

Diagnóstico Situacional sobre a Implementação da Recomendação Opção B+ , da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita, no âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa - CPLP

Consultora: Helena M.M. Lima, MD, PhD



CPLP
Comunidade dos Países
de Língua Portuguesa



DST-AIDS
HEPATITES VIRAIS



Organização
Pan-Americana
da Saúde

RELATÓRIO FINAL - PORTUGAL

AGOSTO – 2017/ REVISTO ABRIL 2018

ÍNDICE

Tema	Página
Siglas	3
Lista de Figuras e Gráficos	4
Contexto	5
Campo em Portugal	6
Recursos Humanos em Saúde e notificação de casos de sida	8
Situação Atual da Epidemia de VIH e SIDA	10
A questão dos imigrantes em Portugal	14
Epidemiologia de VIH/SIDA entre gestantes	18
Transmissão Vertical do VIH	19
Testagem	20
Coinfecção VIH/Tuberculose	20
Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	22
Sífilis e Sífilis Congênita	23
Tratamento Antirretroviral (TAR)	25
Opção B+	27
Diagnóstico Precoce Infantil	28
ONG Parceiras – Associação Passo a Passo	30
ONG Parceiras – Associação Sol ou Casa Sol	33
Tabela-síntese	36
Conclusões e Recomendações	39
Referências	43
Lista dos Participantes da visita de campo, cargos e instituições	47

Siglas

ACES/ULS Agrupamentos de Centros de Saúde/ Unidades Locais de Saúde
 ACSS Administração Central do Sistema de Saúde
 ARS Administração Regional de Saúde
 CAD Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
 CDC Centers for Disease Control and Prevention (dos EUA)
 CFT Classificação Farmacoterapêutica
 CH Centro Hospitalar
 CHNM Código Hospitalar Nacional do Medicamento
 CID-10 Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10.ª revisão
 CSP Cuidados de Saúde Primários
 CV Carga Vírica ou Carga Viral
 DC Day Case
 DDD Dose Diária Definida ou Defined Daily Dose
 DDI-URVE Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica
 DGS Direção-Geral da Saúde
 ECDC European Centre for Disease Prevention and Control
 EU-EEA European Union-European Economic Area
 HFA European Health for All Database
 HSH Homens que fazem Sexo com Homens
 HTA Hipertensão Arterial
 INE Instituto Nacional de Estatística
 INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
 INNTR Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa
 INSA Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
 INTR Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa
 IP Inibidores da protease
 IPSS Instituição Particular de Solidariedade Social
 IST Infecções Sexualmente Transmissíveis
 LVT Lisboa e Vale do Tejo
 MF Mãe/Filho (categoria de transmissão)
 MR Multirresistente
 NUTS Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)
 OG Organizações Governamentais
 OMS Organização Mundial da Saúde
 ONG Organizações Não-governamentais
 ONUSIDA Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA na sigla latina)
 PNT Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose
 PPE Profilaxia Pós-Exposição
 RN Recém-Nascido
 SI.VIDA Sistema de Informação para o VIH/SIDA
 SICO Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
 SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 SINAVE Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
 SNS Serviço Nacional de Saúde
 SVIG-TB Sistema de Vigilância da Tuberculose
 TARc Terapêutica Antirretrovírica Combinada
 TB Tuberculose/ TBMR Tuberculose Multirresistente/ TBXDR (= XDR) Tuberculose Extremamente resistente
 UDI Utilizadores de Drogas Injetáveis
 UE União Europeia
 UNSIDA Joint United Nations Programme on VIH/SIDA (ONUSIDA na sigla latina)
 VHC Vírus da Hepatite C
 VIH (=VIH) Vírus da Imunodeficiência Humana
 WHO World Health Organization (OMS na sigla latina)

