



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

PORTUGAL

Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2014

Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA



PORTUGAL

Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2014

Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA



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

Portugal – Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014
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 Infeção VIH, SIDA e Tuberculose

António Diniz
Raquel Duarte

Com a colaboração de:

Carla Caldeira (SPMS)
Joana Bettencourt
Marta Gomes
Olena Oliveira
Teresa de Melo

Direção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Jorge Nogueira
Carla Sofia Farinha
Ana Soares
Maria Isabel Alves
Matilde Valente Rosa
Luís Serra
José Martins
Ana Lisette Oliveira
Dulce Afonso

Com a colaboração de:

Sofia Rocha e Diogo Silva (SPMS)
Nuno Oliveira (INFARMED)

LAYOUT

Pinto Azul, Unipessoal Lda.
Lisboa, Dezembro 2014

ÍNDICE

SIGLAS	7
INTRODUÇÃO	9
PARTE I – INFEÇÃO POR VIH E SIDA	10
1. A SITUAÇÃO EM PORTUGAL EM 31.08.2014	10
2. GRAVIDEZ E TRANSMISSÃO MÃE/FILHO DA INFEÇÃO POR VIH EM 2013	25
3. MORTALIDADE	27
3.1. Caracterização geral da mortalidade entre 2008 e 2012	28
3.2. Portugal Continental	28
3.3. Caracterização da mortalidade por sexo entre 2008 e 2012	29
3.3.1. Portugal Continental	29
3.4. Anos potenciais de vida perdidos, por residência e sexo – 2012	30
4. MORBILIDADE	32
4.1. Cuidados Hospitalares	32
4.1.1. Caracterização geral da produção hospitalar, em Portugal Continental e por ARS (2009 a 2013), relativamente a infeção por VIH e a diagnósticos selecionados, quando associados à infeção por VIH	32
4.1.1.2. Portugal Continental	32
4.1.2. Caracterização dos episódios de internamento, em Portugal Continental e ARS (2012 e 2013)	39
4.1.2.1. Associados a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana nos anos de 2012 e 2013	39
4.1.2.2. Associados a patologias relevantes no contexto da infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana, nos anos de 2012 e 2013	39
5. PREVENÇÃO PRIMÁRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE, CONHECIMENTO E ATITUDES FACE AO VIH	42
5.1. Prevenção Primária	42
5.1.2. Programa de Distribuição Gratuita de Preservativos	42
5.1.2. Programa “Diz Não a uma Seringa em 2ª Mão”	43
6. PREVENÇÃO PRIMÁRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE, CONHECIMENTO E ATITUDES FACE AO VIH	44
6.1. Diagnóstico precoce – Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD)	44
6.2. Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH	46
7. MEDICAMENTOS ANTIRRETROVÍRICOS NA INFEÇÃO POR VIH	49
7.1. Dispensa total	49
8. EVOLUÇÃO COMPARADA – ANÁLISE INTERNACIONAL	50
PARTE II - TUBERCULOSE	52
9. CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS CASOS REPORTADOS	52
9.1. Distribuição geográfica	52
9.2. Retratamentos	54
9.3. Características demográficas dos casos	54

9.4. Outros fatores de risco	56
9.4.1. Comorbilidades	56
9.4.2. Fatores de risco sociais	57
10. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E BACTERIOLÓGICA DOS CASOS	58
10.1. Manifestação clínica de doença	58
10.2. Confirmação Laboratorial	58
10.3. Resistência aos fármacos antibacilares	60
11. OS GRANDES CENTROS URBANOS: PORTO E LISBOA	62
12. INFEÇÃO LATENTE POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	63
13. NOTAS FINAIS	64
14. RECOMENDAÇÕES	66
15. NOTAS METODOLÓGICAS	67
15.1. MORTALIDADE	67
15.2. MORBILIDADE e Mortalidade	70
15.3. Consumo de medicamentos	72
16. ÍNDICE DE QUADROS	73
17. ÍNDICE DE FIGURAS	75
18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CAD – Centro de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH

CATI – *Computer Assisted Telephone Interview*

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

CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DC – *Day Case*

DDD – Dose Diária Definida ou *Defined Daily Dose*

DDI-URVE – Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*

HSH – Homens Que Têm Sexo com Homens

IDT – Instituto da Droga e Toxicod dependência

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

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)

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)

OG – Organizações Governamentais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organizações Não-governamentais

PNT – Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose

SIARS – Sistema de Informação de ARS

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIM@SNS – Sistema de Informação e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SVIG-TB – Sistema de Vigilância da Tuberculose

TB – Tuberculose

TBMR – Tuberculose Multirresistente

TS – Trabalhadores de sexo

TSA – Teste de Suscetibilidade

UDI – Utilizadores de Drogas Injetáveis

UE – União Europeia

UNAIDS – *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – *World Health Organization* (OMS na sigla latina)

XDR – Tuberculose Extremamente Resistente

INTRODUÇÃO

If a man knows not to which port he sails, no wind is favorable.
Seneca

O Relatório "Portugal – Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2014" constitui a atualização do relatório que, em 2013, teve a sua primeira edição.

Esta atualização apresenta três aspetos fundamentais. Contempla, tal como há um ano se previu, os dados provenientes da notificação efetuada através do sistema SI.VIDA, o que permitiu um salto qualitativo da maior relevância e cujo impacto é perceptível, sobretudo, em dois aspetos: fiabilidade e celeridade da informação. Fiabilidade na caracterização da evolução da epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em Portugal e da sua situação atual, ambas mais ajustadas à realidade; celeridade na disponibilização dessa mesma informação, quer internamente quer às organizações internacionais (este ano, com uma demora cerca de um terço da habitualmente necessária para obter este nível de informação). Para esta disponibilização da informação foi decisiva a participação de todos os que procederam à integração de dados no SI.VIDA e a colaboração e articulação com os profissionais do Departamento de Doenças Infecciosas/Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do INSA. A todos se deve o justo elogio pelo trabalho desenvolvido neste último ano e, de alguma forma, este Relatório também atualiza e complementa a informação recentemente divulgada por aquela instituição. Mais, melhor e mais célere informação disponibilizada aos cidadãos continua a ser, assumidamente, um dos objetivos deste Relatório.

Um segundo aspeto relevante consiste na apresentação e análise dos dados referentes à infeção por VIH nas mulheres grávidas e à transmissão mãe-filho desta infeção, dados provenientes do trabalho e análise persistente e dedicada do Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança da Sociedade de Infeciologia Pediátrica. Para todos os que, de alguma forma, permitiram a sua inclusão neste Relatório, o reconhecimento pela qualidade do trabalho efetuado.

Finalmente, merecem particular reflexão três áreas distintas de impacto da infeção por VIH: o aprofundamento da análise relativa à distribuição geográfica dos novos casos de infeção, particularizada até ao nível do município na região de Lisboa e dos municípios mais afetados nas regiões de maior incidência; a análise da evolução dos casos na população acima de 49 anos e a atualização da análise relativa à população migrante, traduzindo uma preocupação que se estende, aliás, aos restantes países da UE.

Em relação à tuberculose, procede-se à caracterização da situação epidemiológica em 2013, sendo de destacar as análises efetuadas relativamente à importância da imigração no decurso dos últimos anos (tal como já foi efetuado relativamente à infeção por VIH) e das comorbilidades e fatores de risco sociais presentes.

Também aqui assume particular importância a análise diferenciada da situação e da importância dos grandes centros urbanos, a merecer uma atuação concertada firme, envolvendo diversos setores da Estado e da sociedade civil, como o próprio Relatório indica.

Os objetivos, em relação à tuberculose, são claros: Portugal deverá enquadrar-se nos países de baixa incidência de tuberculose, deve melhorar a deteção precoce e a taxa de confirmação laboratorial e reduzir o número de casos de Tuberculose Extremamente Resistente (TBXDR).

Sobre a infeção por VIH, com a informação disponibilizada e as diferentes análises que dela deverão decorrer, torna-se importante reafirmar para onde caminhamos. Em 2014, a ONUSIDA proclamou a visão "*ending AIDS by 2030*". A próxima escala, a nível global, será em 2020, onde pretendemos que 90% das pessoas infetadas por VIH conheçam o seu diagnóstico, 90% de casos diagnosticados estejam em tratamento e 90% de casos em tratamento se apresentem em supressão virológica. Tendo aquela visão e esta escala intermédia presentes, o nosso objetivo está definido até 2016: alcançar e ultrapassar as metas de redução de novos casos de infeção, de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), de casos de apresentação tardia, de mortes associadas à infeção e de casos de transmissão mãe-filho, tal como vêm referidos no Programa Nacional. Sem discriminação e sem deixar ninguém para trás.

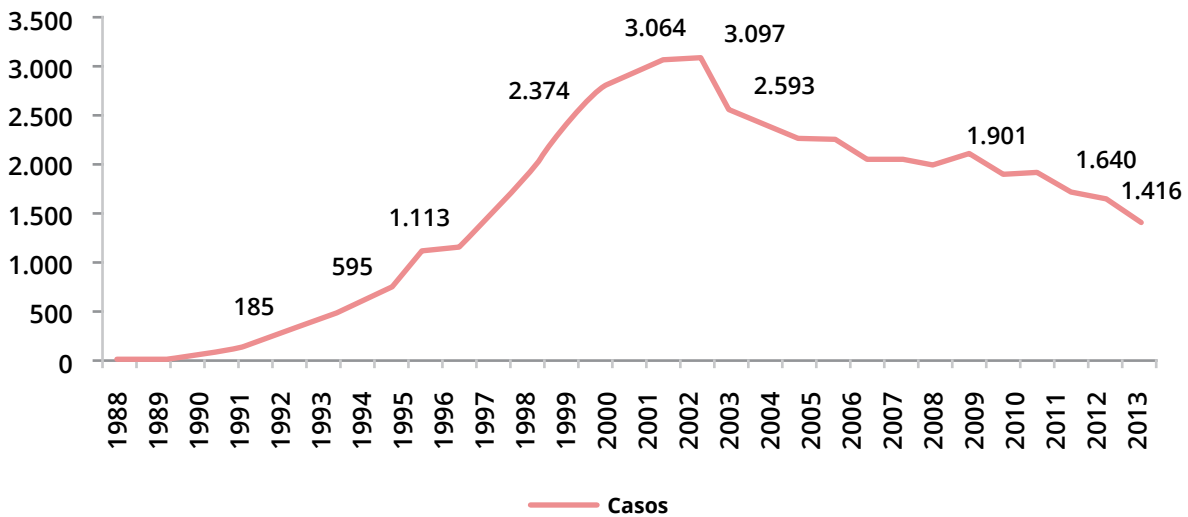
Sabemos que, hoje, estamos mais próximos desse porto de chegada.

PARTE I – INFEÇÃO POR VIH E SIDA

1. A SITUAÇÃO EM PORTUGAL EM 31.08.2014

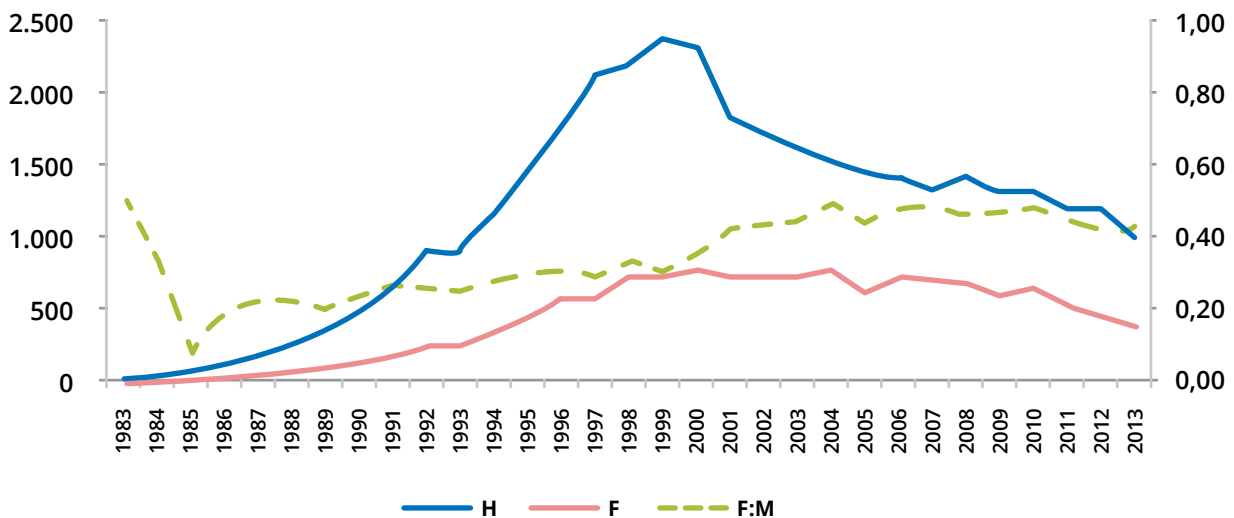
Portugal, durante o ano de 2013, manteve a tendência de decréscimo do número de novos casos notificados de infecção por VIH. Os dados referentes a 2013, recolhidos até 31 de agosto de 2014, revelam uma diminuição de 13.7%, relativamente a 2012. A distribuição por género manteve-se estável, relativamente ao ano anterior, com tendência de ligeiro decréscimo da proporção de casos ocorridos no género feminino, verificada desde meio da década anterior (Fig. 1 e 2 e Quadro 1).

Figura 1. Distribuição dos novos casos de infecção por VIH, por ano de diagnóstico.



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014)

Figura 2. Distribuição dos casos de infecção por VIH, por ano de diagnóstico, género e proporção por género



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014)

Quadro 1. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por data de diagnóstico, por género e relação feminino/masculino, em Portugal (1983 a 2013)

	n.º casos / Data de Diagnóstico	Masculino	Feminino	Feminino/Masculino
1983	3	2	1	0,50
1984	8	6	2	0,33
1985	42	39	3	0,08
1986	91	76	15	0,20
1987	185	150	34	0,23
1988	300	244	56	0,23
1989	422	353	69	0,20
1990	595	488	107	0,22
1991	773	614	159	0,26
1992	1.113	893	218	0,24
1993	1.190	950	240	0,25
1994	1.452	1.134	317	0,28
1995	1.860	1.432	427	0,30
1996	2.374	1.807	567	0,31
1997	2.746	2.138	608	0,28
1998	2.930	2.200	729	0,33
1999	3.064	2.354	710	0,30
2000	3.097	2.317	779	0,34
2001	2.593	1.833	759	0,41
2002	2.452	1.701	750	0,32
2003	2.281	1.574	706	0,45
2004	2.247	1.501	746	0,50
2005	2.073	1.430	643	0,45
2006	2.097	1.412	685	0,49
2007	2.003	1.341	662	0,49
2008	2.090	1.432	658	0,46
2009	1.901	1.300	601	0,46
2010	1.931	1.306	625	0,48
2011	1.688	1.173	515	0,44
2012	1.640	1.158	482	0,42
2013	1.416	996	420	0,42
Total	48.657	35.354	13.293	0,38

Nota: O total nem sempre coincide com a soma de número de casos para o sexo masculino e feminino por, em alguns anos, terem sido notificados casos de "sexo não referido" (n=10).

Fonte: INSA, DDI-URVE (dados recolhidos em 31.08.2014)

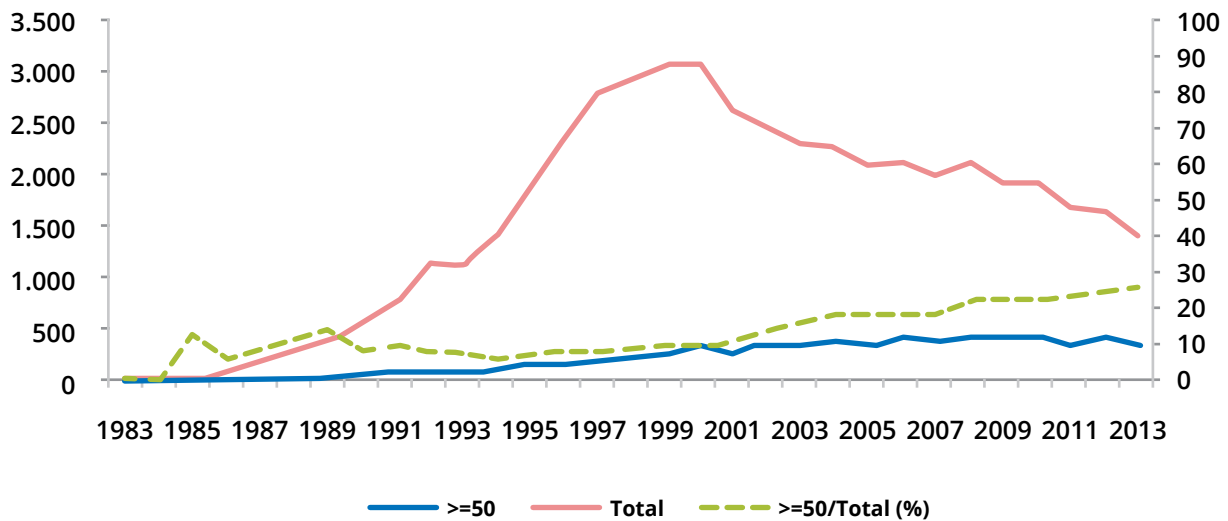
Quadro 2. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por grupo etário (número de casos e percentagem) e por sexo, em Portugal (1983 a 2013)

Casos de Infeção por VIH, por Grupo Etário, Género e Total Acumulado (1983 a 2013)					
Grupo Etário	Sexo			Total	%
	Masculino	Feminino	Não Referido		
0 -11 Meses	98	109	2	209	0,4
1 - 4 Anos	48	71		119	0,2
5 - 9 Anos	46	32		78	0,2
10 - 12 Anos	21	12		33	0,1
13 - 14 Anos	27	18		45	0,1
15 - 19 Anos	647	552		1.199	2,5
20 - 24 Anos	3.733	1.693	1	5.427	11,2
25 - 29 Anos	6.550	2.523	2	9.075	18,6
30 - 34 Anos	6.765	2.313		9.078	18,7
35 - 39 Anos	5.515	1.748	1	7.264	14,9
40 - 44 Anos	3.949	1.187	1	5.137	10,6
45 - 49 Anos	2.713	967	1	3.681	7,6
50 - 54 Anos	1.902	695		2.597	5,3
55 - 59 Anos	1.272	571		1.843	3,8
60 - 64 Anos	852	387		1.239	2,5
65 - 69 Anos	532	213		745	1,5
70 - 74 Anos	294	97		391	0,8
≥ 75 Anos	189	47		236	0,5
Não Referido	201	58	2	261	0,5
Total	35.354	13.293	10	48.657	100,0

Fonte: INSA, DDI-URVE (dados recolhidos em 31.08.2014)

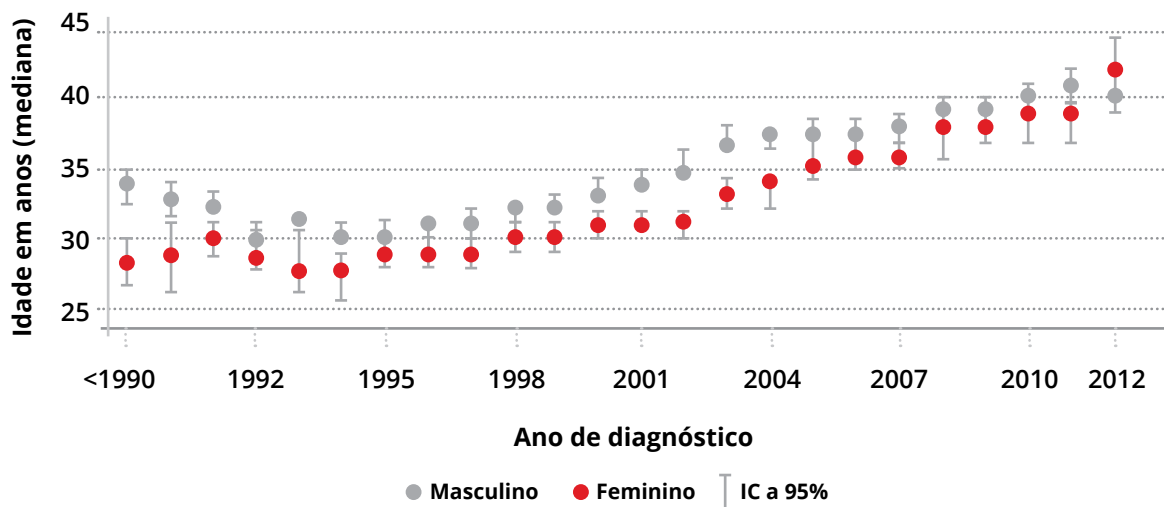
Desde o início da epidemia em Portugal, 74% dos casos ocorreram no grupo etário 20-44 anos. No entanto, acima dos 49 anos, o número de casos já corresponde a 14.4% do total de casos notificados. Mais interessante se torna verificar a evolução nesta faixa etária. Tal como tem vindo a ser descrito, nomeadamente nos países ocidentais, também em Portugal a proporção de casos nesta população tem vindo a crescer de forma significativa, atingindo em 2013, mais de 20% do total de novos casos notificados (Fig. 3), uma tendência já percebida no estudo efetuado pelo INSA em 2013 (Fig. 4).

Figura 3. Distribuição dos casos de infeção por VIH, no total e no grupo etário “50 ou mais anos” e proporção de casos notificados em indivíduos com 50 ou mais anos, por ano de diagnóstico.



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014)

Figura 4. Casos de infeção VIH/SIDA notificados: distribuição da idade mediana e respetivos intervalos de confiança a 95% por ano de diagnóstico, segundo o sexo.



