de VIH (31.12.2014).	28
Quadro 26. Distribuição dos casos de infeção por VIH em seguimento ambulatorio hospitalar e constantes no SI.VIDA, por grupo etário (31.12.2014).	29

Quadro 27. Distribuição dos casos de infeção por VIH relativamente à presença de coinfeções e comorbilidades selecionadas, em 31.12.2014.	29
Quadro 28. Distribuição dos casos de infeção por VIH, de acordo com o estágio clínico, em 31.12.2014.	29
Quadro 29. Distribuição dos casos de infeção por VIH relativamente à TARc e avaliação virológica, em 31.12.2014.	30
Quadro 30. Caracterização das unidades hospitalares e distribuição dos novos casos em seguimento (2014).	31
Quadro 31. Distribuição dos novos casos de infeção por VIH em seguimento ambulatório hospitalar e constantes no SI.VIDA, por concelho de residência (16 concelhos com maior número de novos casos), em 2014.	32
Quadro 32. Distribuição dos novos casos de infeção por VIH em seguimento ambulatório hospitalar, constantes no SI.VIDA, por género, categoria de transmissão e tipo de VIH (2014).	32
Quadro 33. Distribuição dos casos de infeção por VIH em seguimento ambulatório hospitalar e constantes no SI.VIDA, por grupo etário (2014).	33
Quadro 34. Distribuição dos novos casos de infeção por VIH por estágio clínico inicial (2014).	33
Quadro 35. Distribuição dos casos de infeção por VIH relativamente à presença de coinfeções e comorbilidades selecionadas (2014).	33
Quadro 36. Distribuição dos novos casos de infeção por VIH em imigrantes (2014), por duração da estadia em Portugal.	34
Quadro 37. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por esquema de TARc em utilização em 31.12.2014 (n=23)	34
Quadro 38. Distribuição dos esquemas terapêuticos iniciais de acordo com o 3º fármaco utilizado nos hospitais integrando o sistema SI.VIDA (n=23), em 2014.	35
Quadro 39. Distribuição dos novos casos de infeção por VIH (2014), por esquema de TARc inicial (n=23)	35
Quadro 40. Distribuição dos novos casos de infeção por VIH (diagnóstico em 2014), relativamente ao início de TARc e avaliação da carga vírica 6 meses após o início de TARc.	36
Quadro 41. Total de casos de infeção por VIH, com início de TARc em 2014 e avaliação da carga vírica 6 meses após o início da TARc.	36
Quadro 42. Dispensa total de medicamentos antirretrovíricos (Número de embalagens e Valor), em Portugal Continental (2011 a 2014) – infeção por VIH	37
Quadro 43. Preservativos Distribuídos (2010 a 2015)	38
Quadro 44. Preservativos Distribuídos por grupo de entidades, em 2014	38
Quadro 45. Seringas Distribuídas através do Programa “Diz Não a uma Seringa em 2.ª Mão” (2009 a 2014)	38
Quadro 46. Comparação entre os anos de 2010, 2011 e 2012 do Programa Troca de Seringas	39
Quadro 47. Programa Troca de Seringas em 2013 e 2014	39
Quadro 48. Evolução do número de Testes Rápidos de Diagnóstico para o VIH (2010-2014)	40
Quadro 49. Total de casos de infeção por VIH por ano de diagnóstico e proporção de casos diagnosticados nos CAD (2009 a 2012)	40
Quadro 50. Total de testes efetuados, testes reativos e % de testes reativos por estrutura do SNS ou em projetos financiados pela DGS-PN VIH/SIDA (2014).	41
Quadro 51. Total de diagnósticos de VIH e taxas por 100 000 habitantes, por Estado Membro da UE e ano de diagnóstico, 2006-2012	42
Quadro 52. Total de casos de SIDA e taxas por 100 000 habitantes, por Estado Membro da UE, e ano de diagnóstico, 2009-2013	43
Quadro 53. Casos de tuberculose notificados, distribuição por grupo etário e sexo, 2014	47
Quadro 54. Caracterização das crianças com menos de 1 ano de idade, diagnosticadas com tuberculose, 2014	48
Quadro 55. Evolução da taxa de incidência de tuberculose em imigrantes (/100000), 2008 – 2014	49
Quadro 56. Apresentações de tuberculose exclusivamente extrapulmonares, 2014	52
Quadro 57. Proporção de casos com resistência aos antibióticos de primeira linha entre os que têm cultura positiva e TSA conhecido, 2014	53
Quadro 58. Proporção de casos com tuberculose multiresistentes e extremamente resistente, 2000-2014	54
Quadro 59. Distribuição dos casos de tuberculose multiresistente e extremamente resistente por região, 2014	54
Quadro 60. Caracterização dos retratamentos de tuberculose notificados em 2013 e 2014	56
Quadro 61. Caracterização dos doentes que fizeram tratamento preventivo, 2014	58

13. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (2004-2014)	14
Figura 2. Percentagem de óbitos pelas principais causas de morte no total das causas de morte em Portugal (1988-2013)	18
Figura 3. Anos potenciais de vida perdidos por causas de morte selecionadas, em Portugal (2013)	21
Figura 4. Anos de vida ganhos no período 2008-2013	21
Figura 5. Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose em Portugal, 2000-2014	45
Figura 6. Taxa de Incidência de tuberculose por 100 mil pessoas, por distrito, 2014	46
Figura 7. Casos de tuberculose notificados, distribuição por grupo etário e sexo, 2014	47
Figura 8. Evolução da taxa de incidência de tuberculose, por faixa etária, em Portugal, 2000-2014	47
Figura 9. Distribuição dos casos de tuberculose notificados, por país de origem, 2000-2014	49
Figura 10. Comorbilidades nos doentes com tuberculose, 2014	50
Figura 11. Evolução da proporção do estado VIH em doentes com tuberculose, 2000-2014	51
Figura 12. Evolução da proporção de casos de tuberculose confirmados, 2000-2014	53
Figura 13. Evolução do número de casos de tuberculose multirresistente e extremamente resistente, 2000-2014	54
Figura 14. Distribuição dos casos de tuberculose multirresistente por país de origem, 2000-2014	55
Figura 15. Demora média entre o início de sintomas e o diagnóstico, 2000-2014	56
Figura 16. Distribuição do número de casos notificados de tratamento de infeção latente, 2000 - 2014	57

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest 2015.

Cortes Martins, H.; Kislaya, I.; Nunes, B. “Evolução temporal da idade à data de diagnóstico de infeção VIH/SIDA em Portugal: 1983-2012”. Observações_Boletim Epidemiológico, INSA, Lisboa.

Dados reportados pelos hospitais do SNS através do Código Hospitalar Nacional do Medicamentos (CHNM) – INFARMED (2015)

ECDC, HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011 disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Annual-HIV-Surveillance-Report.pdf>. – acedido em setembro de 2014

ECDC, HIV/AIDS Surveillance in Europe 2012 .disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-2012-20131127.pdf>

ECDC, HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013 disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf> – acedido a 04-12-2014

Estudo com Homens que têm Sexo com Homens, Relatório Comunitário HSH, PREVIH, 2011 Estudo com Trabalhadores do Sexo, Relatório Comunitário HSH, PREVIH, 2011

GDH – ACSS/DGS base de dados do ano 2014, consultada em 2015.

INSA/DDI-URVE (dados a 31.08.2015)

Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa. Relatório Anual do Programa Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão – PNVIH/SIDA e ANF 2011 Relatório de Dezembro 2006 – UTL/IHMT/UNL

Relatórios de Atividades CNSIDA/PNSIDA SVIG-TB



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