LISTA DAS FIGURAS E GRÁFICOS

- Figura 1. Linha do tempo – Resposta Nacional à luta contra SIDA em Portugal, 1985 – 2007. Fonte: Portugal, 2016.
- Figura 2. Distribuição dos casos de infeção por HIV em seguimento ambulatorio hospitalar e constantes no SI.VIDA, por sexo, categoria de transmissão e tipo de HIV em Portugal, 2014. Fonte: PORTUGAL, 2015.
- Figura 3. Infeção por HIV: taxa de incidência e distribuição geográfica em Portugal, 2002-2013. Fonte: DGS, 2016.
- Figura 4. Número de novos casos notificados de infeção por HIV em 2014 e a respectiva taxa de incidência, por local de residência e de acordo com a NUTS III (versão 2013). Fonte: Portugal, 2015.
- Figura 5. VIH e as populações migrantes em Portugal, 2013. Fonte: Portugal, 2016.
- Figura 6. Distribuição geográfica dos casos de HIV e SIDA entre imigrantes em Portugal, 2015. Fonte: Portugal, 2016.
- Figura 7. Caracterização da morbilidade relacionada a SIDA em Portugal Continental, 2009 a 2014. Fonte: Portugal, 2015.
- Figura 8. Episódios de internação associados a SIDA em Portugal Continental 2012-2014. Fonte: Portugal, 2015.
- Figura 9. Mortalidade por sida no total das causas de morte em Portugal, continente e ilhas, 2009-2013. Fonte: Portugal, 2015.
- Figura 10. Casos de transmissão mãe-filho do VIH em Portugal, 2007- 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽³⁹⁾.
- Figura 11. Distribuição por ano e região dos Recém-Nascidos filhos de mães VIH+ em Portugal. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.
- Figura 12. Número de testes rápidos de diagnóstico para o VIH em Portugal, 2010-2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.
- Figura 13. Distribuição dos casos de SIDA e respectivas coinfeções e comorbidades selecionadas em Portugal, 31.12.2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.
- Figura 14. Número de casos de sífilis notificados em Portugal, excluindo-se sífilis congênita, por classificação de caso e ano de notificação, 2012-2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.
- Figura 15. Número de casos de sífilis congênita, por classificação de caso e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.
- Figura 16. Número de casos notificados de sífilis congênita, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.
- Figura 17. Doentes em tratamento antirretroviral combinado (TARc) em Portugal, 2016. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.
- Figura 18. Logotipo temático da Casa Sol em Portugal, 2016. Fonte: sol-criancas.pt, 2016.

GRÁFICOS

- Gráfico 1. Novos casos de VIH e SIDA por ano diagnóstico em Portugal, 1983 -2014. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.
- Gráfico 2. Infeção por VIH: p categorias de transmissão em Portugal (2014). Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.
- Gráfico 3. Incidência de VIH em Portugal de 2007 a 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.
- Gráfico 4. Incidência de SIDA em Portugal, 2007 a 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽³⁹⁾.
- Gráfico 5. Distribuição dos novos casos de SIDA - grupos etários e sexo em Portugal, 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.
- Gráfico 6. Óbitos relacionados a SIDA em Portugal, 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.
- Gráfico 7. Epidemiologia do VIH entre gestantes e recém-nascidos em Portugal, 2007 -2014. Fonte: Portugal, 2016.
- Gráfico 8. Comorbidades nos doentes com tuberculose em Portugal, 2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.
- Gráfico 9. Proporção do conhecimento sorológico para VIH entre doentes com tuberculose em Portugal, 2000 – 2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.
- Gráfico 10. Número de casos notificados de sífilis, excluindo-se a sífilis congênita, por ano de notificação em Portugal, 1950 – 2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.
- Gráfico 11. Número de casos notificados de sífilis congênita, por ano de notificação, em Portugal, 1999-2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.
- Gráfico 12. Cascata de Cuidados, Portugal, 2014. Dados preliminares. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

Contexto

Portugal localiza-se no sudoeste europeu, tem uma área de 92.117,5 Km², incluindo a Ilha da Madeira e Açores. Sua população é estimada em 10.833.816 milhões de habitantes¹. Em termos de grupos étnicos, Portugal tem ascendência de grupos do Mediterrâneo, cidadãos da África negra que imigraram durante a descolonização; desde os anos 1990 iniciou-se a imigração de europeus do Leste. É um país com população com idade média de 41,8 anos (39,8 para homens e 44 anos para mulheres), sendo 72,8% da população acima dos 25 anos. A população urbana compreende 63,5% do total, sendo a taxa de urbanização de 0,97% ao ano. Lisboa é a cidade mais populosa, com 2.884.000 habitantes, seguida do Porto, com 1.299.000. Cerca de 2,1 milhões de portugueses tem 65 anos ou mais, sendo que 1 milhão tem idade superior aos 75 anos – e dentre estes, 260 mil tem mais de 85 anos. Mais de 4 mil pessoas tem 100 anos ou mais^{(32),(43),(45),(55),(59),(60),(63),(70),(71)}.