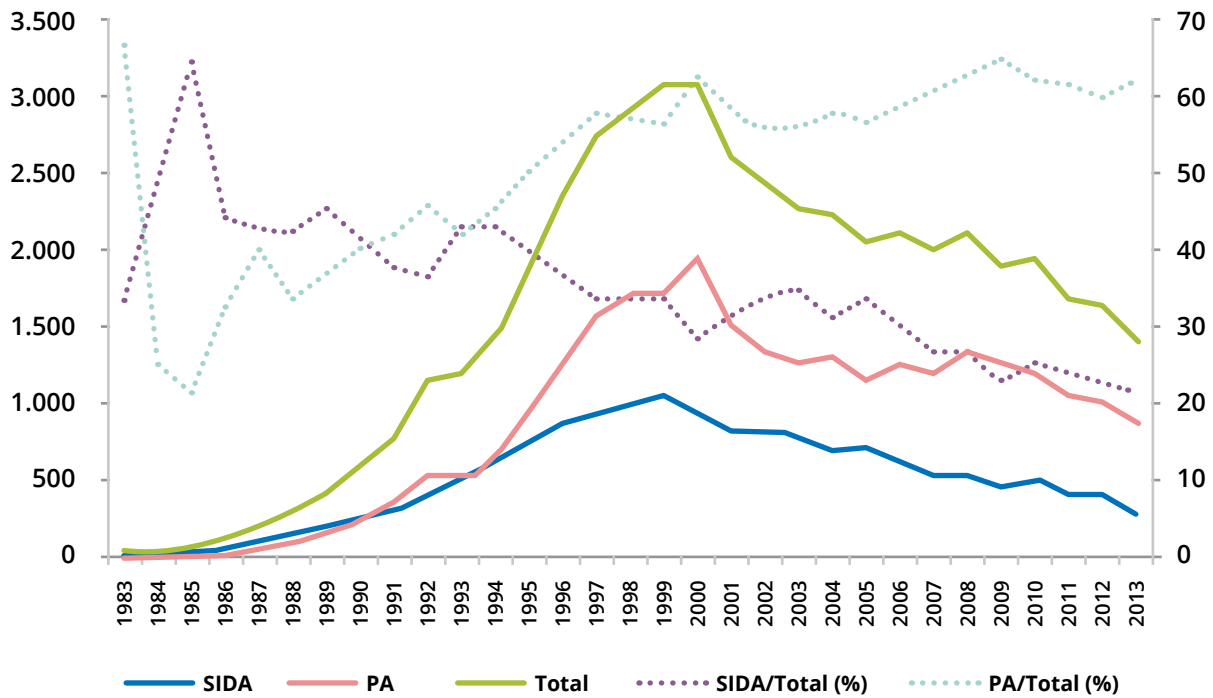
Fonte: INSA, DDI-URVE. Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31.12.2012

Quadro 3. Distribuição dos casos de infecção por VIH, por ano de diagnóstico e por estágio inicial, em Portugal (1983 a 2013)

Infecção por VIH				
Ano	Portador Assintomático	Sintomático Não SIDA	SIDA	Total
1983	2		1	3
1984	2	2	4	8
1985	9	6	27	42
1986	30	21	40	91
1987	73	32	79	184
1988	102	69	129	300
1989	156	75	191	422
1990	245	102	248	595
1991	327	156	290	773
1992	507	199	405	1.111
1993	505	175	510	1.190
1994	660	160	631	1.451
1995	942	180	737	1.859
1996	1.274	224	876	2.374
1997	1.582	238	926	2.746
1998	1.697	248	984	2.929
1999	1.739	290	1.035	3.064
2000	1.930	268	898	3.096
2001	1.501	255	836	2.592
2002	1.365	251	835	2.451
2003	1.277	205	798	2.280
2004	1.302	242	703	2.247
2005	1.179	193	701	2.073
2006	1.249	223	625	2.097
2007	1.216	265	522	2.003
2008	1.304	247	539	2.090
2009	1.240	219	442	1.901
2010	1.200	236	495	1.931
2011	1.042	238	408	1.688
2012	988	269	383	1.640
2013	891	223	302	1.416
Não Referido	9		1	10
Total	27.545	5.511	15.601	48.657

Fonte: INSA, DDI-URVE (dados recolhidos em 31.08.2014)

Figura 5. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por estágio inicial de infeção. (1983-2013)



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014)

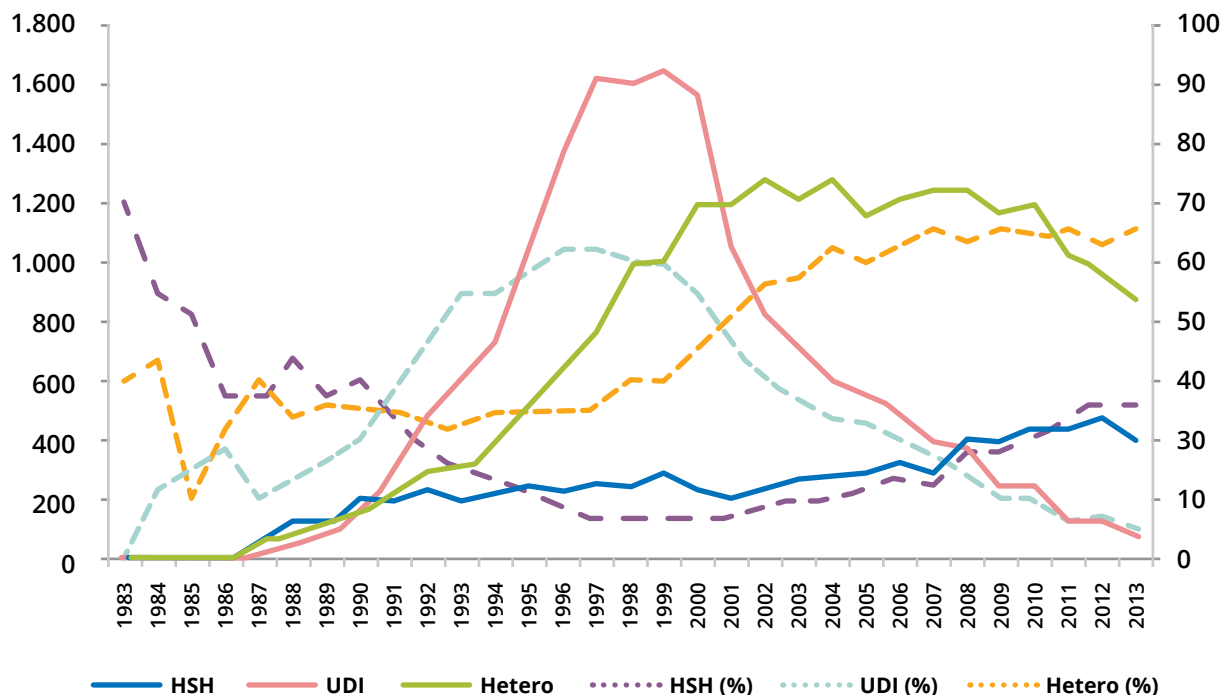
Em relação à distribuição dos casos notificados pelos estádios de infeção, o dado mais significativo é o declínio consistente da proporção de casos de SIDA relativamente ao total de casos notificados em cada ano, sobretudo a partir de meados da década anterior (com exceção dos anos 2010-2011) e atingindo a sua menor proporção de sempre em 2013 (21,3%) (Quadro 3 e Fig. 5).

Quadro 4. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (1983 a 2013)

Infeção por VIH										
Categoria de Transmissão										
Ano	Homens que fazem sexo com homens (HSH)	Utilizador de drogas injetáveis (UDI)	HSH/UDI	Hemofílico	Transfusinado	Heterossexual	Mãe/Filho	Nosocomial	Não referida	Total
1983	2					1				3
1984	4				1	3				8
1985	19	7	8		3	5				42
1986	29	19	1	15	3	22			2	91
1987	58	22	4	21	6	61	2		11	185
1988	114	48	3	14	15	82	1		23	300
1989	133	81	8	12	23	121	11		33	422
1990	202	145	10	6	24	164	13		31	595
1991	200	254	9	11	33	214	6		46	773
1992	231	475	20	11	19	284	17		56	1.113
1993	210	593	17	6	18	298	11		37	1.190
1994	219	727	16		23	397	27		43	1.452
1995	247	991	27	4	19	514	22		36	1.860
1996	238	1.370	26	2	11	662	20	1	44	2.374
1997	259	1.617	20		12	774	15		49	2.746
1998	250	1.628	27	4	6	957	18	1	39	2.930
1999	282	1.657	16	3	5	1.026	22		53	3.064
2000	237	1.574	17	6	10	1.190	12		51	3.097
2001	218	1.089	14	1	6	1.187	17		61	2.593
2002	241	847	8	2	8	1.284	31	1	30	2.452
2003	258	713	6	1	8	1.221	26		48	2.281
2004	268	617	9		4	1.296	20		33	2.247
2005	277	558	11	4	2	1.166	10		45	2.073
2006	333	485	3		2	1.227	11		36	2.097
2007	297	398	3	1	3	1.251	18		32	2.003
2008	409	367	7		1	1.249	15		42	2.090
2009	389	256	3		2	1.184	15		52	1.901
2010	442	240	4		1	1.185	17		42	1.931
2011	448	150	2		2	1.047	9	1	29	1.688
2012	478	140	6		5	982	5	1	23	1.640
2013	411	97	4		2	876	7		19	1.416

Fonte: INSA, DDI-URVE (dados recolhidos em 31.08.2014)

Figura 6. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (1983 a 2013)

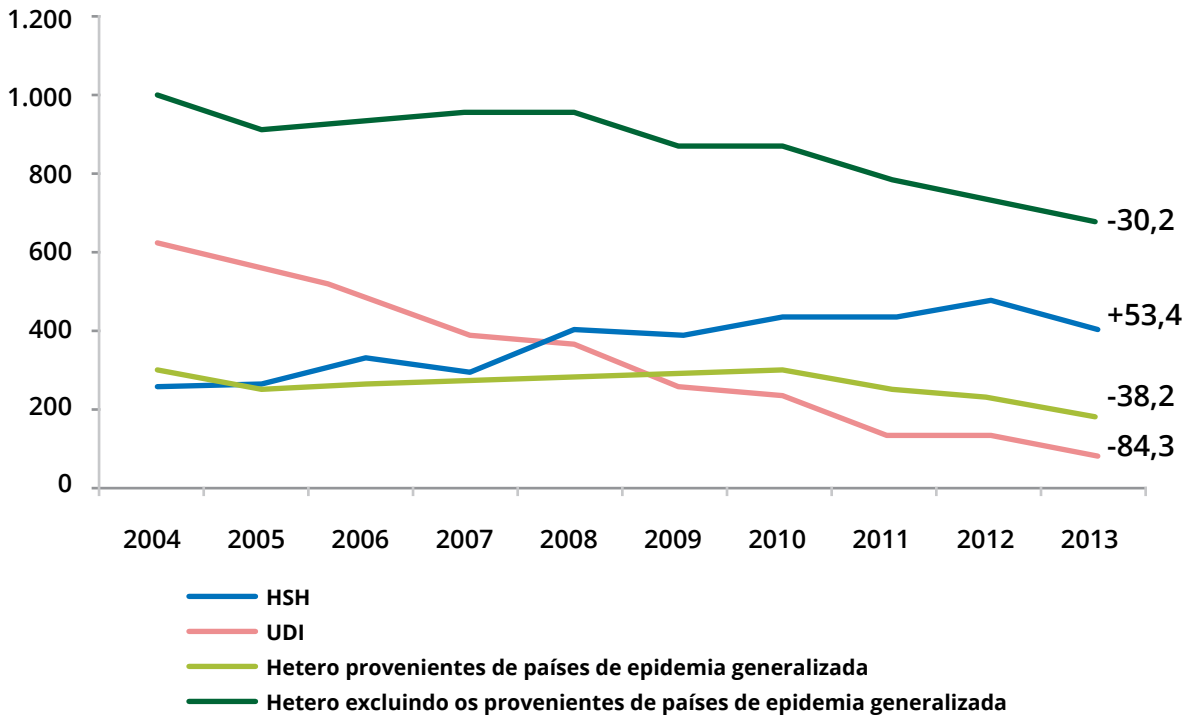


Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014)

Em 2013, manteve-se o padrão registado nos últimos anos, nas três principais categorias de transmissão (Fig. 6). A transmissão por via sexual correspondeu a mais de 90% do total de novos casos notificados: a transmissão através de relações heterossexuais manteve-se em cerca de 62% e, ao contrário do que se vinha a verificar desde 2000, a proporção de novos casos de transmissão em HSH, estabilizou em 2013 (29%). Simultaneamente, manteve-se a tendência de decréscimo dos casos em UDI, correspondendo em 2013 a 6,9% dos novos casos notificados.

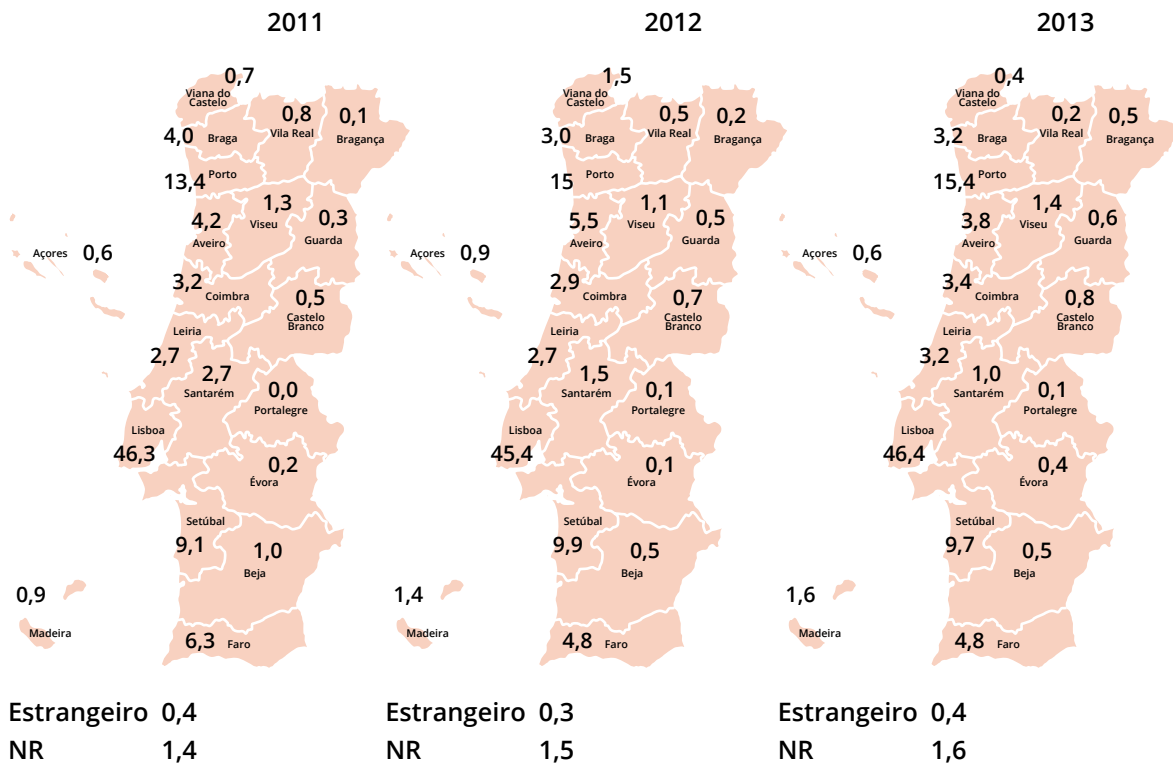
Simultaneamente, manteve-se a tendência de decréscimo dos casos em UDI, correspondendo em 2013 a 6,9% dos novos casos notificados. Quando se analisa a evolução, desde 2004 até hoje, consta-se que, globalmente, a transmissão entre HSH cresceu significativamente, ao contrário da transmissão entre UDI, que se reduziu drasticamente e da transmissão por via heterossexual (onde o decréscimo nos indivíduos provenientes de países de elevada prevalência e os provenientes dos restantes países foi semelhante) (Fig. 7).

Figura 7. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (2004-2013) e variação percentual.



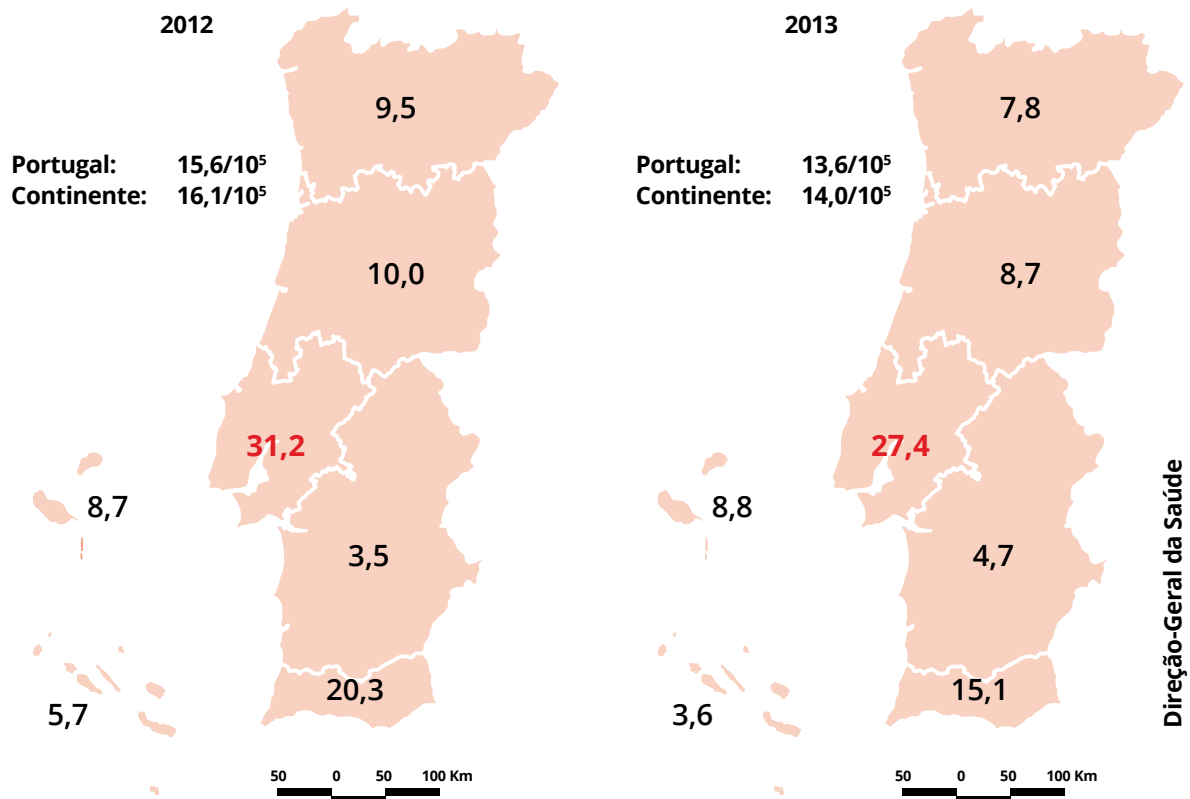
Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014)

Figura 8. Proporção dos casos notificados de infeção por VIH, no total de casos notificados, com ano de diagnóstico de 2011, 2012 e 2013 por distrito de residência e Regiões Autónomas.



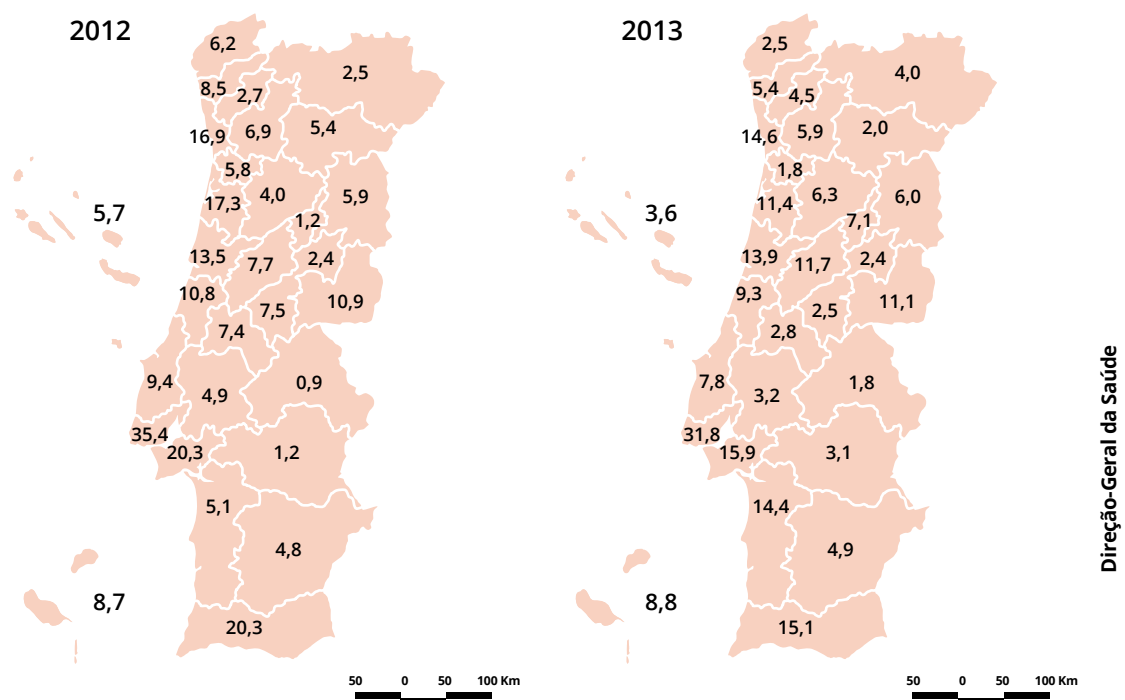
Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014). Estimativas *ad hoc* de população residente em 31/XII/2011, 31/XII/2012 e 31/XII/2013 Portugal, NUTS I, II e III (NUTS 2002).

Figura 9. Taxa de novos casos de infeção por VIH, por 100.000 habitantes, com anos de diagnóstico de 2012 e 2013, por NUTS II e Regiões Autónomas.



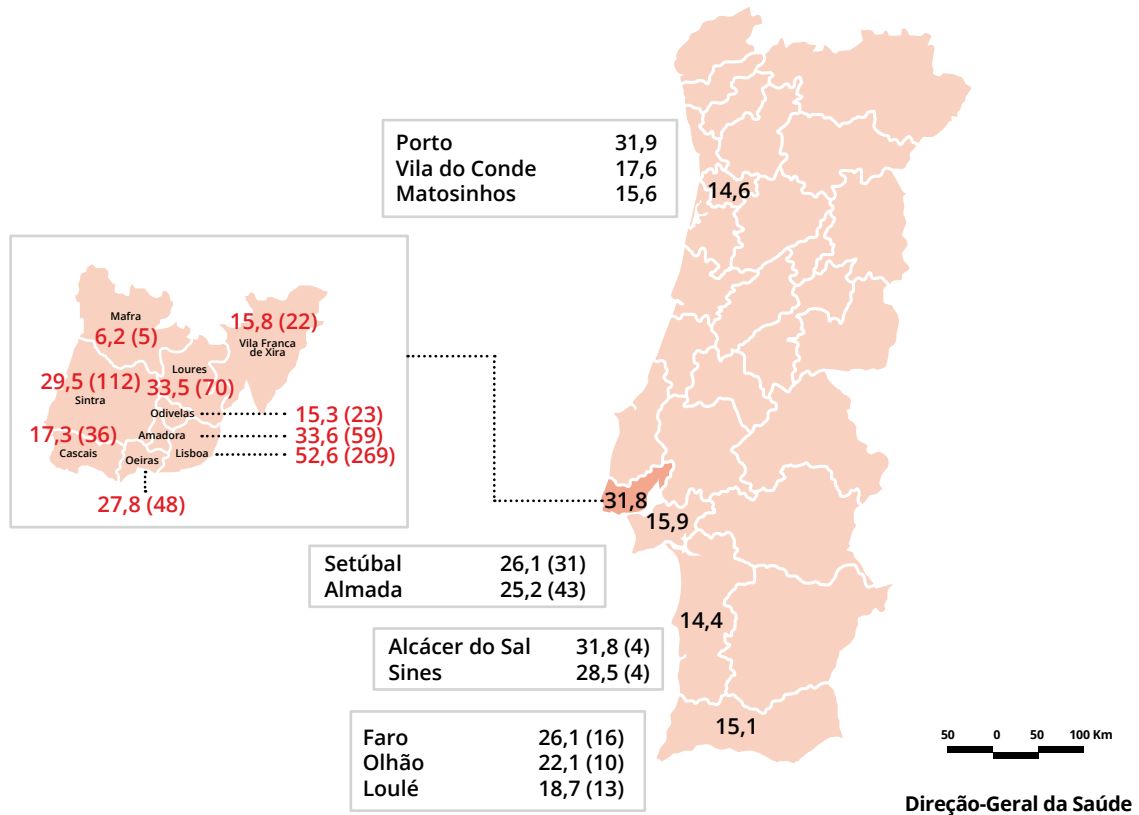
Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014); Estimativas *ad hoc* de população residente em 31/XII/2012 e 31/XII/2013, Portugal, NUTS I, II e III (NUTS 2002).

Figura 10. Taxa de novos casos de infeção por VIH, por 100.000 habitantes, com ano de diagnóstico de 2012 e 2013, por NUTS III e Regiões Autónomas.



Fonte: INSA - DDI-URVE (31.08.2014); INE: Estimativas *ad hoc* de população residente em 31/XII/2012 e 31/XII/2013, Portugal, NUTS I, II e III (NUTS 2002).

Figura 11. Taxa de novos casos notificados de infecção por VIH, por 100.000 habitantes, com ano de diagnóstico de 2013, nas regiões de maior incidência (incluindo os município de maior incidência (NUTS III) e Regiões Autónomas).



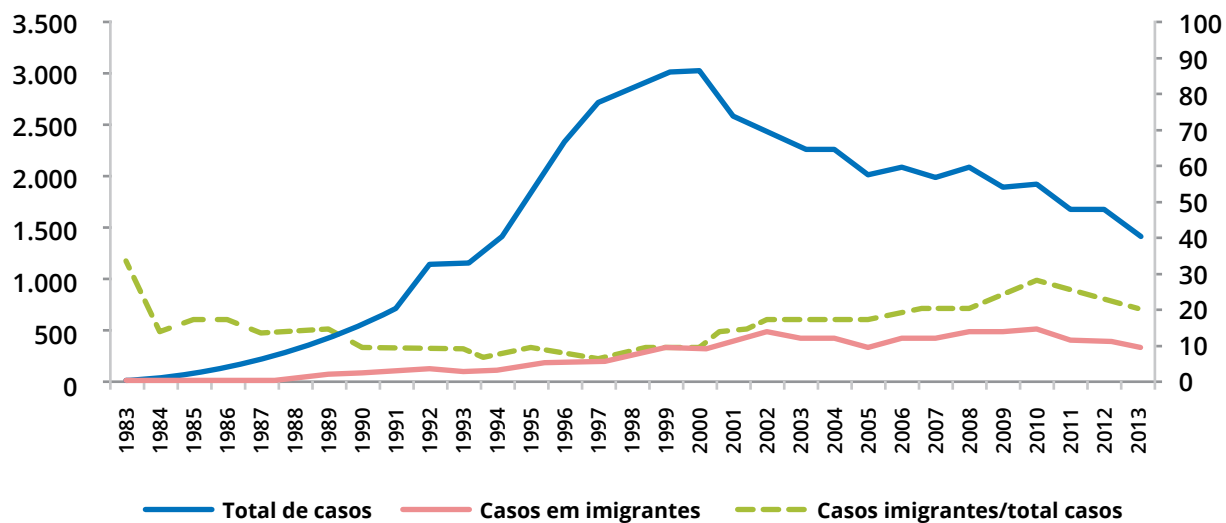
(Entre parêntesis indica-se o número de casos correspondente);

Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014. Estimativas ad hoc de população residente em 31/XII/2013, Portugal, NUTS I, II e III (NUTS 2002).

No período 2011-2013, nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro ocorreram 75% dos novos casos notificados em Portugal, sendo que mais de 50% se registaram em Lisboa e Setúbal (Fig. 8). Em 2013, a taxa de incidência (novos casos) em Portugal registou um decréscimo de 2,1% relativamente a 2012, situando-se em 13,6/100.000 habitantes (Fig. 9), um valor que ainda é significativamente elevado em comparação com os dados dos restantes países da Europa ocidental. Tal como dados já referidos anteriormente faziam prever, houve regiões e municípios com valores significativamente mais elevados (Fig. 10 e 11). Nestes casos, destacam-se as regiões da Grande Lisboa (31,8), Península de Setúbal (15,9), Algarve (15,1) e Grande Porto (14,6) e os municípios de Lisboa (52,6), Amadora (33,6), Loures (33,5), Porto (31,9), Sintra (29,5), Oeiras (27,8), Setúbal, (26,1) e Faro (26,1).

Em 2013, a taxa de incidência (novos casos) de SIDA foi de 2,9/100.000 habitantes, evidenciando igualmente uma evolução positiva em relação a 2012 (3,7/100.000 habitantes) mas ainda acima dos valores desejados.

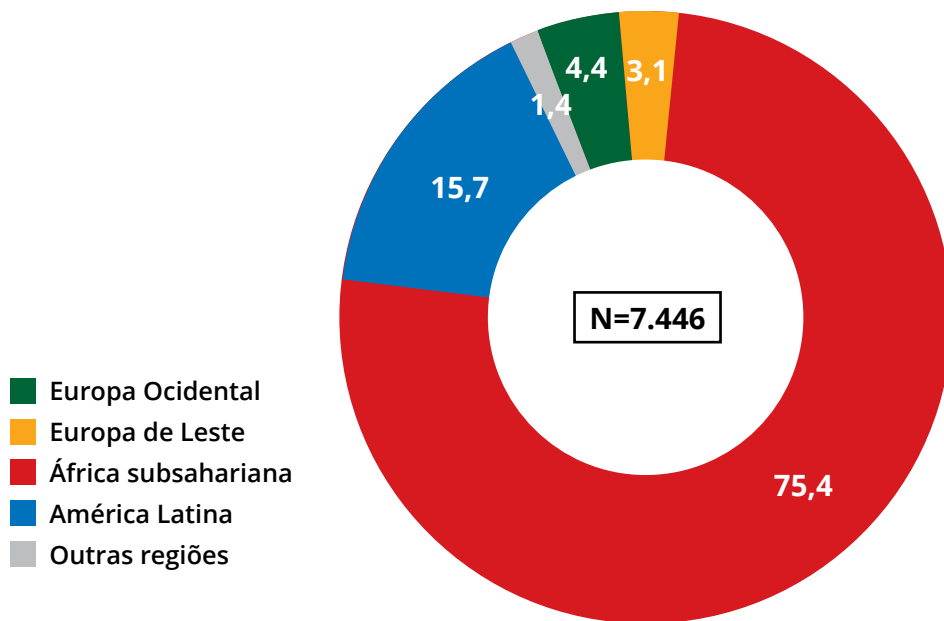
Figura 12. Total de casos notificados, casos notificados em imigrantes e proporção dos casos notificados em imigrantes no total de casos notificados, por ano de diagnóstico, em Portugal (1983 a 2013).



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014).
Nota: Não foram considerados os registos que não referiam nacionalidade (3.3%). Durante este período, em média, 15,4% dos casos foram notificados em imigrantes.

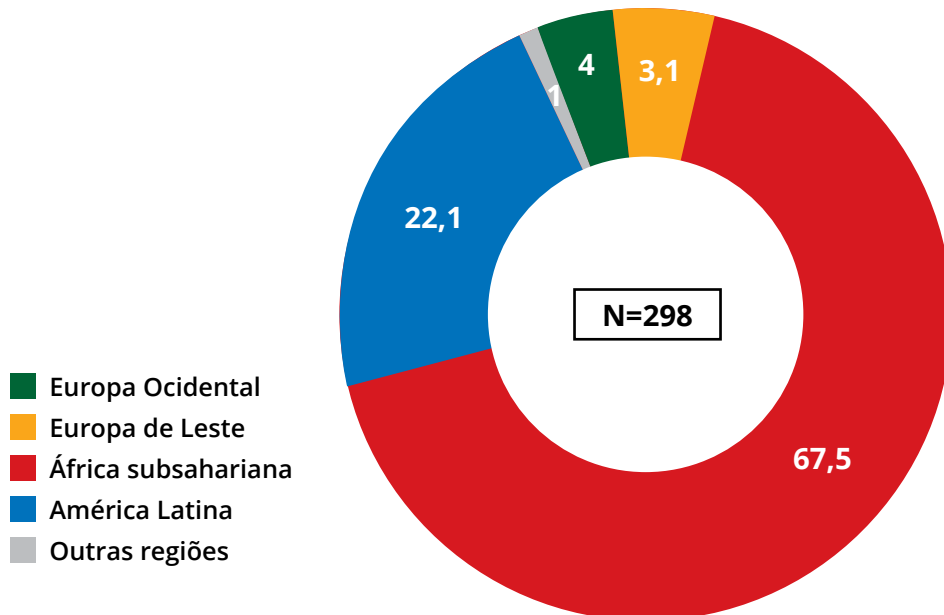
A importância dos movimentos de migração nos países ocidentais tem vindo a ser alvo de atenção redobrada, tendo em vista a definição de melhores estratégias de prevenção primária, diagnóstico precoce, acesso e retenção nos cuidados de saúde destas populações. Em Portugal, desde 2000 que se tem verificado uma frequência crescente de casos em imigrantes, no conjunto dos novos casos notificados. Após se ter atingido um valor máximo em 2010 (26,4%), regista-se um decréscimo progressivo a partir de então, correspondendo a 21% em 2013 (Fig. 12).

Figura 13. Distribuição percentual dos casos notificados em imigrantes, por região de origem, em Portugal (1983 a 2013).



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014).

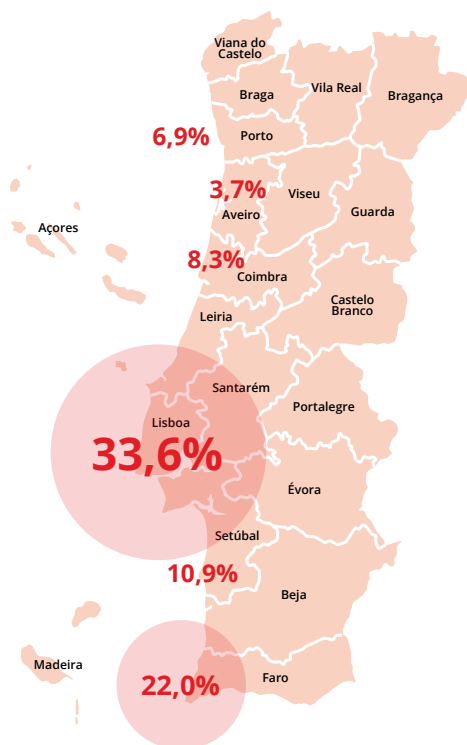
Figura 14. Distribuição percentual dos casos notificados em imigrantes, por região de origem, em Portugal (2013).



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014).

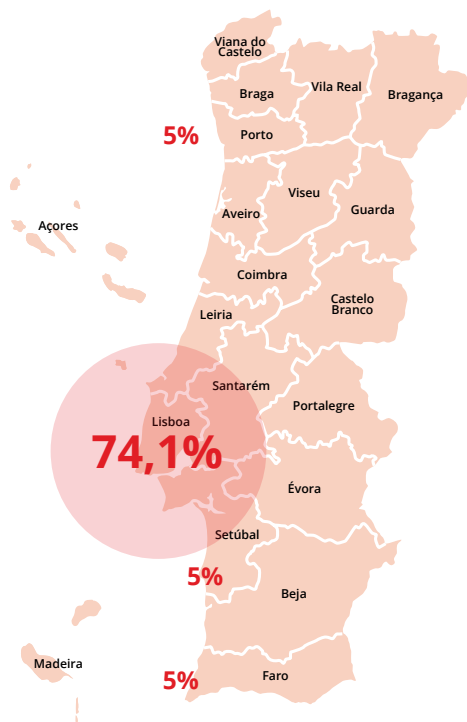
A distribuição por regiões de origem, quando considerada a totalidade do período (1983-2013) ou só 2013, mantém as suas características essenciais: proveniência maioritária da África subsahariana e, em segundo lugar, da América Latina. Em qualquer destes grupos, os países de língua portuguesa constituem a grande maioria dos casos.

Figura 15. Proporção dos casos notificados de infeção por VIH em imigrantes, no total de casos notificados, em regiões selecionadas de Portugal (ano de diagnóstico de 2013).



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014)

Figura 16. Proporção dos casos notificados de infeção por VIH em imigrantes, no total de casos notificados em imigrantes em regiões selecionadas de Portugal (ano de diagnóstico de 2011).



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014).

A distribuição geográfica dos casos diagnosticados na população imigrante continua a evidenciar a sua concentração na região da Grande Lisboa, onde ocorreram 74% dos novos casos. A distância significativa, a Península de Setúbal (5%) e o Algarve (5%) completam o conjunto de regiões onde ocorreu a grande maioria dos novos casos nesta população (84%) (Fig. 15). Por outro lado, deve realçar-se que, também no conjunto de novos casos notificados naquelas regiões, o impacto dos casos diagnosticados na população migrante é significativo, nomeadamente na Grande Lisboa (mais de um terço do total de casos notificados) e no Algarve (quase um quarto dos casos) (Fig. 16).

2. GRAVIDEZ E TRANSMISSÃO MÃE/FILHO DA INFEÇÃO POR VIH EM 2013

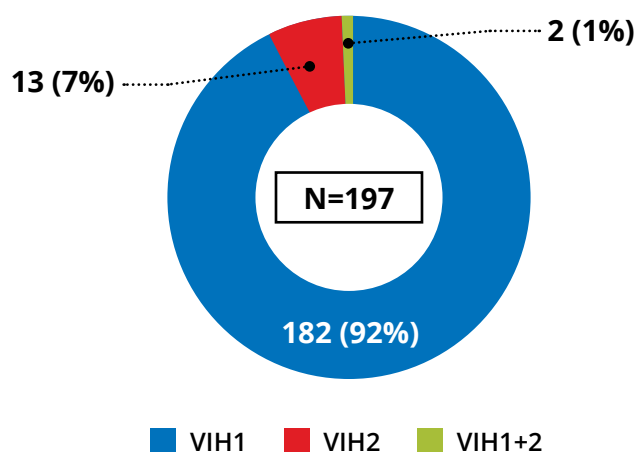
Os dados disponibilizados pelo *Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança, da Sociedade Infeciologia Pediátrica/Sociedade Portuguesa de Pediatria* referem que em 2013, em Portugal, se verificaram 196 casos de gravidez em mães infetadas por VIH (197 recém-nascidos – RN), a que corresponde a prevalência de 0,24% no total de episódios de gravidez, no mesmo período. O número de grávidas infetadas por VIH diminuiu, relativamente aos anos anteriores, mantendo a região sul o maior número de casos registados (Quadro 5). Treze grávidas estavam infetadas por VIH-2 (maioritariamente provenientes da Guiné-Bissau), o que corresponde a 6,7% do total (Figura 17).

Quadro 5. Distribuição por ano e região dos RN filhos de mães portadoras de infeção por VIH.

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

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

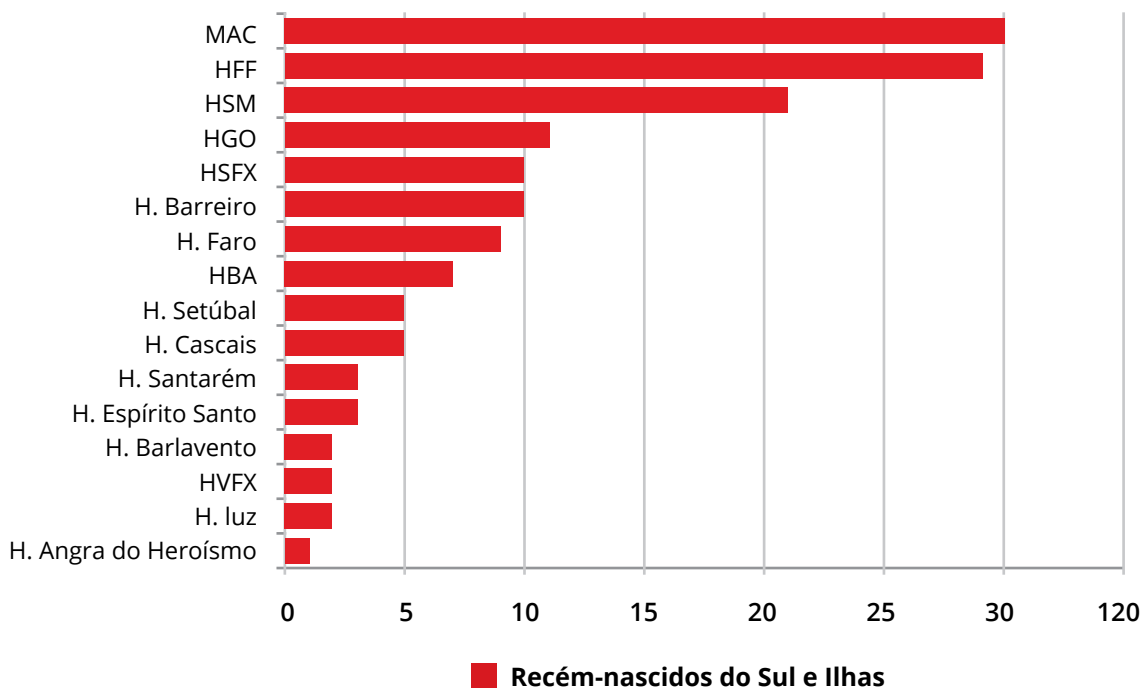
Figura 17. Distribuição das grávidas por tipo de VIH.



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

Na região sul, onde se verificaram 76% do total dos casos, a Maternidade Alfredo da Costa (CHLC), o Hospital Prof. Fernando da Fonseca e o Hospital de Santa Maria (CHLN) foram as instituições onde verificaram maior número de nascimentos de crianças filhas de mães portadoras de VIH, correspondendo a 53,7% dos recém-nascidos nesta região (Figura 18).

Figura 18. Distribuição dos recém-nascidos na região sul e ilhas, por hospital.



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

Em 2013, a taxa de transmissão mãe-filho do VIH foi de 1% (Quadro 6), correspondendo a 2 casos de infeção por VIH-1 (não se registou nenhum caso de transmissão de infeção por VIH-2).

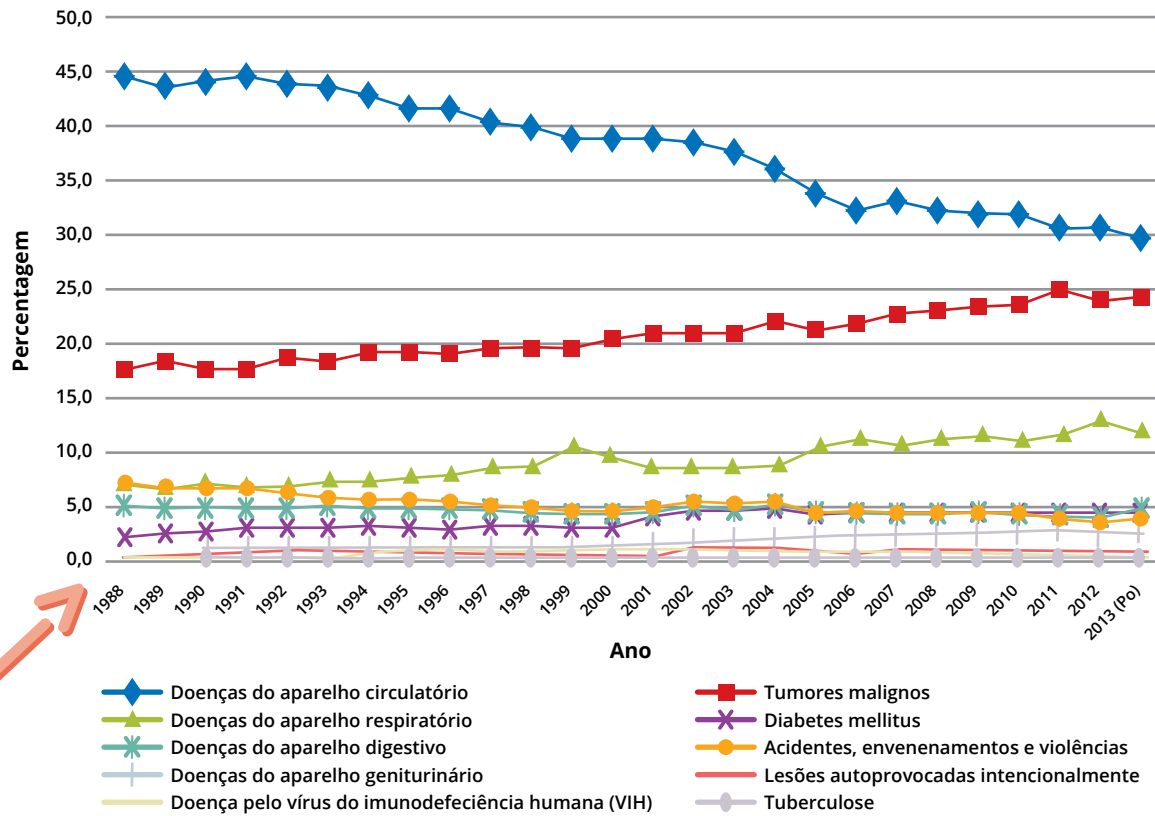
Quadro 6. Casos e taxa de transmissão mãe-filho de infeção por VIH (2007-2013).