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas de Portugal, a expectativa de vida ao nascer no país é de 80,41 anos, sendo 77,36 para homens e 83,23 para as mulheres. Já em outros documentos internacionais, a expectativa de vida ao nascer é de 75 anos para homens e de 82 anos para mulheres, uma média estimada de 79,3 anos⁽⁶⁹⁾. Toda a população tem acesso aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde⁽³²⁾. A taxa de crescimento populacional é de 0,07%; as taxas de natalidade e mortalidade são respectivamente 9,1 nascimentos/ 1000 habitantes e 11,1 mortes/1000 habitantes. A transição demográfica que agora se verifica associa a baixa natalidade à proporção crescente de cidadãos residentes com 65 anos ou mais. A população decresceu 1,9% de 2009 para 2014, e o chamado “saldo natural” mantém-se negativo desde 2009, ou seja, os óbitos superam os nascidos vivos. O saldo migratório é igualmente negativo, uma vez que a emigração ultrapassa a imigração desde 2011. A média de idade materna ao primeiro parto é de 29,5 anos – ou seja, no que se refere à evolução do índice sintético de fecundidade (número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil, dos 15 aos 49 anos de idade), vem diminuindo ao longo do tempo, sendo em 2014 de 1,23. Esse valor é abaixo do índice de renovação geracional, que é estimado em 2,1^(32:13). A taxa de fertilidade é de 1,53 crianças nascidas/ mulher, com 86,8% de prevalência de contraceção. Há uma alta taxa de contraceção e programas de planeamento familiar acessíveis. Essa baixa natalidade ocorre desde 2004 a 2014, considerando a população média, a natalidade atingiu a taxa de 7,9 nascidos vivos/ 1.000 habitantes^{(32),(61),(62),(70)}. Em termos de mortalidade, a mortalidade infantil é estimada em 4,4 mortes/ 1.000 nascidos vivos. Já a mortalidade materna não constitui, desde há muito, um problema de Saúde Pública em Portugal, uma vez que diminuiu drasticamente junto com a mortalidade infantil⁽⁶⁹⁾. Entre 2002-2013, a análise da evolução do número de mortes maternas demonstra que ocorreram em baixo número. Registaram-se, em 2004, um máximo de óbitos maternos (nove óbitos) e, em 2008 e 2013, um mínimo (quatro óbitos). A mortalidade materna em 2015 foi estimada em 10 mortes/ 100.000 nascidos vivos^{(60),(69)}. A maioria dos portugueses tem a religião católica como escolha (81%), seguidos de outros cristãos (3,3%) e outras religiões incluindo judeus, muçulmanos, etc. (0,6%), ateus e agnósticos 6,8% e não declarados 8,3%^{(60),(69),(70)}.

¹ Segundo a Direcção Geral de Saúde (novembro de 2017), *existem estimativas do INE mais recentes: 10.309.573 é a estimativa da população para 2016.*

Campo em Portugal

As visitas técnicas a Portugal para a realização do Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ foram realizadas entre 13 e 16 de abril de 2016. Foram entrevistadas 25 pessoas, individualmente ou em grupo². Foram realizadas reuniões com os gestores em nível federal - o Diretor do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e a sua equipa técnica, a Chefe de Divisão da Coperação da Direção-Geral da Saúde, com o *Grupo de Trabalho sobre infecção VIH na Criança, da Sociedade Infeciologia Pediátrica - Sociedade Portuguesa de Pediatria*³ – Comitê Científico, com o setor de Vigilância Epidemiológica - Divisão de Epidemiologia e Vigilância da Direção-Geral da Saúde - e foram visitadas a Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, e duas Organizações Não Governamentais parceiras: Associação Passo a Passo e Associação Sol, indicadas como referência pela Direção Geral da Saúde.