2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6	2,3	3	1,6	6	2,5	5	1,8	5	1,85	1	0,42	2	1

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

3. MORTALIDADE

Figura 19. Percentagem de óbitos pelas principais causas de morte no total das causas de morte em Portugal (1988-2012).



Fonte: INE, IP, 2014

3.1. Caracterização geral da mortalidade entre 2008 e 2012

Quadro 7. Peso da mortalidade por doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH] no total das causas de morte, Portugal Continental e Ilhas, (2008-2012).

Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH]						
		2008	2009	2010	2011	2012
Óbitos por todas as causas de morte	HM	104.280	104.434	105.954	102.848	107.621
	H	53.582	53.310	54.219	52.544	54.473
	M	50.698	51.124	51.734	50.301	53.139
Óbitos por doença pelo vírus da imunodeficiência humana	HM	708	657	638	557	501
	H	547	502	502	435	392
	M	161	155	136	122	109

Fonte: INE, IP (2014)

3.2. Portugal Continental

Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH], em Portugal Continental (2008 a 2012).

Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH]					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	698	642	629	546	491
Taxa de mortalidade	6,9	6,4	6,3	5,4	4,9
Taxa de mortalidade padronizada	6,5	5,9	5,7	5,0	4,4
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	6,8	6,2	5,9	5,3	4,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	3,6	3,6	4,0	2,8	4,0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,7	6,1	5,9	5,2	4,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	3,3	2,8	3,4	2,7	3,7

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: B20–B24.

Fonte: INE, IP (2014)

Relativamente a 2013, dados provisórios do INE indicam que, em Portugal, se registaram 458 óbitos associados à infeção pelo VIH, ainda não estando disponíveis as correspondentes taxas de mortalidade.

3.3. Caracterização da mortalidade por sexo entre 2008 e 2012

3.3.1. Portugal Continental

Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH], por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012).

Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH]					
Masculino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	538	489	495	427	384
Taxa de mortalidade	11,2	10,2	10,3	8,9	8,1
Taxa de mortalidade padronizada	10,3	9,3	9,4	8,1	7,2
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	10,9	9,8	9,6	8,5	7,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	5,7	5,3	7,4	4,8	7,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	10,7	9,7	9,6	8,3	7,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	5,1	4,4	6,2	5,1	7,2
Feminino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	160	153	134	119	107
Taxa de mortalidade	3,1	2,9	2,6	2,3	2,0
Taxa de mortalidade padronizada	2,9	2,7	2,4	2,1	1,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	3,0	2,8	2,5	2,2	2,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	2,0	2,3	1,5	1,4	0,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,9	2,8	2,4	2,2	1,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	2,0	1,7	1,5	1,0	1,2

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: B20–B24.

Fonte: INE, IP (2014)

3.4. Anos potenciais de vida perdidos, por residência e sexo – 2012

Quadro 10. 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 (2012).

HIV/SIDA						
	N.º de Anos (HM)	N.º de Anos (H)	N.º de Anos (M)	Taxas HM	Taxas H	Taxas M
Total Geral	10620	8138	2483	117,4	183,8	53,7
Portugal	10550	8068	2483	116,6	182,3	53,7
Continente	10255	7828	2428	119,5	186,4	55,3
Norte	2758	2270	488	85,6	144,0	29,6
Centro	1260	823	438	65,5	87,1	44,6
LVT	5078	3855	1223	207,8	325,8	97,0
Alentejo	738	588	150	120,1	191,2	48,9
Algarve	423	293	130	111,0	155,5	67,5
RA Açores	115	98	18	51,2	86,3	15,7
RA Madeira	180	143	38	76,2	124,5	30,8

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: B20–B24.

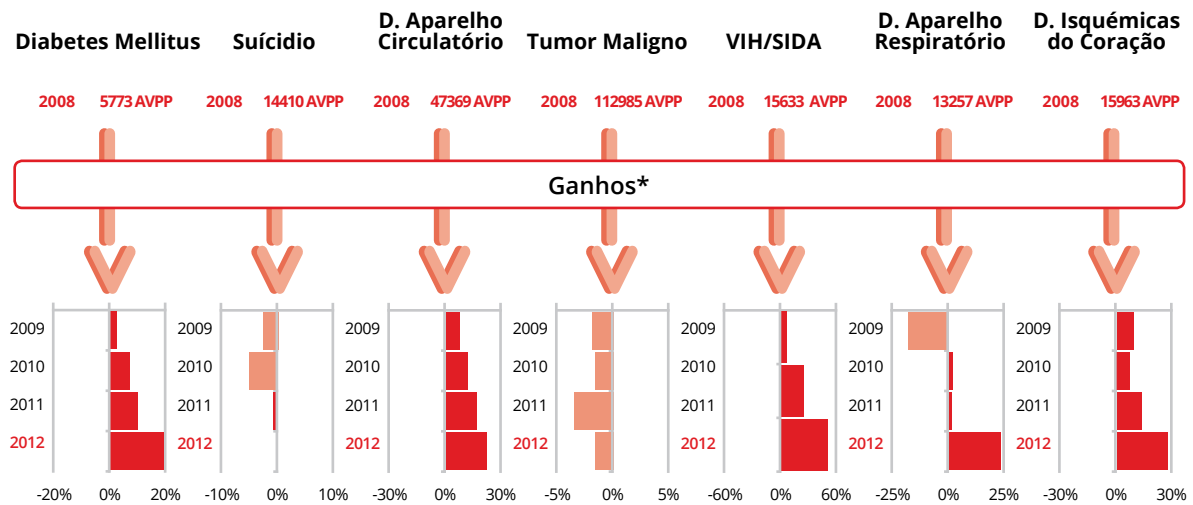
Fonte: INE, IP (2014)

Figura 20. Anos potenciais de vida perdidos por causas de morte selecionadas, em Portugal Continental.



Fonte: INE, (2014)

Figura 21. Anos de vida ganhos, Portugal Continental (2008 a 2012)



Códigos CID 10: Ver nota metodológica.

Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados disponibilizados pelo INE, IP, 2014

*Ganhos foram calculados como % de AVPP (anos de Vida Potenciais Perdidos) relativa, usando o valor observado em 2008 como referência.

A mortalidade associada ao VIH tem vindo progressivamente a diminuir, de forma mais acentuada nos últimos cinco anos (2008-2013) (Quadro 8). Se é certo que, em números absolutos, não apresenta o impacto de outras patologias, nomeadamente as “doenças do aparelho circulatório”, as “doenças do aparelho respiratório” ou os “tumores malignos” (Fig. 19), a análise dos anos de vida potenciais perdidos, atribuíveis à infeção por VIH, confere a esta patologia um impacto significativo na sociedade portuguesa (Fig. 20), apesar da evolução francamente favorável, com um valor percentual de anos de vida ganhos próximo de 60%, entre 2008 e 2012 (Fig. 21).

4. MORBILIDADE

4.1. Cuidados Hospitalares

Quadro 11. Caracterização global da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, Portugal Continental (2009 a 2013).

Caracterização global da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, Portugal Continental (2009 a 2013)					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.937.692	2.021.342	2.024.048	1.949.869	1.575.714
Dias Internamento	6.681.358	6.846.073	6.737.904	6.729.546	6.657.405
Demora Média	3,45	3,39	3,33	3,45	4,23
Day Cases	1.036.642	1.101.623	1.124.133	1.058.509	702.264
Demora Média sem DC	7,42	7,44	7,49	7,55	7,62
Casos Ambulatório	1.006.560	1.073.012	1.095.537	1.020.070	666.212
Óbitos	45.845	47.067	46.743	48.517	48.067

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

4.1.1. Caracterização geral da produção hospitalar, em Portugal Continental e por ARS (2009 a 2013), relativamente a infeção por VIH e a diagnósticos selecionados, quando associados à infeção por VIH

4.1.1.2. Portugal Continental

Quadro 12. Caracterização global da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, Portugal Continental (2009 a 2013).

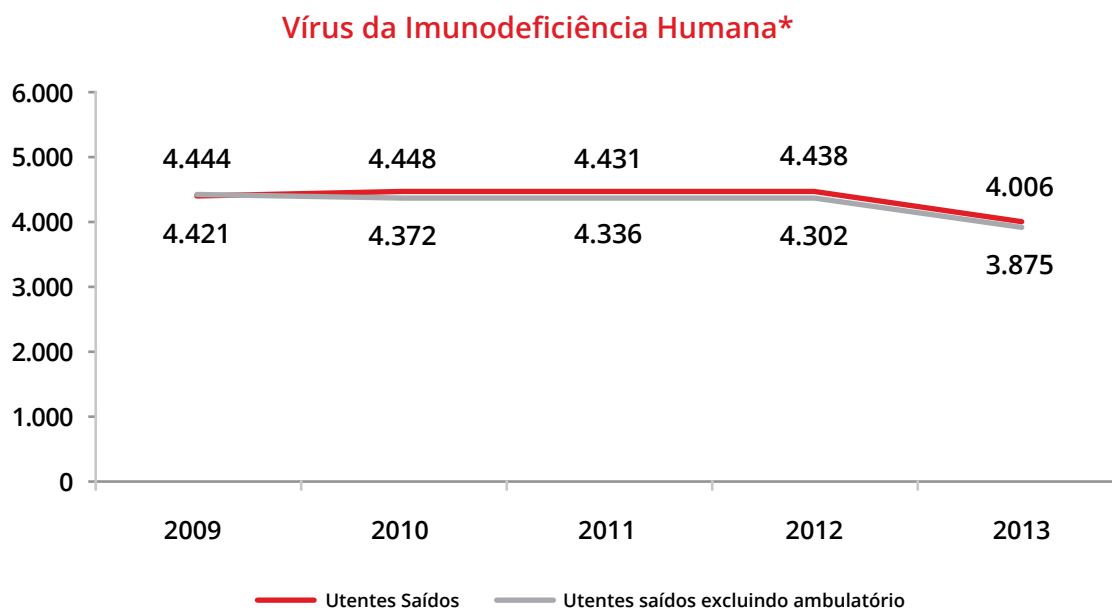
Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos*	4.444	4.448	4.431	4.438	4.006
Dias Internamento	76.558	73.726	70.555	68.264	61.406
Demora Média	17,23	16,58	15,92	15,38	15,33
Day Cases	119	205	292	353	255
Demora Média sem DC	17,7	17,38	17,05	16,71	16,37
Casos Ambulatório	23	76	95	136	131
Óbitos	586	564	511	461	428

CID 9 MC: 042

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 22. Evolução da produção hospitalar relativa ao Vírus da Imunodeficiência Humana* (2009 a 2013).



CID 9 MC: 042

*diagnósticos principal e secundários.

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2014

Em 2013, acelerou-se a tendência de decréscimo do número de internamentos associados à infeção por VIH (-9.7%), do nº de dias de internamento (-10.1%) e de letalidade intra-hospitalar (-7.2%).

Quadro 13. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Tuberculose*, Portugal Continental (2009 a 2013).

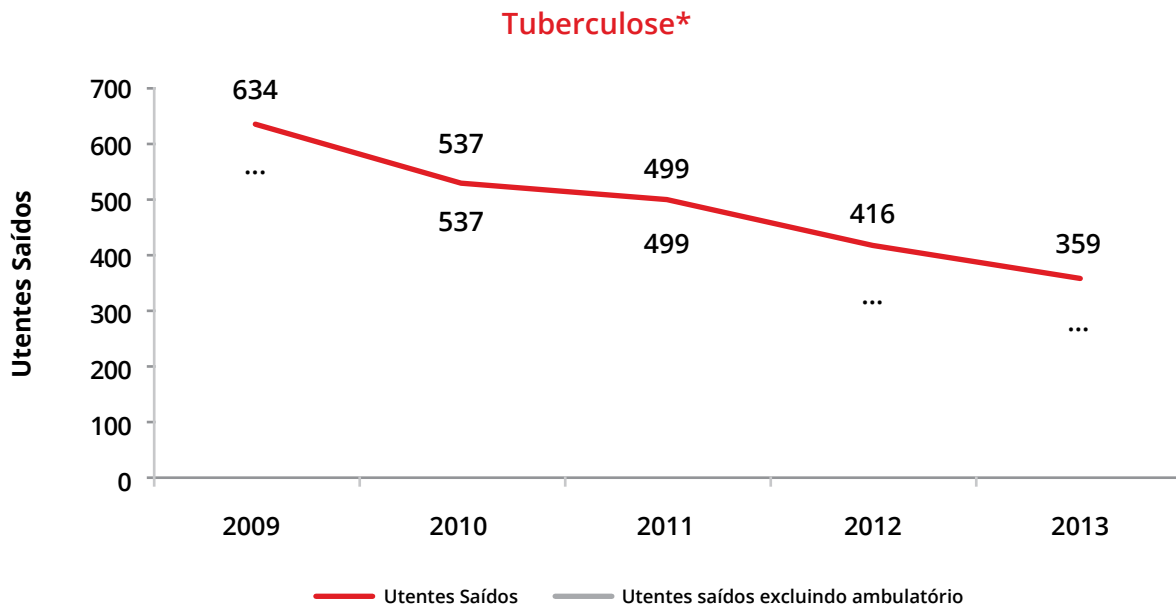
Tuberculose*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	635	537	499	417	361
Dias Internamento	18.152	15.668	14.223	11.975	10.127
Demora Média	28,59	29,18	28,50	28,72	28,05
Day Cases	6	6	7	9	4
Demora Média sem DC	28,86	29,51	28,91	29,35	28,37
Casos Ambulatório	n.d.	0	0	n.d.	n.d.
Óbitos	92	82	65	52	46

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 (2014)

Figura 23. Evolução da produção hospitalar relativa a Tuberculose* (2009 a 2013).



CID 9 MC: 011-018

*só quando associado ao diagnóstico “Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana” (042)- diagnósticos principal e secundários
... valores de Utentes saídos, excluindo o ambulatório, omitidos devido ao “segredo estatístico”

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2014

Quadro 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Pneumocistose*, Portugal Continental (2009 a 2013).

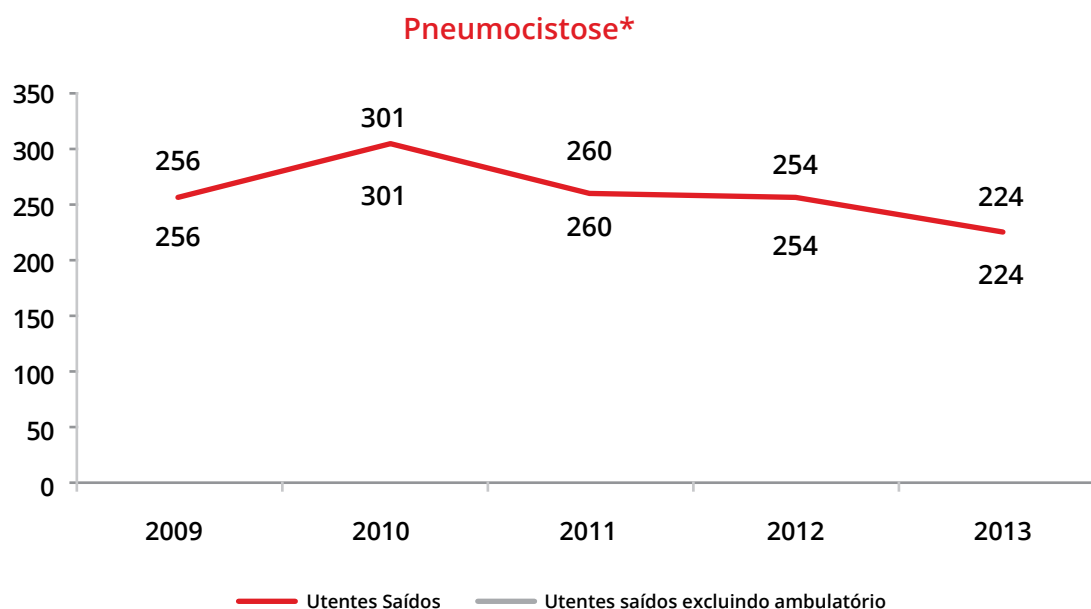
Pneumocistose*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos*	256	301	260	254	224
Dias Internamento	6.593	7.219	6.506	5.965	5.060
Demora Média	25,75	23,98	25,02	23,48	22,59
Day Cases	0	n.d.	n.d.	n.d.	0
Demora Média sem DC	25,75	n.d.	n.d.	n.d.	22,59
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	39	52	38	43	43

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: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 24. Evolução da produção hospitalar relativa a Pneumocistose* (2009 a 2013).



CID 9 MC: 136.3

*só quando associado ao diagnóstico "Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana" (042) - diagnósticos principal e secundários
Notar a coincidência de valores entre os utentes saídos e os utentes saídos excluindo o ambulatório.

Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2014

Quadro 15. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Sarcoma de Kaposi*, Portugal Continental (2009 a 2013).

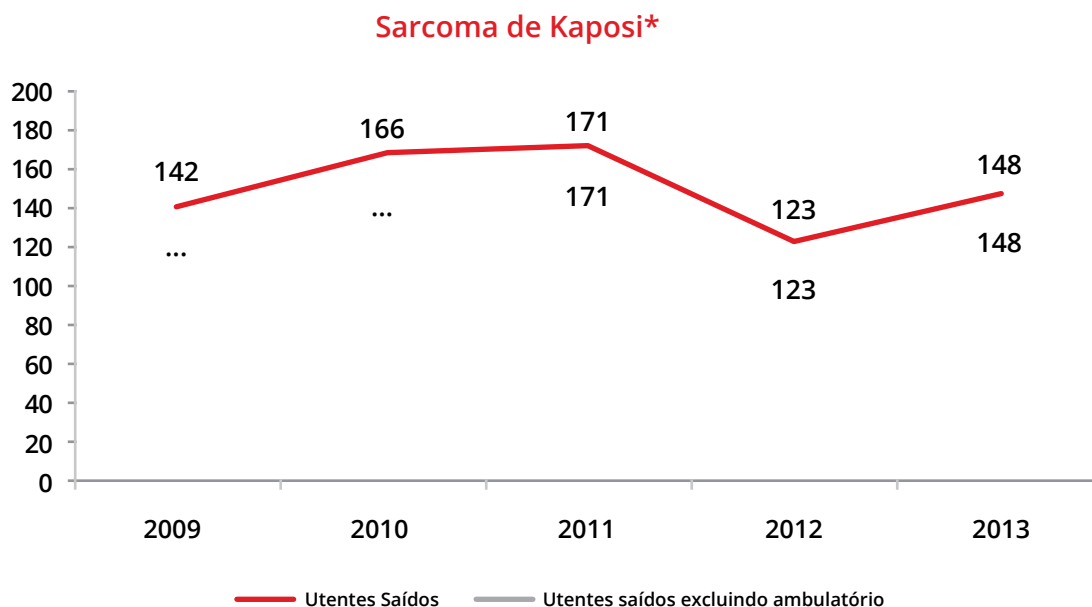
Sarcoma de Kaposi*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	143	167	171	123	148
Dias Internamento	3.127	3.816	3.403	2.942	2.724
Demora Média	21,87	22,85	19,90	23,92	18,41
Day Cases	n.d.	13	11	7	9
Demora Média sem DC	n.d.	24,78	21,27	25,36	19,60
Casos Ambulatório	n.d.	n.d.	0	0	0
Óbitos	25	28	30	22	21

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: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 25. Evolução da produção hospitalar relativa a Sarcoma de Kaposi* (2009 a 2013).



CID 9 MC: 176

*só quando associado ao diagnóstico “Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana” (042)- diagnósticos principal e secundários
... valores de Utentes saídos excluindo o ambulatório omitidos devido ao “segredo estatístico”

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2014

Quadro 16. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Doença Não-Hodgkin*, Portugal Continental (2009 a 2013).

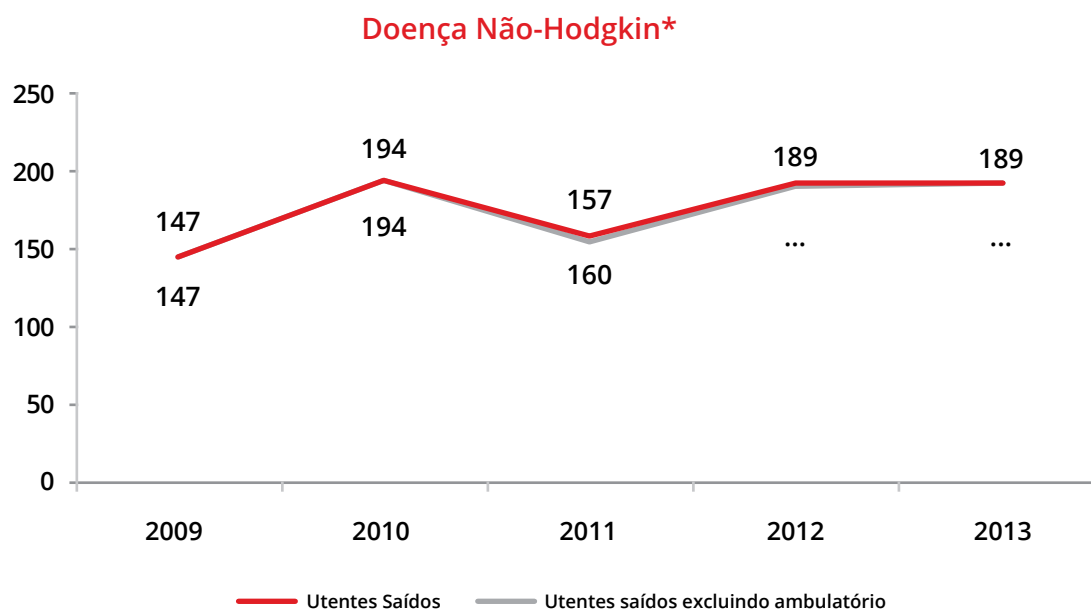
Doença Não-Hodgkin*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	147	194	160	191	191
Dias Internamento	3.379	3.546	2.859	2.712	3.962
Demora Média	22,99	18,28	17,87	14,20	20,74
Day Cases	3	7	18	4	7
Demora Média sem DC	23,47	18,96	20,13	14,50	21,53
Casos Ambulatório	0	0	3	n.d.	n.d.
Óbitos	45	50	34	37	44

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 (2014)

Figura 26. Evolução da produção hospitalar relativa a Doença Não-Hodgkin* (2009 a 2013).



CID 9 MC: 200 e 202

*só quando associado ao diagnóstico "Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana" (042) - diagnósticos principal e secundários
... valores de Utentes saídos, excluindo o ambulatório, omitidos devido ao "segredo estatístico"

Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2014

Quadro 17. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Hepatite C*, Portugal Continental (2009 a 2013).

Hepatite C*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.149	1.136	1.119	1.043	895
Dias Internamento	18.015	18.644	18.051	15.493	13.271
Demora Média	15,68	16,41	16,13	14,85	14,83
Day Cases	24	42	31	46	35
Demora Média sem DC	16,01	17,04	16,59	15,54	15,43
Casos Ambulatório	n.d.	13	14	16	11
Óbitos	159	143	132	115	101

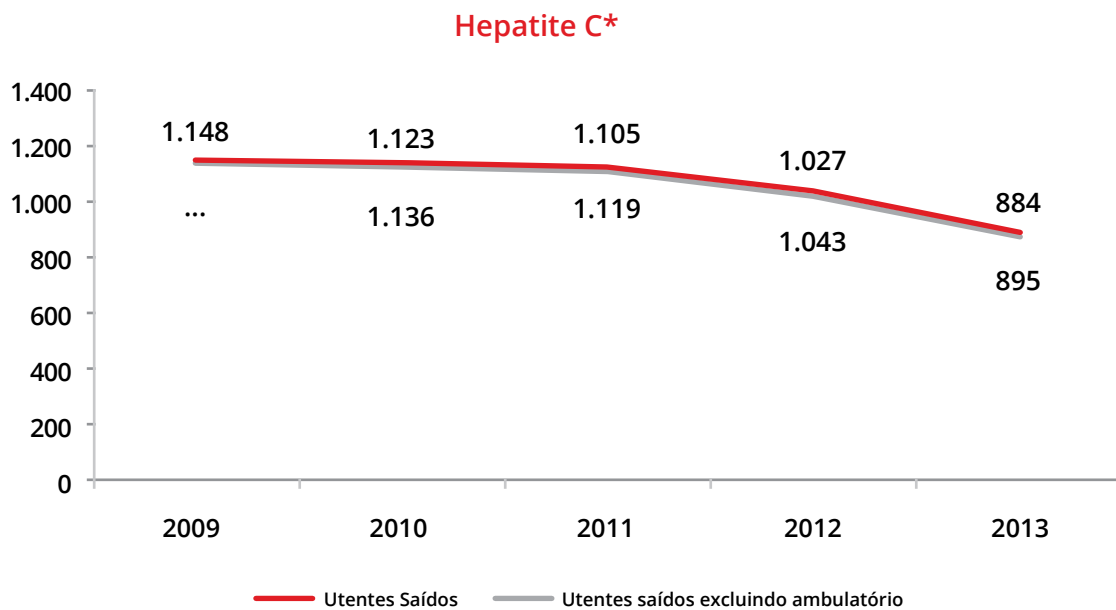
CID 9 MC: 070.44, 070.51 e 070.54

*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 (2014)

Figura 27. Evolução da produção hospitalar relativa a Hepatite C* (2009 a 2013).



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 ... valores de Utentes saídos excluindo o ambulatório omitidos devido ao “segredo estatístico”

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2014

Em 2013, em relação às patologias selecionadas associadas à infeção por VIH, verificou-se o decréscimo do número de internamentos e da letalidade em relação às duas principais (tuberculose e pneumocistose), o que se não verificou em relação ao Sarcoma de Kaposi (maior número de internamentos mas menor letalidade) e ao Linfoma não-Hodgkin (igual número de internamentos mas maior letalidade). Em relação à coinfeção por Hepatite C o registo foi idêntico ao da tuberculose e pneumocistose.

4.1.2. Caracterização dos episódios de internamento, em Portugal Continental e ARS (2012 e 2013)

4.1.2.1. Associados a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana nos anos de 2012 e 2013

Quadro 18. Caracterização dos episódios de internamento associados a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013).

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	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Continente	4.302	3.875	2.891	2.807	2.123	2.160	768	647	1.411	1.068	32,8	27,56	461	428	15,95	15,25
Norte	1.105	934	742	680	569	527	173	153	363	254	32,9	27,2	108	96	14,56	14,1
Centro	478	402	320	278	226	209	94	69	158	124	33,1	30,9	43	31	13,44	11,2
LVT	2.420	2.236	1.633	1.642	1.195	1.271	438	371	787	594	32,5	26,6	276	266	16,9	16,2
Alentejo	51	48	43	40	37	35	6	5	8	8	15,7	16,7	7	8	16,28	20,0
Algarve	248	255	175	180	127	138	48	42	73	75	29,4	29,4	27	27	15,43	15,0

CID9MC: 042

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

4.1.2.2. Associados a patologias relevantes no contexto da infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana, nos anos de 2012 e 2013

Quadro 19. Caracterização dos episódios de internamento associados a Tuberculose*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013).

Tuberculose*																
	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	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Continente	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norte	110	89	85	67	65	51	20	16	25	22	22,7	24,7	8	11	9,41	16,4
Centro	20	21	16	20	12	n.d.	4	n.d.	4	n.d.	20,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
LVT	259	234	188	174	139	133	49	41	71	60	27,4	25,6	43	31	22,87	17,8
Alentejo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	0	0	0,0	0,0	0	n.d.	0	n.d.
Algarve	25	14	18	14	13	14	5	0	7	0	28,0	0,0	0	n.d.	0	n.d.

CID9MC: 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 (2014)

Quadro 20. Caracterização dos episódios de internamento associados a Pneumocistose*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013).

Pneumocistose*																
	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	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Continente	254	224	231	206	n.d.	188	n.d.	18	n.d.	18	n.d.	8,04	n.d.	43	n.d.	20,87
Norte	57	50	48	44	40	38	8	6	9	6	15,8	12,0	8	7	16,67	15,9
Centro	24	26	23	24	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6	5	26,09	20,8
LVT	145	115	135	107	126	99	9	8	10	8	6,9	7,0	25	20	18,52	18,7
Alentejo	8	9	8	9	8	9	0	0	0	0	0,0	0,0	n.d.	5	n.d.	55,6
Algarve	20	24	18	22	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3	6	16,67	27,3

CID9MC: 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: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 21. Caracterização dos episódios de internamento associados a Sarcoma de Kaposi*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013).

Sarcoma de Kaposi*																
	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	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Continente	123	148	88	n.d.	68	n.d.	20	n.d.	35	n.d.	28,46	n.d.	22	21	25	22,34
Norte	31	38	22	26	18	22	4	4	9	12	29,0	31,6	5	5	22,73	19,2
Centro	8	9	7	4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5	n.d.	55,6	3	n.d.	42,86	n.d.
LVT	75	88	52	55	39	39	13	16	23	33	30,7	37,5	12	13	23,08	23,6
Alentejo	0	3	0	n.d.	0	n.d.	0	n.d.	0	n.d.	-	n.d.	0	n.d.	-	n.d.
Algarve	9	10	7	7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3	n.d.	30,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

CID9MC: 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: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 22. Caracterização dos episódios de internamento associados a Doença Não-Hodgkin*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013).

Doença Não-Hodgkin*																
	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	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Continente	n.d.	189	n.d.	94	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	99	95	52,38	50,26	37	n.d.	41,11	n.d.
Norte	23	38	16	17	11	12	5	5	7	21	30,4	55,3	4	6	25	35,3
Centro	11	30	6	10	n.d.	5	n.d.	5	5	20	45,5	66,7	n.d.	4	n.d.	40,0
LVT	146	104	65	55	38	33	27	22	81	49	55,5	47,1	27	29	41,54	52,7
Alentejo	n.d.	3	n.d.	3	n.d.	3	0	0	0	0	0,0	0,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Algarve	8	14	5	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3	4	37,5	28,6	3	4	60	40,0

CID9MC: 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 (2014)

Quadro 23. Caracterização dos episódios de internamento associados a Hepatite C*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013).

Hepatite C*																
	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	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Continente	1.027	884	758	675	590	537	168	138	269	209	26,19	23,64	115	101	15,17	14,96
Norte	341	276	264	218	216	179	48	39	77	58	22,6	21,0	35	34	13,26	15,6
Centro	125	67	81	52	57	44	24	8	44	15	35,2	22,4	11	4	13,58	7,7
LVT	509	490	372	368	282	285	90	83	137	122	26,9	24,9	64	57	17,2	15,5
Alentejo	8	6	8	6	8	6	0	0	0	0	0,0	0,0	0	3	0	50,0
Algarve	44	45	35	33	29	27	6	6	9	12	20,5	26,7	5	3	14,29	9,1

CID9MC: 070.44, 070.51 e 070.54

*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 (2014)

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

5.1. Prevenção Primária

5.1.2. Programa de Distribuição Gratuita de Preservativos

Quadro 24. Preservativos Distribuídos (2009 a 2013).

Preservativos distribuídos (2009 - 2013)		
Ano	Masculinos	Femininos
2009	7.077.891	241.896
2010	5.900.102	146.378
2011	5.438.959	344.761
2012	2.409.911	53.455
2013	3.056.542	111.105

Fonte: Relatórios de Atividades CNSIDA/PN VIH/SIDA (2014)

Quadro 25. Preservativos Distribuídos por Grupo de Entidades (2013).

Preservativos distribuídos (2013)		
Estrutura	Masculinos	Femininos
Estabelecimentos públicos de saúde	646.412	41.360
Estabelecimentos públicos de educação	59.370	3.010
Estabelecimentos prisionais	23.040	0
Outras entidades públicas (ex.: autárquicas)	84.528	7.150
Entidades privadas (ex.: fundações)	18.080	0
Entidades assistenciais (ex.: ONG, IPSS)	1.693.346	58.935
Eventos recreativos e organizações da juventude	9.072	650
Programa "Diz não a uma seringa em 2ª mão"	522.694	0

Fonte: Relatório de Atividades PN VIH/SIDA (2014)

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

Quadro 26. Seringas Distribuídas através do Programa “Diz Não a uma Seringa em 2.ª Mão” (2009 a 2013).

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

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

Quadro 27. Comparação entre os anos de 2010, 2011 e 2012 do Programa Troca de Seringas.

	Nº Seringas Recolhidas				Nº Instituições aderentes		
	N.º Seringas Distribuídas	Farmácias	ONG/OG	Posto Móvel	Farmácias	ONG/OG	N.º Preservativos Distribuídos
2010	2.660.000	886.918	1.163.175	7.404	1.336	45	1.293.336
2011	1.210.000	672.602	928.302	50.047	1.267	43	696.682
2012	1.086.400	494.757	807.959	38.994	1.224	39	543.204

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

Quadro 28. Programa Troca de Seringas ano 2013.

2013	Nº de seringas distribuídas				Nº de instituições aderentes			Nº de preservativos distribuídos
	Cuidados de Saúde Primários (ACES/ULS)	ONG/OG	Posto Móvel	Total	Cuidados de Saúde Primários (ACES/ULS)	ONG/OG	Posto Móvel	
	28.694	899.662	22.296	950.652	49	35	1	522.694

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

Tal como se antevia em 2013, a quebra verificada na distribuição gratuita de preservativos em 2012 foi ultrapassada em 2013, tendo sido distribuídos mais 28.5% que no ano anterior (duplicando-se a distribuição de preservativos femininos).

Em 2013, registou-se a alteração do modelo de funcionamento do Programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”, com a entrada progressiva dos Cuidados de Saúde Primários, como local de troca de seringas, nas regiões e áreas cuja cobertura era assegurada, anteriormente, pelas farmácias. Devido a essa entrada faseada, não deve ser sobrevalorizado o número ainda reduzido de trocas efetuadas nos CSP, número que se prevê mais elevado em 2014. Por outro lado, deve realçar-se o aumento de trocas efetuadas através de estruturas não-governamentais (equipas de rua, posto móvel) o que permitiu que, no final do ano, o volume de seringas trocadas correspondesse já a 87.5% do registado no ano anterior. É de crer que no ano de 2014 este número possa vir a ser ultrapassado.

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 dirige e os objetivos de prevenção da transmissão da infeção.

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

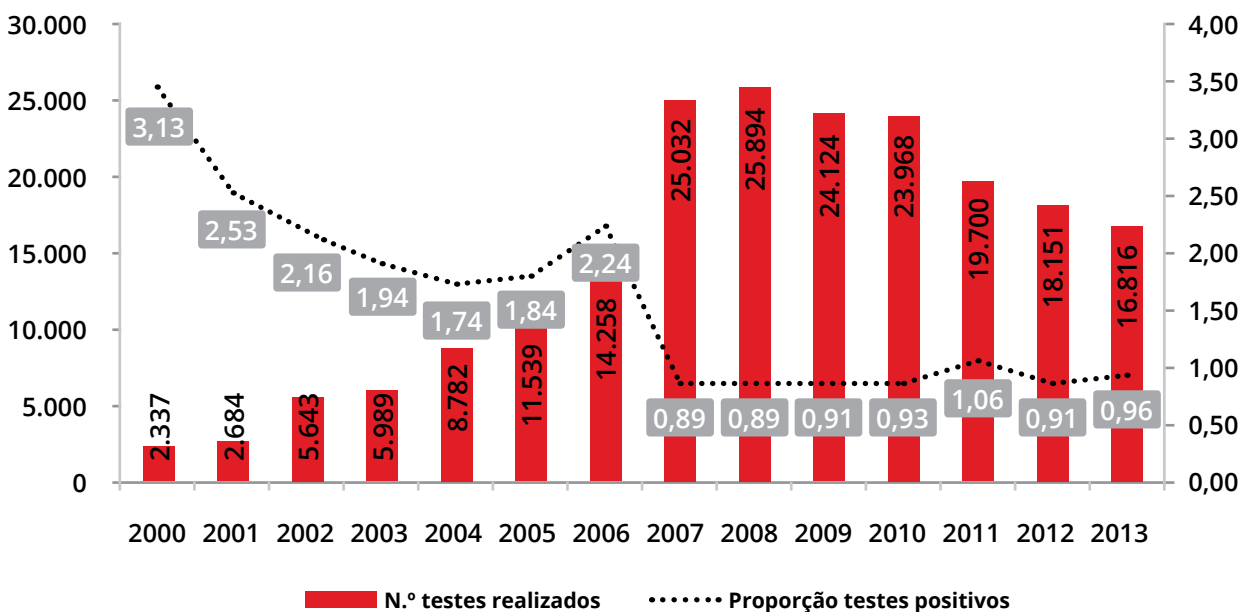
6.1. Diagnóstico precoce - Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH (CAD)

Quadro 29. Evolução do número de Testes Rápidos de Diagnóstico para o VIH (1998 a 2013).

Ano	N.º CAD em funcionamento	N.º Testes realizados	N.º Positivos	Proporção Testes Positivos
1998/1999	2			
2000	3	2.337	80	3,43
2001	4	2.684	68	2,53
2002	12	5.643	122	2,16
2003	16	5.989	116	1,94
2004	17	8.782	153	1,74
2005	19	11.539	212	1,84
2006	20	14.258	319	2,24
2007	18	25.032	223	0,89
2008	18	25.894	230	0,89
2009	18	24.124	219	0,91
2010	18	23.968	222	0,93
2011	18	19.620	207	1,06
2012	17	18.151	165	0,91
2013	17	16.816	161	0,96

Fonte: Relatórios de Atividades CNSIDA/PNSIDA (2014)

Figura 28. Testes realizados e proporção de resultados reativos (nos CAD), em Portugal Continental (2000-2013).



Fonte: Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2014)

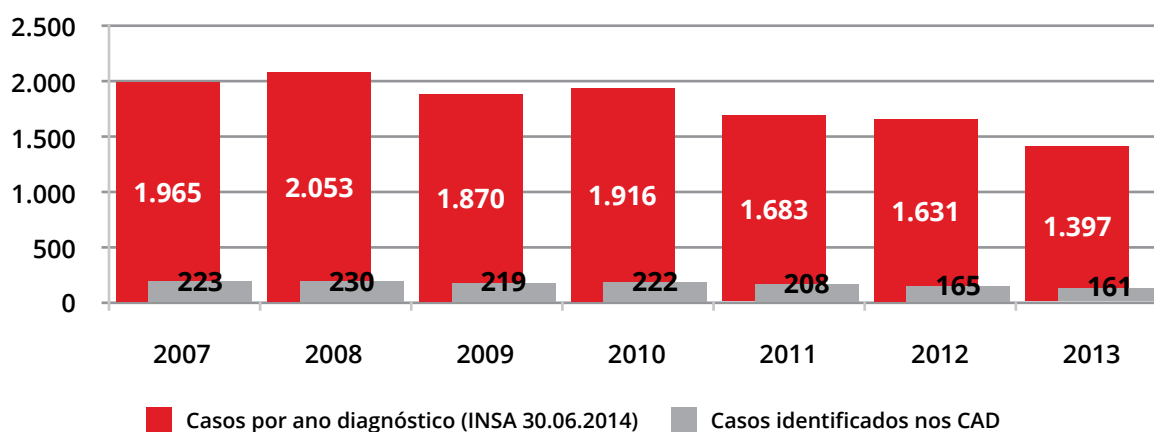
Quadro 30. Total de Casos de infeção por VIH por Ano Diagnóstico e Casos Diagnosticados nos CAD (2009 a 2012).

	N.º casos/ano diagnóstico	N.º casos identificados CAD	%
2007*	2.003	223	11,1
2008*	2.090	230	11,0
2009*	1.901	219	11,5
2010*	1.931	222	11,5
2011*	1.688	208	12,3
2012*	1.640	165	10,1
2013	1.416	161	11,4

*valores retificados de acordo com os novos dados de notificação

Fonte: INSA, dados referidos a 31.08.2014; Indicadores CAD

Figura 29. Total de Casos de infeção por VIH por Ano Diagnóstico e Casos reativos identificados nos CAD, em Portugal continental (2007 a 2013).



Fonte: INSA, dados referidos a 31.08.2014; Indicadores CAD

A tendência decrescente do número de testes realizados nos CAD, a partir de 2008, manteve-se em 2013. Esta diminuição poderá ser justificada pela generalização da promoção do teste ao VIH em diversos contextos designadamente em iniciativas de estruturas comunitárias. Não obstante esta tendência, a proporção de casos reativos identificado manteve-se constante, tal como a proporção de novos casos identificados nos CAD relativamente ao total de novos casos diagnosticados, em cada ano, revelou um padrão constante.

6.2. Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH

O inquérito “Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH”, foi efetuado através de recolha telefónica (CATI – Computer Assisted Telephone Interview), suportado por questionário estruturado, desenvolvido pela Marktest, tendo como base um questionário utilizado na Alemanha, posteriormente analisado e validado, com perguntas abertas e fechadas e com duração média aproximada de 23 minutos.

É dirigido a um universo de indivíduos de ambos os sexos com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos, residentes em Portugal Continental, Açores e Madeira, em lares com telefone de rede fixa.

Em 2012, o universo sofreu uma alteração a nível etário, passando a idade mínima de 18 para 15 anos, por forma a compatibilizar o estudo realizado em Portugal com os dados da ONUSIDA. Esta alteração poderá originar diferenças nos resultados face aos estudos dos anos anteriores.

Quadro 31. Distribuição da Perceção das Vias de Transmissão (2009-2013) (%).

Formas de Contágio do Vírus da SIDA	2009	2010	2012	2013
Sexualmente	84,7	81,5	81,7	78,8
Através do Sangue	49,8	52,7	49,8	47,3
Através de Agulhas/Seringas	15,2	10,9	17,2	17,1
Transfusões Sangue	13,9	13,4	15,8	14,2
Partilha de Seringas	9,1	7,9	9,2	7,5
Através da Saliva	9,6	7	7,3	8,1
Relações Sexuais Desprotegidas	4,9	3,8	7,1	7,8
Feridas	2,8	2,2	4,9	5,9
Objetos Cortantes	1,6	0,7	4,6	2,2
Através de Fluidos	2,6	4,9	3,6	4,6
Mãe para Filho (Gravidez/Parto)	2	1,6	3,5	3,5
Drogas/Toxicodependentes	2	2,2	2,4	2,4

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 32. Concordaria em ter relações sexuais com um novo parceiro sem utilizar preservativo? (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Sim	5,7	5	7,2	7,7
Não	87,7	86,6	88,1	86,8
NS/NR	6,6	8,4	4,7	5,5

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 33. Admite a possibilidade de tomar a iniciativa de sugerir a um novo parceiro utilizar preservativo no início da relação? (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Sim	92,4	89,2	92,9	94,4
Não	4,7	6,2	4,3	3,6
NS/NR	2,9	4,6	2,8	2

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 34. Pensa que seria difícil ou fácil convencer um parceiro a utilizar preservativo no início de uma nova relação? (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Difícil	17,2	15,4	19,1	17,8
Fácil	63,0	56,7	67,4	65,8
NS/NR	19,8	27,9	13,5	16,4

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 35. Frequência com que tem relações sexuais com preservativo (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Sempre	22,5	22,4	19,2	19,7
A maior parte das vezes	11,0	13,5	13,8	11,6
Algumas vezes	21,0	18,3	20,6	20,0
Nunca	42,2	41,6	42,9	43,9
NR	3,3	4,3	3,6	4,8

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 36. Frequência da utilização do preservativo em relações ocasionais (durante as férias) (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Sempre	74,6	84,4	71,4	75,5
Frequentemente	5,6	8,2	9,5	10,4
Ocasionalmente	10,3	3,3	8,7	8,5
Nunca	7,9	4,1	8,7	5,7
NR	1,6	0,0	1,6	-

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 37. Motivos de utilização do preservativo (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Contraceção	75,0	80,8	81,3	78,8
Proteção contra outras doenças	47,2	57,7	57,3	55,2
Proteção contra a SIDA	52,6	57,2	55,4	50,7
NR	0,9	1,7	1,7	1,8

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest(2013)

Quadro 38. Distribuição do conhecimento do exame que permite saber se uma pessoa é portadora do vírus da SIDA (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Tem conhecimento	94,4	94,8	93,9	87,8
Não tem conhecimento	5,5	2,5	5,4	9,9
NR	0,1	2,7	0,7	2,3

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 39. Distribuição do significado de positivo do teste à SIDA (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
A pessoa tem vírus da SIDA	64,7	65,6	66,9	71,8
A pessoa tem SIDA	25,5	22,8	23,7	19,4
A pessoa está imune à SIDA / Vacinada	1,9	0,9	1,7	1,3
NS/NR	7,8	10,7	7,7	7,6

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 40. Realização do Teste à SIDA (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Já realizou	39,0	41,5	43,8	42,9
Não realizou	61,0	57,4	55,5	56,4
NR		1,1	0,7	0,7
NS/NR	7,8	10,7	7,7	7,6

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

Quadro 41. N.º de vezes que fez o teste à SIDA (2009, 2010 e 2012) (%).

	2009	2010	2012	2013
Uma	46,5	38,7	42,2	40,8
Duas	20,9	24,8	25,1	23,5
Três	11,9	11,8	11,2	11,0
Quatro ou Mais	17,6	15,9	18,0	17,2
NR/NS	3,1	8,9	3,4	7,5

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

O inquérito realizado em 2013 não se afasta significativamente do padrão dos inquéritos mais recentes. Importante a percentagem de indivíduos que admite não utilizar preservativo em relações ocasionais (14.2%), embora 94.4% dos respondentes admitam sugerir a sua utilização a um novo parceiro e apenas 17.3% considerem difícil convencer o novo parceiro a utilizá-lo. Dois outros aspetos merecem realce: em 2013, 42.9% dos inquiridos respondeu já ter realizado o teste para despiste da infeção por VIH e 87.8% têm conhecimento da sua existência.

7. MEDICAMENTOS ANTIRRETROVÍRICOS NA INFEÇÃO POR VIH

7.1. Dispensa total

Quadro 42. Dispensa total de medicamentos antirretrovíricos (Número de embalagens e Valor), em Portugal Continental (2011 a 2013) – infeção por VIH.

CFT	DCI	Quantidades CHNM			Valor (Euro)		
		2011	2012	2013	2011	2012	2013
Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa	Abacavir	389.030	420.178	427.320	1.706.149	1.825.476	1.677.467
	Abacavir + Lamivudina	1.205.142	1.474.131	1.697.578	15.971.302	19.483.255	21.372.177
	Abacavir + Lamivudina + Zidovudina	156.973	109.555	86.814	1.524.557	1.061.608	828.745
	Didanosina	157.973	106.087	72.199	870.106	563.117	382.097
	Emtricitabina	33.910	29.096	26.925	228.165	195.412	177.589
	Emtricitabina + Tenofovir	2.850.412	3.078.623	3.320.009	50.744.852	55.302.168	53.289.434
	Estavudina	161.130	96.218	67.366	546.261	329.439	230.180
	Lamivudina	907.650	746.170	679.580	2.748.307	1.404.762	967.510
	Lamivudina + Zidovudina	1.647.568	1.216.426	929.213	8.593.516	4.705.076	2.936.476
	Tenofovir	896.420	929.167	946.917	10.777.326	11.022.447	9.028.960
Zidovudina	841.549	748.665	680.671	1.221.186	740.424	581.357	
Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa	Efavirenz	1.509.151	1.414.060	1.387.025	13.586.927	11.945.351	10.556.360
	Etravirina	384.534	638.680	610.584	1.510.288	2.314.132	3.032.442
	Nevirapina	1.669.651	1.514.829	1.426.883	5.792.725	2.210.347	1.764.951
Análogos não nucleosídeos + análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa (associação)	Efavirenz + Emtricitabina + Tenofovir	1.261.082	1.433.955	1.536.239	33.328.517	38.204.106	36.308.140
Inibidores da protease	Atazanavir	1.457.016	1.425.518	1.414.660	22.172.630	21.316.702	18.155.768
	Darunavir	1.278.724	2.074.161	2.798.600	12.189.032	17.934.617	22.252.813
	Fosamprenavir	212.699	157.120	115.005	1.501.330	1.110.860	689.949
	Indinavir	159.535	102.455	65.991	261.075	167.470	107.006
	Lopinavir + Ritonavir	5.258.224	4.631.407	4.233.491	21.733.556	18.963.827	14.149.514
	Nelfinavir	30.168	19.230	2.539	42.846	27.531	3.609
	Ritonavir	2.878.631	3.168.872	3.476.237	2.897.441	3.152.700	2.900.643
	Saquinavir	867.687	635.215	474.001	3.050.833	2.230.306	1.571.086
Tipranavir	61.068	59.110	53.640	315.034	312.149	263.759	
Inibidores da cadeia da integrase	Raltegravir	893.738	1.259.054	1.565.287	10.550.066	12.800.080	14.017.365
Inibidores de entrada	Enfuvirtida	4.201	3.514	2.227	107.522	91.290	57.893
	Maraviroc	66.818	77.453	84.379	972.686	991.425	1.019.221
Total		27.240.684	27.568.949	28.181.380	224.946.246	230.408.089	218.322.511

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 (2014)

8. 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 31.08.2014). 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 43. 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	18,00	1.824	17,60	1.613	15,60	1.542	14,60	1.093	10,40
Alemanha	2.885	3,50	2.723	3,30	2.702	3,30	2.975	3,60	3.263	4,00
Áustria	308	3,7	321	3,8	314	3,7	320	3,8	260	3,1
Bélgica	1.132	10,50	1.199	11,10	1.183	10,80	1.229	11,10	1.115	10,00
Bulgária	171	2,30	163	2,20	201	2,70	157	2,10	200	2,70
Chipre	38	4,80	41	5,00	54	6,40	58	6,70	54	6,20
Dinamarca	236	4,30	275	5,00	266	4,80	201	3,60	233	4,20
Eslováquia	53	1,00	28	0,50	49	0,90	50	0,90	83	1,50
Eslovénia	48	2,40	35	1,70	55	2,70	45	2,20	44	2,10
Espanha	3.430	10,50	3.666	11,20	3.390	10,30	3.611	9,50	3.278	7,00
Estónia	411	30,80	376	28,20	366	27,50	315	23,80	325	24,60
Finlândia	172	3,20	184	3,40	172	3,20	156	2,90	157	2,90
França	5.450	8,50	5.538	8,60	5.414	8,30	5.660	8,70	4.002	6,10
Grécia	600	5,40	634	5,70	946	8,50	1.133	10,20	807	7,30
Holanda	1.195	7,20	1.187	7,20	1.129	6,80	1.036	6,20	949	5,70
Hungria	140	1,40	182	1,80	162	1,70	219	2,20	240	2,40
Irlanda	395	8,70	330	7,30	327	7,20	351	7,70	332	7,20
Itália	3.797	6,60	3.980	6,70	3.838	6,50	4.098	6,90	3.608	6,00
Letónia	275	12,70	274	12,90	299	14,40	339	16,60	340	16,80
Lituânia	180	5,70	153	4,90	166	5,40	160	5,30	177	6,00
Luxemburgo	57	11,60	52	10,40	52	10,20	58	11,10	53	9,90
Malta	19	4,60	18	4,30	21	5,10	30	7,20	36	8,50
Polónia	956	2,50	956	2,50	1.115	2,90	1.095	2,80	1.089	2,80
Reino Unido	6.630	10,80	6.329	10,20	6.165	9,90	6.238	9,80	5.994	9,40
Rep. Checa	156	1,50	180	1,70	153	1,50	212	2,00	235	2,20
Roménia	253	1,30	274	1,40	427	2,10	489	2,40	507	2,50
Suécia	431	4,70	457	4,90	391	4,20	381	4,00	354	3,70

Fonte: ECDC, HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013

Quadro 44. 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 2012

PARTE II – TUBERCULOSE

A tuberculose tem vindo a diminuir no país, aproximando-se do limite definido como de baixa incidência. A sua concentração nos grandes centros urbanos, a sua associação a dificuldades sociais e a diferentes comorbilidades torna-a mais difícil de abordar, necessitando de uma ação conjunta que atue ao nível social e médico.

A abordagem da tuberculose deve ser sempre dirigida em benefício individual do doente (diagnóstico célere, tratamento adequado evitando a emergência de resistências e reduzindo risco de mortalidade) e em benefício coletivo (redução do risco de transmissão, identificação da população de maior risco de exposição com vista a prevenir novos casos no futuro).

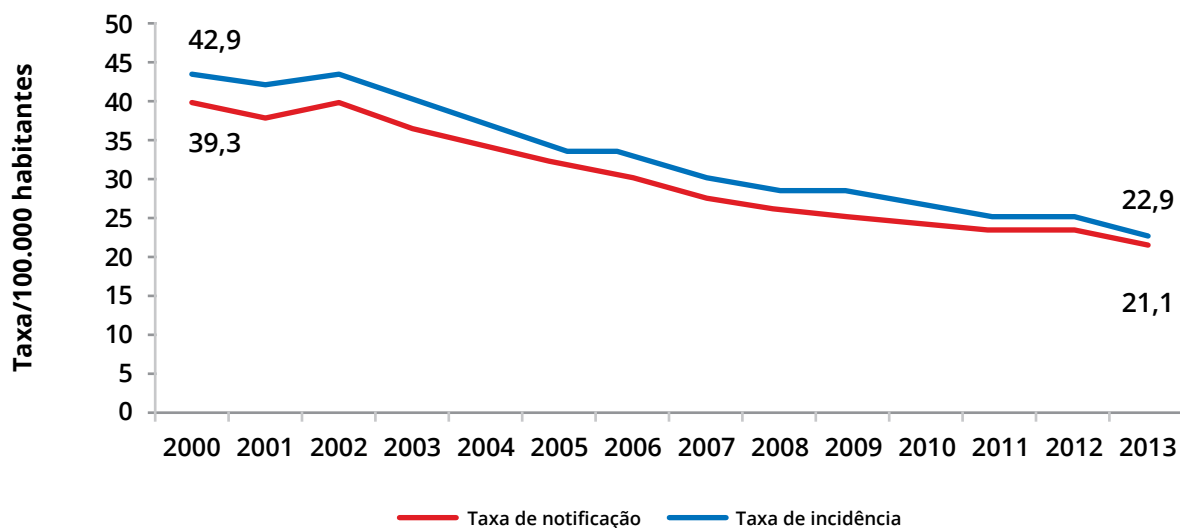
A tuberculose está a diminuir, mas a sua persistência e o facto de estar associada a grupos mais vulneráveis, impõe que nos mantenhamos atentos e que se mantenham asseguradas as estruturas de apoio à luta contra a tuberculose. Nessas estruturas deverão manter-se recursos humanos devidamente treinados em tuberculose.

9. CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS CASOS REPORTADOS

9.1. Distribuição geográfica

Em 2013 foram notificados 2393 casos de tuberculose, dos quais 2195 eram casos novos, correspondendo a uma taxa de notificação de 22,9/100.000 habitantes e a uma taxa de incidência de 21,1/100.000 habitantes (população residente em 2013 de 10427301, de acordo com os dados do INE). Em 2012 tinham sido notificados (dados definitivos) 2605 casos, dos quais 2405 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 24,7/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 22,9/100.000 habitantes (população residente em 2012 de 10487289, de acordo com os dados do INE). Foi observada assim uma redução de cerca de 7% da taxa de notificação e de incidência entre 2013 e 2012, apesar da redução da população residente (Figura 30).

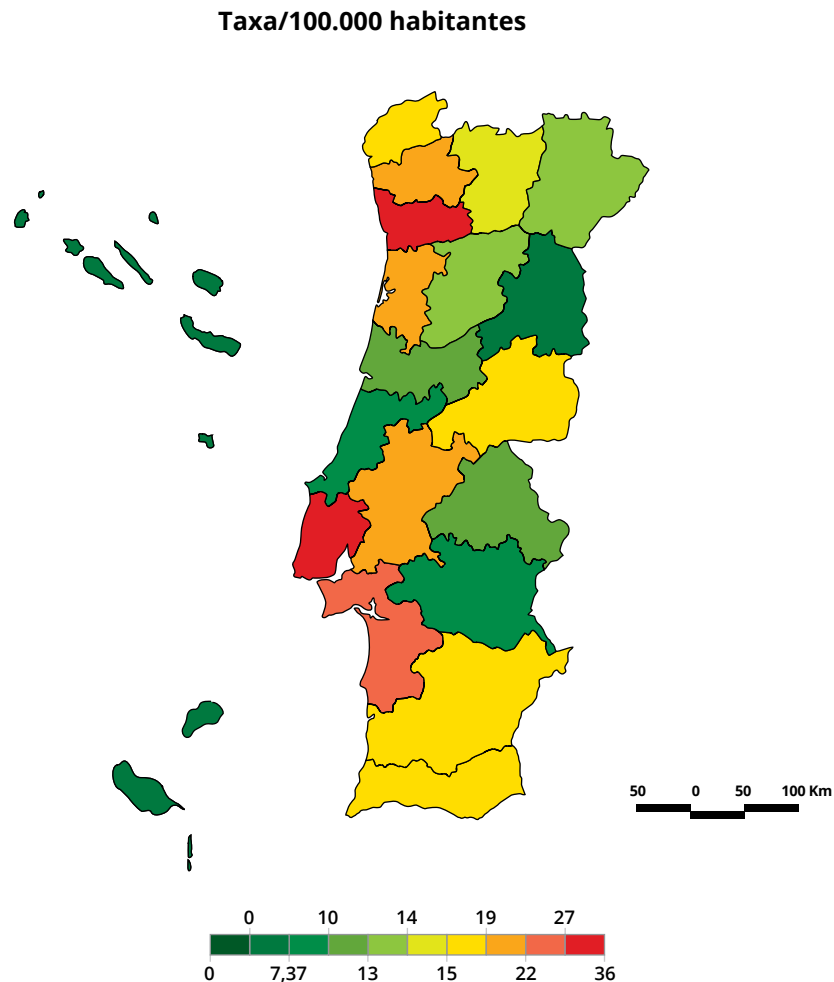
Figura 30. Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose em Portugal, 2000-2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

Ao longo dos últimos anos tem vindo a assistir-se ao desaparecimento das regiões de alta incidência (≥ 50 casos/100 000 habitantes). Atualmente, não existe nenhum distrito com alta incidência de tuberculose (Figura 30). Contudo, os distritos do Porto, Lisboa e Setúbal apresentam ainda, uma incidência intermédia de tuberculose (>20 casos/100.000 e <50 casos/100.000 habitantes).

Figura 31. Taxa de Incidência de TB por 100 mil pessoas, por distrito, 2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

Tal como em 2012, a maior proporção de casos de doença (89,7%) foi detetado por rastreio passivo, sendo o rastreio de contactos responsável pela deteção de 4,5% dos casos.

9.2. Retratamentos

Os retratamentos podem representar tratamentos anteriores ineficazes ou reinfeções. Em 2013, os retratamentos corresponderam a 8,3% dos casos notificados (198 dos 2393 casos notificados) (Quadro 45). Os doentes com retratamento tiveram idade média de 50 anos, foram sobretudo homens (70,7% eram indivíduos do sexo masculino) e na sua maioria nascidos em Portugal (15,7% ocorreram em indivíduos oriundos de outros países). Cerca de 67% dos casos de retratamento (132 casos) corresponderam a indivíduos com tratamento anterior classificado como completo, não se podendo excluir situações de reinfeção. Nas outras situações o retratamento esteve associado a um tratamento anterior irregular, interrompido ou ineficaz.

Quadro 45. Caracterização dos retratamentos de TB notificados em 2013 (SVIG-TB).

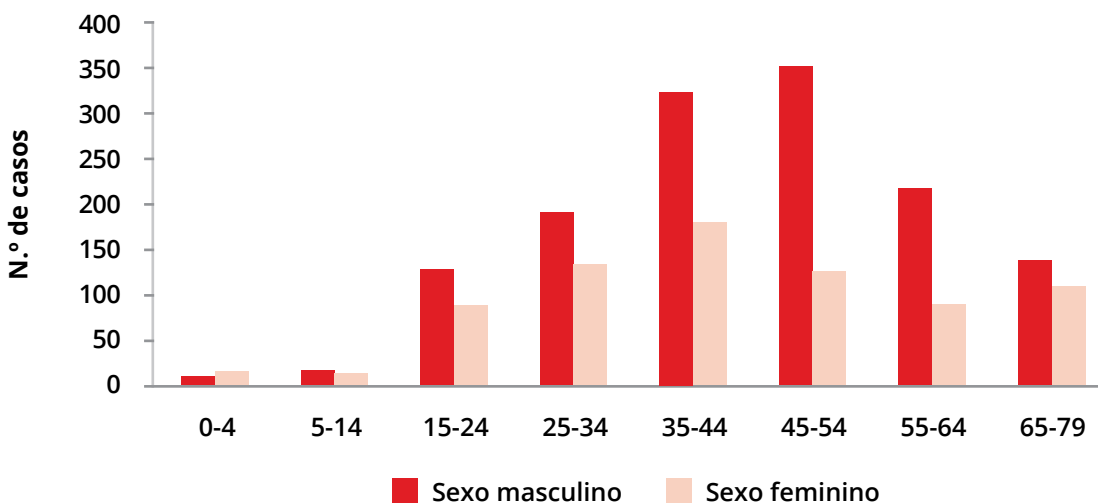
Característica	Distribuição
Idade média (anos)	49,6
Distribuição por sexo	
Feminino	58 (30,3%)
Masculino	140 (70,7%)
Distribuição por país de origem	
Portugal	167 (84,3%)
Estrangeiro	31 (15,7%)
Resultado de tratamento anterior	
Tratamento completado	132 (66,7%)
Interrompido/insucesso	66 (33,3%)

Fonte: SVIG-TB (2014)

9.3. Características demográficas dos casos

A distribuição por sexo mostra que 64% dos casos de TB são do sexo masculino (Figura 32). A idade média dos doentes é de 48 anos, sendo o grupo etário dos 35 aos 44 anos o mais representado (21% dos doentes).

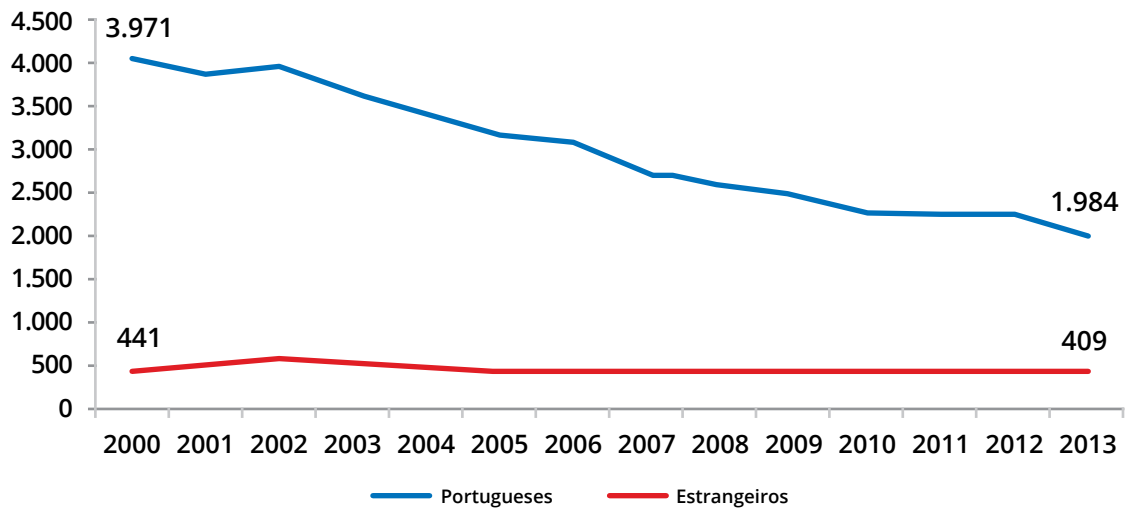
Figura 32. Casos de tuberculose notificados, distribuição por grupo etário e sexo, 2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

Na análise por país de nascimento, verificamos que apesar do número total de casos de tuberculose em pessoas nascidas fora de Portugal não ter aumentado nos últimos anos, a sua frequência relativa tem aumentado, fruto da diminuição do número de casos entre a população nativa. Em 2013, 17% dos casos de tuberculose ocorreu em doentes nascidos fora do país (Figura 33). Na sua grande maioria (82,7% dos casos) ocorreram após a permanência em Portugal por um período superior a 2 anos.

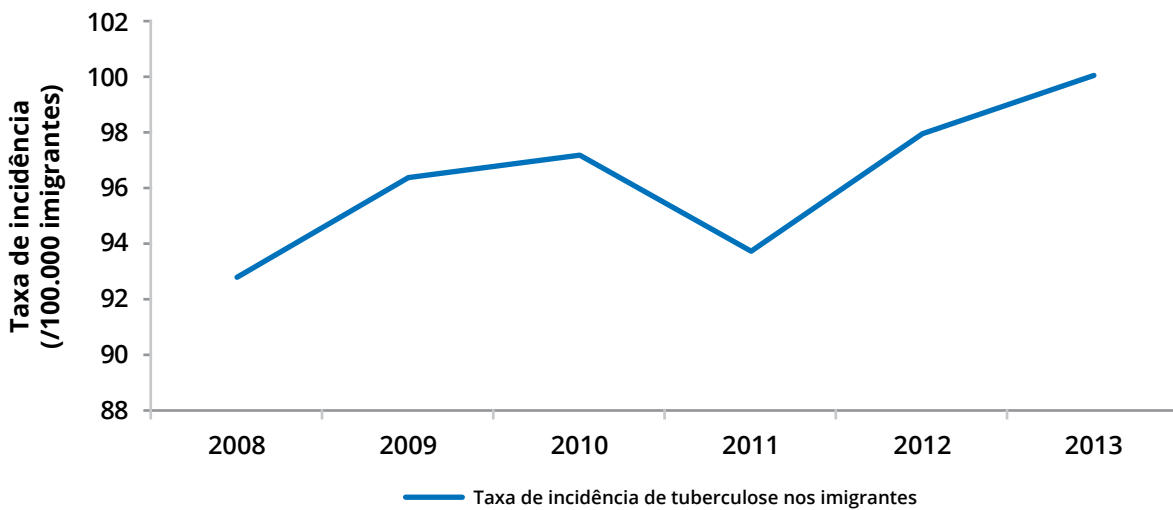
Figura 33. Distribuição dos casos de tuberculose notificados, por país de origem, 2000- 2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

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 2013 - 100,2/100.000 habitantes (4,7 vezes superior à incidência nacional), com um registo de aumento progressivo nos últimos anos (Figura 34).

Figura 34. Evolução da taxa de incidência de tuberculose em imigrantes (/100.000), 2008 – 2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

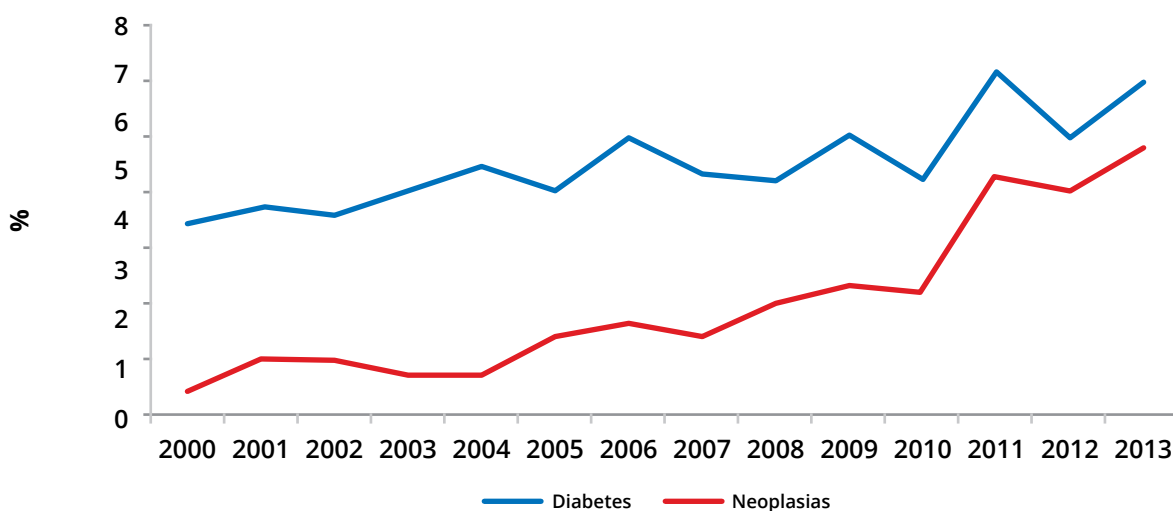
9.4. Outros fatores de risco

9.4.1. Comorbilidades

Cerca de 38% dos doentes com tuberculose tinham comorbilidades reconhecidas como de risco para tuberculose, sendo a mais significativa a infeção por vírus de imunodeficiência humana (14,5%). A diabetes (6,8%), a neoplasia de qualquer órgão (5,5%) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (4,4%) foram as outras comorbilidades mais frequentes nos doentes diagnosticados com tuberculose em 2013.

A proporção de doentes com tuberculose e doença oncológica ou com diabetes tem aumentado nos últimos anos (Figura 35), o mesmo sucedendo, aliás, em relação à patologia inflamatória articular.

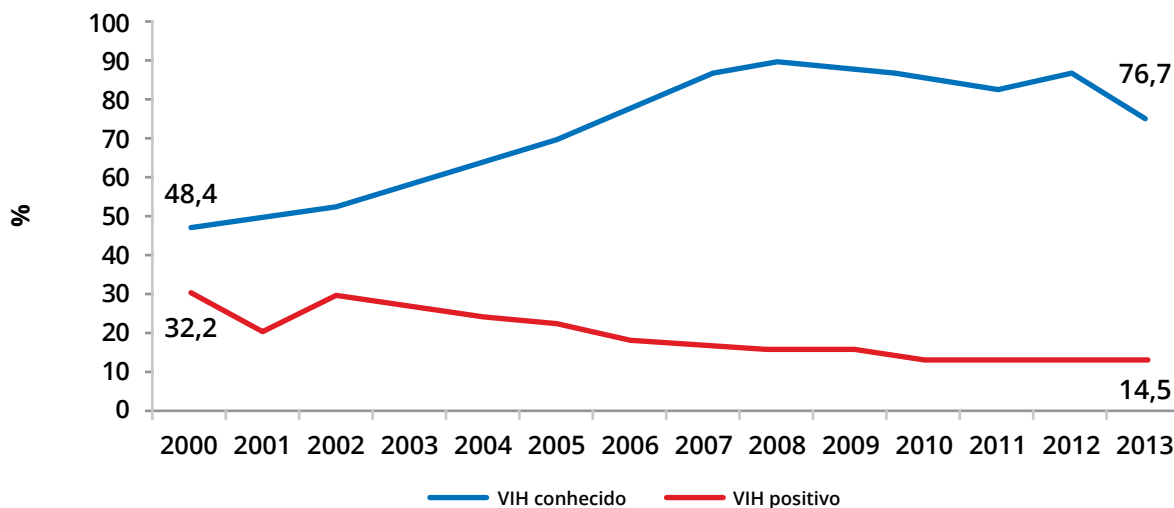
Figura 35. Evolução da proporção de diabetes e doença neoplásica em doentes com TB, 2000-2013.



Fonte: SVIG-TB (2014)

O estado relativamente à infeção por VIH não é ainda conhecido na totalidade dos doentes com tuberculose. Em 2013, era conhecido em 76,67% dos doentes com tuberculose (Figura 36). Nos últimos anos tem-se notado uma redução na avaliação do estado serológico relativamente à infeção por VIH nos doentes com tuberculose.

Figura 36. Evolução da proporção do estado VIH em doentes com TB, 2000-2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

9.4.2. Fatores de risco sociais

Cerca de 30% dos doentes com tuberculose apresentam fatores de risco sociais, entre os quais o consumo de álcool e o consumo de drogas ilícitas (endovenosas e/ou inaladas) são os mais representados.

Em 2013, 62 casos de tuberculose ocorreram em população reclusa. Apesar de não representar um peso muito grande no total de casos de tuberculose a nível nacional (2,6% 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 2013 foi de 434/100.000 reclusos (para um total de reclusos de 14284 a 31 de Dezembro de 2013, de acordo com os dados disponíveis pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais), representando um decréscimo de 15,6% relativamente aos dados de 2012.

10. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E BACTERIOLÓGICA DOS CASOS

10.1. Manifestação clínica de doença

A principal localização da tuberculose foi pulmonar (70,5%). Dos 1686 doentes com atingimento pulmonar da doença, 168 (10%) tiveram também atingimento extrapulmonar. As formas extrapulmonares mais frequentes foram a pleural e linfática extratorácica (Quadro 46).

Quadro 46. Proporção das apresentações de TB exclusivamente extra-pulmonares, 2013 (SVIG-TB).

	Genito-urinária	Linfática extratorácica	Pleural	Disseminada	SNC
N.º absoluto	43	169	178	31	13
Proporção (%)	6,10%	23,90%	25,20%	4,90%	1,90%

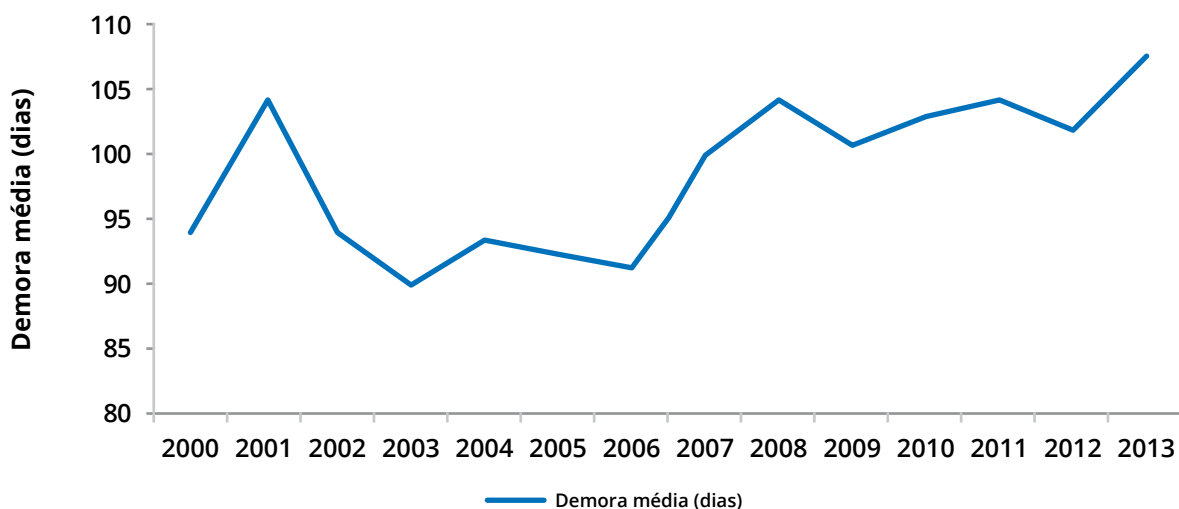
Fonte: SVIG-TB (2014)

A proporção de formas extrapulmonares foi maior nas crianças até aos 14 anos de idade, com os casos de TB extrapulmonar a representarem 51% da totalidade dos casos reportados neste escalão etário.

10.2. Confirmação Laboratorial

A demora média entre o início de sintomas e o diagnóstico de tuberculose tem vindo a aumentar ao longo do tempo, apesar dos métodos diagnósticos serem cada vez mais rápidos (Figura 37), 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.

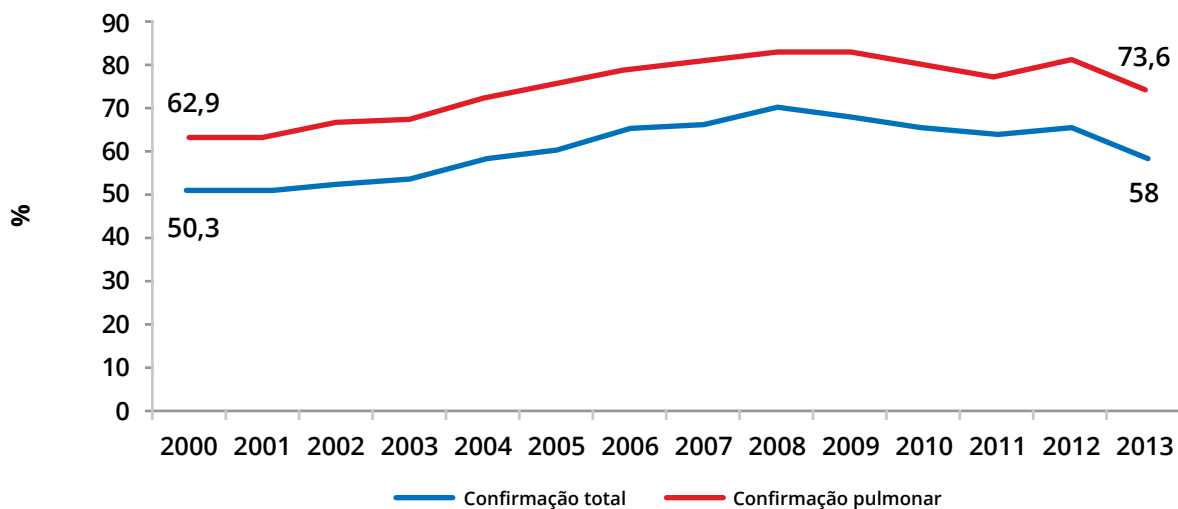
Figura 37. Demora média entre o início de sintomas e o diagnóstico, 2000-2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

Apenas 1389 casos de tuberculose (58%) foram confirmados por estudo cultural (Figura 38) o que significa que uma importante proporção de casos iniciou tratamento com base em critérios clínico-radiológicos. A proporção de confirmação foi maior quando se analisaram apenas os casos de tuberculose pulmonar - 73,6% dos casos foram confirmados. A confirmação dos casos de tuberculose tem vindo a diminuir nos últimos anos.

Figura 38. Confirmação dos casos de tuberculose (total e pulmonar), 2000-2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

Analisou-se o sucesso terapêutico dos casos com tuberculose confirmada e tratamento terminado. Dos 1114 casos com tuberculose confirmada e tratamento terminado, 931 completaram o tratamento com sucesso (taxa de sucesso: 83,6%), 32 interromperam o tratamento (2,9%) e 113 faleceram no decorrer do tratamento para tuberculose (10,1%).

10.3. Resistência aos fármacos antibacilares

Dos 1389 casos com confirmação cultural, 1037 (74,7%) apresentavam resultados de teste de suscetibilidade aos antibacilares de 1ª linha. Ocorreu resistência à isoniazida em 7% dos casos de tuberculose com teste de suscetibilidade conhecido (Quadro 47).

Quadro 47. Proporção de resistência aos antibacilares de 1ª linha, entre os que têm cultura positiva e TSA conhecido, 2013 (SVIG-TB).

Fármaco	Isoniazida	Rifampicina	Etambutol	Estreptomicina	Isoniazida+Rifampicina
Resistência	73 (7%)	17 (1,6%)	19 (1,8%)	100 (9,6%)	17 (1,6%)

Fonte: SVIG-TB (2014)

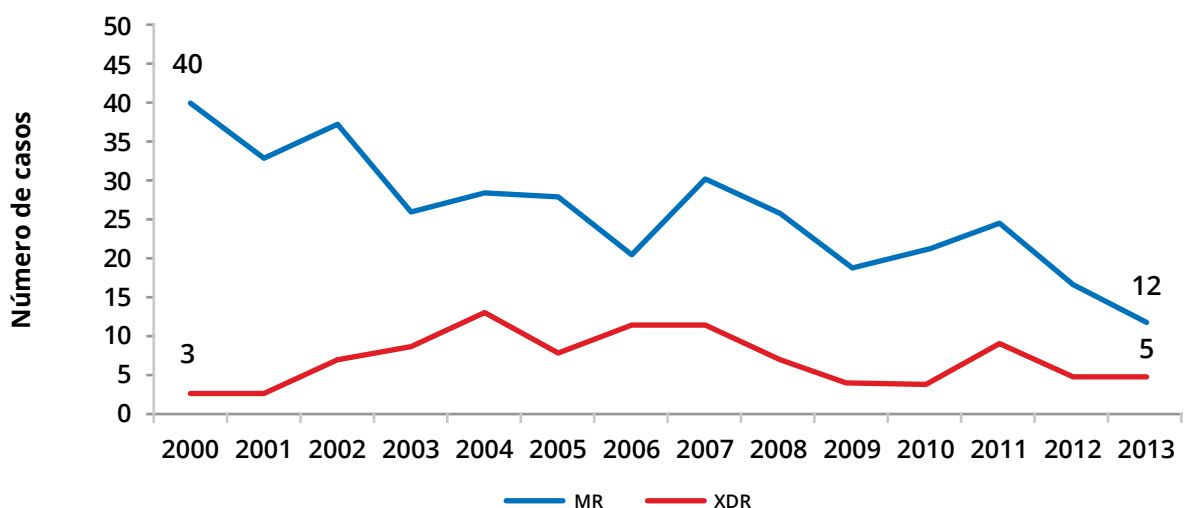
Em 2013 ocorreram 17 casos de tuberculose multirresistente (TBMR), representando 1,6% dos casos testados e 0,7% do total de casos de tuberculose notificados. De entre os 17 casos multirresistentes, 5 casos eram extremamente resistentes (resistência à isoniazida, rifampicina, uma quinolona e a um injetável de 2ª linha) (Figura 38), representando 29% do total de casos multirresistentes (Quadro 48).

Quadro 48. Número de casos com tuberculose multirresistente (MR) e extremamente resistente (XDR), 2013 (SVIG-TB).

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

Fonte: SVIG-TB (2014)

Figura 39. Distribuição da tuberculose multirresistente (MR) e extremamente resistente (XDR), 2000-2013 (SVIG-TB).

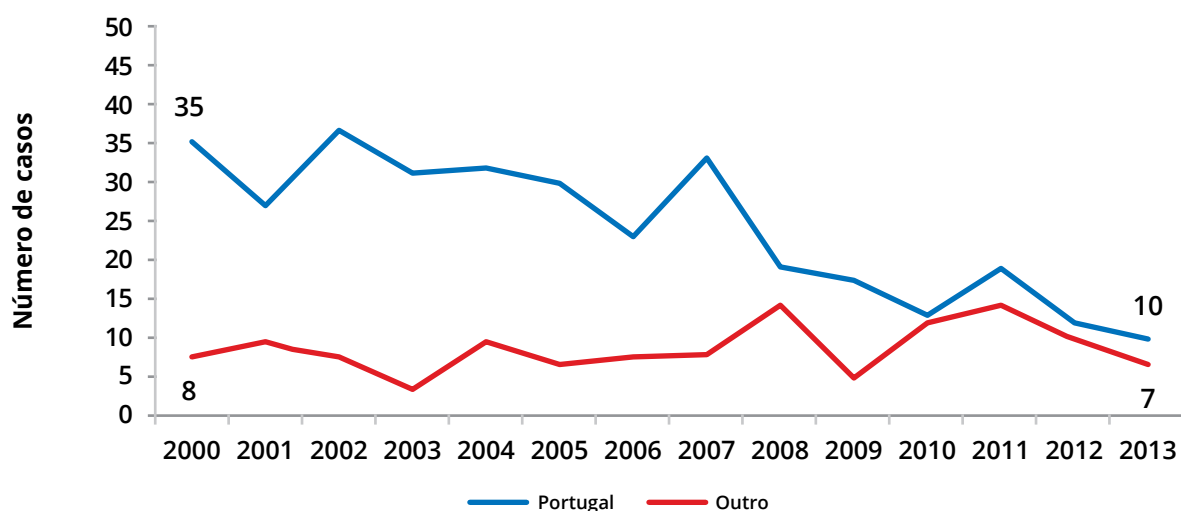


Fonte: SVIG-TB (2014)

Em 2013, só foram notificados casos de tuberculose multirresistente na região Norte (4 casos) e na região de Lisboa e Vale do Tejo (13 casos).

Cerca de 60% dos casos de tuberculose multirresistente (10) eram nascidos em Portugal (Figura 40). Dos restantes casos, nascidos fora de Portugal (7 casos), 6 eram oriundos de países da Europa de Leste e um era oriundo de um país africano.

Figura 40. Distribuição da multirresistência, por país de origem, 2000 – 2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

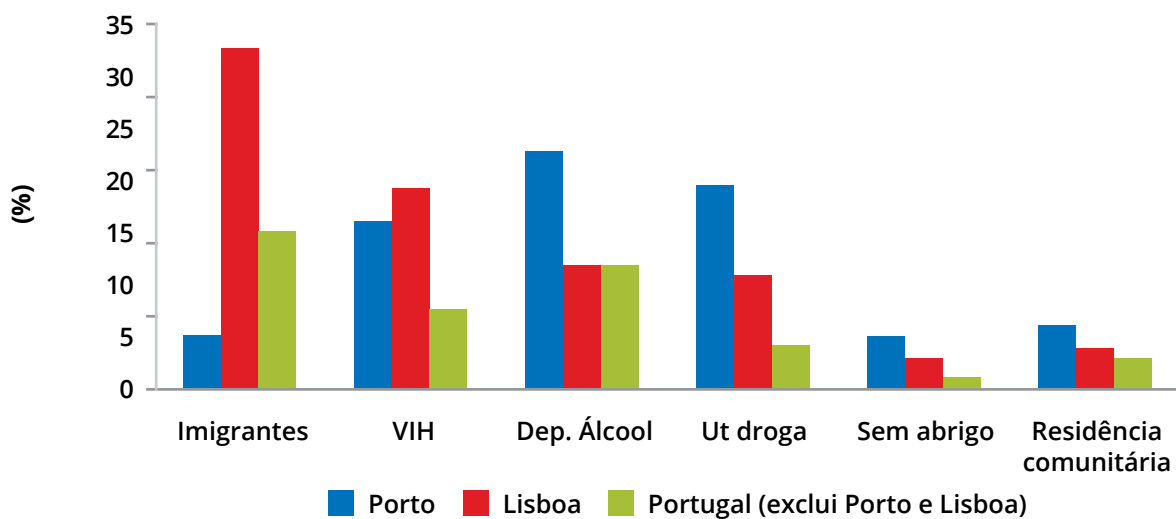
O sucesso terapêutico dos casos de tuberculose multirresistente é analisado ao fim de 2 anos, uma vez que o curso terapêutico é significativamente mais demorado do que as formas suscetíveis da doença. Assim, conseguimos agora analisar o sucesso terapêutico da coorte de doentes multirresistentes diagnosticados em 2011. Em 2011, 24 dos 35 casos de tuberculose multirresistente notificada (68,6%) completou com sucesso o tratamento.

11. OS GRANDES CENTROS URBANOS: PORTO E LISBOA

Porto e Lisboa são as cidades com maior incidência de tuberculose do país. Em 2013, ocorreram 257 casos de tuberculose na cidade de Lisboa (taxa de incidência de 49,4/100.000 habitantes) e 119 casos na cidade do Porto (taxa de incidência de 52,9/100.000 habitantes).

Analisando os fatores de risco tradicionalmente associados a tuberculose, verificamos que são distintos entre as duas cidades (Figura 41).

Figura 41. Fatores de risco mais frequentes no Porto/Lisboa/no restante país, 2013 (SVIG-TB).



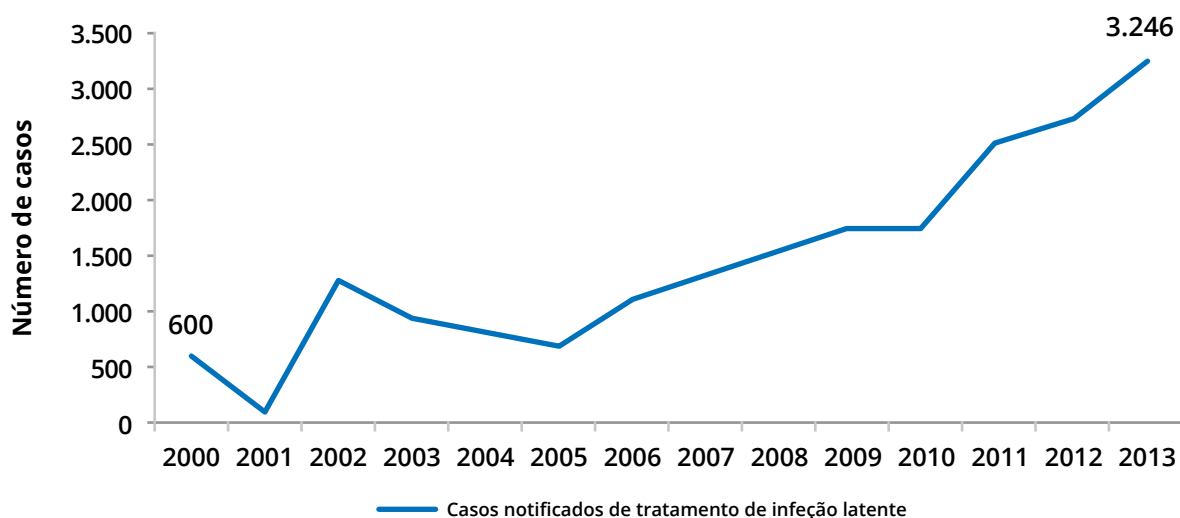
Fonte: SVIG-TB (2014)

12. 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. Conseguimos, porém, analisar o número de pessoas que iniciaram tratamento de infeção latente e é evidente, ao longo dos anos, o aumento do número de pessoas que fazem tratamento preventivo para a tuberculose (Figura 41).

Figura 42. Distribuição do número de casos notificados de tratamento de infeção latente, 2000 – 2013 (SVIG-TB).



Fonte: SVIG-TB (2014)

13. NOTAS FINAIS

1. A entrada em vigor do novo sistema informático SI.VIDA constituiu um avanço qualitativo relevante no conhecimento da epidemia por VIH em Portugal, permitindo-nos uma visão mais precisa da sua evolução e da situação atual.
2. Em 2013 verificou-se um decréscimo mais acentuado do número de novos casos de infeção por VIH, do número de novos casos de SIDA e do número de óbitos associados à infeção por VIH. A transmissão mãe-filho da infeção por VIH ocorreu apenas em dois casos dos 197 recém-nascidos de mães infetadas por VIH.
3. Estes dados não nos devem fazer esquecer que os valores apresentados ainda se mantêm significativamente acima dos dados reportados pela grande maioria dos outros países da Europa ocidental.
4. O registo dos novos casos de infeção manteve uma distribuição geográfica desigual: a região de Lisboa (Grande Lisboa e Península de Setúbal) concentrou mais de 55% do total de casos notificados e o concelho de Lisboa apresentou uma taxa de incidência de novos casos de infeção por VIH mais de 3 vezes superior à média nacional (13,6/100.000 habitantes).
5. Grandes centros urbanos apresentaram as taxas de incidência de novos casos mais elevadas: Lisboa, Porto, Loures, Amadora, Setúbal, Sintra, Oeiras, Faro.
6. Em 2013 continuou a verificar-se a tendência de aumento da frequência de novos casos notificados na população acima de 49 anos.
7. Os dados nacionais continuaram a apontar para o impacto significativo das populações migrantes no conjunto da infeção por VIH em Portugal e para uma distribuição cada vez mais circunscrita regionalmente (Lisboa e, em segundo plano, Setúbal e Faro).
8. A transmissão da infeção através de relações sexuais correspondeu a mais de 90% do total de casos notificados em 2013. Ao invés, a transmissão em utilizadores de drogas injetáveis acentuou a tendência de decréscimo anterior, tendo sido inferior a 7% do total de casos notificados.
9. Em 2013 e relativamente a 2012, o número de internamentos associados à infeção por VIH, o número de dias de internamento e o número de óbitos hospitalares mantiveram a tendência de decréscimo, verificada nos 3 anos anteriores (-9.7%, -10.1%, -7.2%, respetivamente).
10. Em 2013, todos os programas de prevenção primária e de diagnóstico precoce mantiveram a sua atividade. De salientar: a) o decréscimo do número de seringas trocadas, parcialmente explicado pela integração faseada dos CSP neste programa; b) o acréscimo no número de preservativos distribuídos gratuitamente; c) A tendência de decréscimo do número de testes realizados nos CAD, a qual deve ser enquadrada no reforço da realização do diagnóstico precoce noutras estruturas, nomeadamente da comunidade. Contudo, a proporção de casos reativos manteve-se próxima de 1% e mais de 11% dos novos casos foram identificados nestes centros.
11. Em 2013, foram notificados 2195 novos casos de tuberculose, representando uma taxa de incidência de 21,1/100.000 habitantes. Observou-se, assim, uma redução de cerca de 7% da taxa de incidência, relativamente 2012. Porto e Lisboa continuam a ser as cidades com maior incidência de tuberculose do país.
12. O tempo entre o início de sintomas e o diagnóstico tem vindo a aumentar ao longo dos anos, apesar de uma maior rapidez dos métodos diagnósticos.
13. Em 2013, 17% dos casos de tuberculose ocorreram em doentes nascidos fora do país. Na sua grande maioria (82,7% dos casos) ocorreram após a permanência em Portugal por um período superior a 2 anos.

- 14.** Cerca de 38% dos doentes com tuberculose tinham comorbilidades reconhecidas como de risco para tuberculose, sendo a mais significativa a infeção por vírus de imunodeficiência humana (14,5%). A proporção de doentes com tuberculose e doença oncológica, com diabetes ou patologia inflamatória articular têm aumentado nos últimos anos.
- 15.** Cerca de 30% dos doentes com tuberculose apresentou fatores de risco sociais entre os quais o consumo de álcool e o consumo de drogas ilícitas (endovenosas e/ou inaladas) são os mais representados.
- 16.** A taxa de incidência de tuberculose na população reclusa em 2013 foi de 434/100.000 reclusos, representando um decréscimo relativamente aos dados de 2012.
- 17.** Dos 1114 casos com tuberculose confirmada e tratamento terminado, 931 tiveram sucesso terapêutico (taxa de sucesso de 83,6%), 32 interromperam o tratamento (2,9%) e 113 faleceram no decorrer do tratamento para tuberculose (10,1%).
- 18.** Em 2013 ocorreram 17 casos de tuberculose multirresistente (TBMR), representando 1,6% dos casos testados e 0,7% do total de casos de tuberculose notificados. De entre os 17 casos multirresistentes, 5 casos eram extremamente resistentes. Em 2013, só foram notificados casos de tuberculose multirresistente na região Norte (4 casos) e na região de Lisboa e Vale do Tejo (13 casos). Cerca de 60% dos casos de tuberculose multirresistente (10) eram nascidos em Portugal.

14. RECOMENDAÇÕES

1. Alargar o âmbito do sistema SI.VIDA e otimizar a sua implementação, como instrumento de monitorização epidemiológica, clínica e de contratualização.
2. Reforçar a estratégia de promoção da utilização do preservativo, adaptada aos vários contextos epidemiológicos.
3. Reforçar a implementação do Programa “Diz não a uma seringa em 2.ª mão” nos Cuidados de Saúde Primários e envolver o maior número de parceiros na sua implementação.
4. Reforçar as estratégias de implementação de diagnóstico precoce da infeção por VIH, com destaque para as populações mais vulneráveis e, através dos Cuidados de Saúde Primários, para a sua generalização à população.
5. Assegurar a equidade no acesso e a qualidade do tratamento da infeção por VIH, como instrumento essencial para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH, diminuir a transmissão da infeção na comunidade e contribuir para a sustentabilidade do SNS.
6. Definir uma estratégia de atuação nos grandes centros urbanos, envolvendo diferentes parceiros, nomeadamente estruturas de saúde, autárquicas e da comunidade, dirigidas ao controlo da infeção por VIH e da tuberculose e implicando:
 - A caracterização adequada dos problemas em cada um dos centros urbanos;
 - A criação de rede multidisciplinar que vise aliar os serviços sociais e clínicos e responda aos problemas identificados.
7. Identificar e corrigir as barreiras ao diagnóstico célere da tuberculose.
8. Definir protocolos de abordagem das comorbilidades mais frequentemente associadas à tuberculose.
9. Definir protocolos que visem o rastreio e deteção precoce de casos de tuberculose nos grupos de maior risco.
10. Assegurar a melhoria da confirmação dos casos e a cobertura de testes de suscetibilidade.
11. Definir o modelo de rede de referência nacional da Tuberculose.

15. NOTAS METODOLÓGICAS

15.1. 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 respetivos 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 para a Infecção VIH/SIDA	
Tuberculose	A15-A19, B90
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20-B24

Causas de morte	Código (CID 10)
Programa Nacional para as 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
Programa Nacional para a Diabetes	
Diabetes	E10-E14
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68
Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares	
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Programa Nacional para as Doenças Respiratórias	
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Programa Nacional para a 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 para a Saúde Mental	
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I426, K70, K85-K860, X45

15.2. 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 Homogéneos (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) = $\sum i = \sum DS D_i$, onde D_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:

Demora Média (DM) = 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

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

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

¹ Média do tempo de internamento

Número de segundos internamentos no ano (Segundos Int.)

= Ep.Int – Indivíduos 1 Int. – Indivíduos >1 Int.

Percentagem de segundos internamentos (Segundos Int.)

= (Ep.Int – Indivíduos 1 Int. – Indivíduos >1 Int.)/(EP.Int.)*100%

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 respetivos códigos CID9MC .

Doenças associadas à Infecção 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
Hipertensão pulmonar	416.0, 416.8 e 416.9

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

15.3. 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.

16. ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por data de diagnóstico, por género e relação feminino/masculino, em Portugal (1983 a 2013)	11
Quadro 2. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por grupo etário (número de casos e percentagem) e por sexo, em Portugal (1983 a 2013)	12
Quadro 3. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por estágio inicial, em Portugal (1983 a 2013).	14
Quadro 4. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (1983 a 2013).	16
Quadro 5. Distribuição por ano e região dos RN filhos de mães portadoras de infeção por VIH	25
Quadro 6. Casos e taxa de transmissão mãe-filho de infeção por VIH (2007-2013)	26
Quadro 7. Peso da mortalidade por doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH] no total das causas de morte, Portugal Continental e Ilhas, (2008-2013).	28
Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH], em Portugal Continental (2008 a 2012)	28
Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH], por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)	29
Quadro 10. 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 (2012)	30
Quadro 11. Caracterização global da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, Portugal Continental (2009 a 2013)	32
Quadro 12. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Portugal Continental (2009 a 2013)	32
Quadro 13. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Tuberculose*, Portugal Continental (2009 a 2013)	34
Quadro 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Pneumocistose*, Portugal Continental (2009 a 2013)	35
Quadro 15. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Sarcoma de Kaposi*, Portugal Continental (2009 a 2013)	36
Quadro 16. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Doença Não-Hodgkin*, Portugal Continental (2009 a 2013)	37
Quadro 17. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Hepatite C*, Portugal Continental (2009 a 2013)	38
Quadro 18. Caracterização dos episódios de internamento associados a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013).	39
Quadro 19. Caracterização dos episódios de internamento associados a Tuberculose*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013)	39
Quadro 20. Caracterização dos episódios de internamento associados a Pneumocistose*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013)	40
Quadro 21. Caracterização dos episódios de internamento associados a Sarcoma de Kaposi*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013)	40
Quadro 22. Caracterização dos episódios de internamento associados a Doença Não-Hodgkin*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013)	41
Quadro 23. Caracterização dos episódios de internamento associados a Hepatite C*, Portugal Continental e ARS (2012 e 2013)	41
Quadro 24. Preservativos Distribuídos (2009 a 2013)	42

Quadro 25. Preservativos Distribuídos por Grupo de Entidades (2013)	42
Quadro 26. Seringas Distribuídas através do Programa “Diz Não a uma Seringa em 2.ª Mão” (2009 a 2013)	43
Quadro 27. Comparação entre os anos de 2010, 2011 e 2012 do Programa Troca de Seringas	43
Quadro 28. Programa Troca de Seringas ano 2013	43
Quadro 29. Evolução do número de Testes Rápidos de Diagnóstico para o VIH (1998 a 2013)	44
Quadro 30. Total de Casos de infeção por VIH por Ano Diagnóstico e Casos Diagnosticados nos CAD (2009 a 2012)	45
Quadro 31. Distribuição da Perceção das Vias de Transmissão (2009-2013) (%)	46
Quadro 32. Concordaria em ter relações sexuais com um novo parceiro sem utilizar preservativo? (2009-2013) (%)	46
Quadro 33. Admite a possibilidade de tomar a iniciativa de sugerir a um novo parceiro utilizar preservativo no início da relação? (2009-2013) (%)	46
Quadro 34. Pensa que seria difícil ou fácil convencer um parceiro a utilizar preservativo no início de uma nova relação? (2009-2013) (%)	47
Quadro 35. Frequência com que tem relações sexuais com preservativo (2009-2013) (%)	47
Quadro 36. Frequência da utilização do preservativo em relações ocasionais (durante as férias) (2009-2013) (%)	47
Quadro 37. Motivos de utilização do preservativo (2009-2013) (%)	47
Quadro 38. Distribuição do conhecimento do exame que permite saber se uma pessoa é portadora do vírus da SIDA (2009-2013) (%)	47
Quadro 39. Distribuição do significado de positivo do teste à SIDA (2009-2013) (%)	48
Quadro 40. Realização do Teste à SIDA (2009-2013) (%)	48
Quadro 41. N.º de vezes que fez o teste à SIDA (2009, 2010 e 2012) (%)	48
Quadro 42. Dispensa total de medicamentos antirretrovíricos (Número de embalagens e Valor), em Portugal Continental (2011 a 2013) – infeção por VIH	49
Quadro 43. Total de diagnósticos de VIH e taxas por 100 000 habitantes, por Estado Membro da UE e ano de diagnóstico, 2009-2013	50
Quadro 44. Total de casos de SIDA e taxas por 100 000 habitantes, por Estado Membro da UE, e ano de diagnóstico, 2009-2013	51
Quadro 45. Caracterização dos tratamentos de TB notificados em 2013 (SVIG-TB)	54
Quadro 46. Proporção das apresentações de TB exclusivamente extra-pulmonares, 2013 (SVIG-TB)	58
Quadro 47. Proporção de resistência aos antibióticos de 1ª linha, entre os que têm cultura positiva e TSA conhecido, 2013 (SVIG-TB)	60
Quadro 48. Número de casos com tuberculose multirresistente (MR) e extremamente resistente (XDR), 2013 (SVIG-TB)	60

17. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição dos novos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico	10
Figura 2. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico, género e proporção por género	10
Figura 3. Distribuição dos casos de infeção por VIH, no total e no grupo etário “50 ou mais anos” e proporção de casos notificados em indivíduos com 50 ou mais anos, por ano de diagnóstico	13
Figura 4. Casos de infeção VIH/SIDA notificados: distribuição da idade mediana e respetivos intervalos de confiança a 95% por ano de diagnóstico, segundo o sexo	13
Figura 5. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por estágio inicial de infeção. (1983-2013)	15
Figura 6. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (1983 a 2013)	17
Figura 7. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (2004-2013) e variação percentual	18
Figura 8. Proporção dos casos notificados de infeção por VIH, no total de casos notificados, com ano de diagnóstico de 2011, 2012 e 2013 por distrito de residência e Regiões Autónomas	18
Figura 9. Taxa de novos casos de infeção por VIH, por 100.000 habitantes, com anos de diagnóstico de 2012 e 2013, por NUTS II e Regiões Autónomas	19
Figura 10. Taxa de novos casos de infeção por VIH, por 100.000 habitantes, com ano de diagnóstico de 2012 e 2013, por NUTS III e Regiões Autónomas	19
Figura 11. Taxa de novos casos notificados de infeção por VIH, por 100.000 habitantes, com ano de diagnóstico de 2013, nas regiões de maior incidência (incluindo os município de maior incidência (NUTS III) e Regiões Autónomas.	20
Figura 12. Total de casos notificados, casos notificados em imigrantes e proporção dos casos notificados em imigrantes no total de casos notificados, por ano de diagnóstico, em Portugal (1983 a 2013)	21
Figura 13. Distribuição percentual dos casos notificados em imigrantes, por região de origem, em Portugal (1983 a 2013)	22
Figura 14. Distribuição percentual dos casos notificados em imigrantes, por região de origem, em Portugal (2013)	22
Figura 15. Proporção dos casos notificados de infeção por VIH em imigrantes, no total de casos notificados, em regiões selecionadas de Portugal (ano de diagnóstico de 2013)	23
Figura 16. Proporção dos casos notificados de infeção por VIH em imigrantes, no total de casos notificados em imigrantes em regiões selecionadas de Portugal (ano de diagnóstico de 2011)	23
Figura 17. Distribuição das grávidas por tipo de VIH	25
Figura 18. Distribuição dos recém-nascidos na região sul e ilhas, por hospital	26
Figura 19. Percentagem de óbitos pelas principais causas de morte no total das causas de morte em Portugal (1988-2012)	27
Figura 20. Anos potenciais de vida perdidos por causas de morte selecionadas, em Portugal Continental ..	30
Figura 21. Anos de vida ganhos no período 2008-2012	31
Figura 22. Evolução da produção hospitalar relativa ao Vírus da Imunodeficiência Humana* (2009 a 2013)	33
Figura 23. Evolução da produção hospitalar relativa a Tuberculose* (2009 a 2013)	34
Figura 24. Evolução da produção hospitalar relativa a Pneumocistose* (2009 a 2013)	35
Figura 25. Evolução da produção hospitalar relativa a Sarcoma de Kaposi* (2009 a 2013)	36
Figura 26. Evolução da produção hospitalar relativa a Doença Não-Hodgkin* (2009 a 2013)	37
Figura 27. Evolução da produção hospitalar relativa a Hepatite C* (2009 a 2013)	38

Figura 28. Testes realizados e proporção de resultados reativos (nos CAD), em Portugal Continental (2000-2013)	44
Figura 29. Total de Casos de infeção por VIH por Ano Diagnóstico e Casos Diagnosticados nos CAD, em Portugal continental (2007 a 2013)	45
Figura 30. Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose em Portugal, 2000-2013 (SVIG-TB)	52
Figura 31. Taxa de Incidência de TB por 100 mil pessoas, por distrito, 2013 (SVIG-TB)	53
Figura 32. Casos de tuberculose notificados, distribuição por grupo etário e sexo, 2013 (SVIG-TB)	54
Figura 33. Distribuição dos casos de tuberculose notificados, por país de origem, 2000- 2013 (SVIG-TB)	55
Figura 34. Evolução da taxa de incidência de tuberculose em imigrantes (/100.000), 2008 – 2013 (SVIG-TB)	56
Figura 35. Evolução da proporção de diabetes e doença neoplásica em doentes com TB, 2000-2013	56
Figura 36. Evolução da proporção do estado VIH em doentes com TB, 2000-2013 (SVIG-TB)	57
Figura 37. Demora média entre o início de sintomas e o diagnóstico, 2000-2013 (SVIG-TB)	58
Figura 38. Confirmação dos casos de tuberculose (total e pulmonar), 2000-2013 (SVIG-TB)	59
Figura 39. Distribuição da tuberculose multirresistente (MR) e extremamente resistente (XDR),2000-2013 (SVIG-TB)	60
Figura 40. Distribuição da multirresistência, por país de origem, 2000 – 2013 (SVIG-TB)	61
Figura 41. Fatores de risco mais frequentes no Porto/Lisboa/no restante país, 2013 (SVIG-TB)	62
Figura 42. Distribuição do número de casos notificados de tratamento de infeção latente, 2000 – 2013 (SVIG-TB)	63

18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Markttest 2013.

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 (2013)

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.

Indicadores UNAIDS – Hospitais SNS – PNI VIH/SIDA 2010/2011 INE, IP (2013)

Infeção VIH/sida, A situação em Portugal (INSA 31.01.2013); Indicadores CAD Infeção VIH/SIDA: Situação em Portugal a 31 Dezembro 2012 – INSA 2013

INSA/DDI-URVE (dados 31.08.2014); INE: Estimativas ad hoc de população residente em 31/XII/2011, Portugal, NUTS I, II e III (NUTS 2002)

INSA/DDI-URVE (dados a 31.08.2014)

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

WHO/Europe, HFA Database, March 201.



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