Em cada instituição visitada os profissionais de saúde apresentaram formalmente os dados epidemiológicos e geopolíticos relacionados aos temas da Transmissão Vertical, Opção B+ e correlatos. Forneceram materiais impressos e os links digitais sobre a situação da epidemia de VIH e SIDA, sífilis congênita, tuberculose e agravos relacionados em Portugal. As políticas na área de saúde em geral e SIDA em particular de Portugal tem como base evidências científicas, sendo os gestores proativos, atualizados e em completa sintonia com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde, da ONUSIDA e da Comissão Europeia para prevenção, assistência e vigilância epidemiológica – além de acompanhamento sistemático do que ocorre em outros países da Europa e do mundo^{(32),(34),(39),(43),(60)}.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela regulação, coordenação e orientação das atividades em saúde pública, nomeadamente em promoção de saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças. Define as condições técnicas para adequação da atenção à saúde nos sistemas de saúde. Coordena e Supervisiona todas as unidades nacionais de saúde pública, o controle das doenças notificadas e apoio a investigações e controle nos níveis local, regional e nacional. Também é responsável pela deteção, monitoramento e comunicação de alertas internacionais⁽⁶¹⁾. Os dados relativos a diferentes agravos, boletins e dados de temas específicos, legislação e acervo completo dos dados em saúde do País estão disponibilizados na internet, no portal da Direção-Geral de Saúde⁽⁷³⁾. Desde a década de 80, Portugal acompanha os países ocidentais no combate à SIDA em termos de estratégias e ações. A participação portuguesa no sistema europeu de vigilância decorre desde 1985, possibilitando a comparação da evolução da epidemia nos diversos países da Europa⁴. Em Portugal, a resposta nacional à epidemia de VIH e SIDA é responsabilidade do *Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA*, que pertence à Direção-Geral da Saúde. Portugal segue os países onde se garante a comparticipação a 100% da medicação antirretroviral. Em 1987, foi garantido o fornecimento de **100% de medicação antirretroviral** para todos os pacientes elegíveis e em 1996 foram publicadas as regras relativas aos medicamentos antirretrovirais, quanto à sua prescrição, utilização e gratuidade^{(14),(18)}. Os principais marcos da resposta nacional de luta contra a SIDA em Portugal podem ser sintetizados:

² A relação dos participantes e respectivos cargos e instituições compõe o item 10 do presente relatório.

³ Acréscimo em novembro de 2017.

⁴ Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis Infecção VIH/SIDA (CVEDT), 2011.

Ano/ Mês	Ação
1985 outubro	Constituído o Grupo de Trabalho da Sida; criado o sistema de notificação de casos de VIH/Sida.
1986 maio	Determinadas as medidas de profilaxia da Sida nos centros de hemodiálise, de histocompatibilidade e de transplantação (Despacho nº 11/86 do Ministério da Saúde)
1987	Comparticipação a 100% da medicação antirretroviral
1990 abril	Criada a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida – CNLCS (Despacho nº 5/90, Ministério da Saúde, de 13 de abril)
1991 setembro	Aprovado o Regulamento sobre Transfusão de Sangue (Despacho nº 19/91, Ministério da Saúde, de 12 de setembro)
1993 outubro	Introdução do Programa de Troca de Seringas
1996 outubro	Assinado Protocolo entre a CNLCS e o Programa de Promoção e Educação para a Saúde (Aviso, Ministério da Saúde, de 14 de outubro)
1999 setembro	Aprovadas medidas de combate à propagação de doenças infectocontagiosas em meio prisional (Lei nº 170/99, de 18 de setembro)
2001 julho	Aprovado o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, com a lista das doenças transmissíveis (Despacho nº 14391/2001, da ministra da Saúde, de 10 de julho).
2001 dezembro	Os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal passam aceder, em igualdade de tratamento com os beneficiários do SNS, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa (Despacho 25360/2001, do ministro da Saúde, de 12 de dezembro)
2002	Criação da Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção (CAD)
2003 agosto	Doentes com Sida e soropositivos ficam isentos do pagamento de taxas moderadoras (Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de agosto)
2004 fevereiro	Circular Normativa 01/DSMIA - Gravidez e Vírus da Imunodeficiência Humana
2004 julho	Criada a Comissão Toxicod dependência e Sida em Meio Prisional (Despacho conjunto, nº 421/2004, ministros da Justiça e da saúde, 13 de julho)
2005 março	Infeção VIH e Sida incluídas nas patologias de notificação obrigatória (Portaria nº 103/2005, de 25 de janeiro, alterada pela Portaria nº 258/2005, de 16 de março)
2005 agosto	Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida sucede à Comissão Nacional de Luta Contra a Sida
2007 janeiro	Adotadas medidas de combate à propagação de doenças infectocontagiosas em meio prisional (Lei nº 3/2007, de 16 de janeiro)
2007 setembro	Aprovado o Regulamento do Programa Específico de Trocas de Seringas (Despacho nº 22144/2007, ministros da Justiça e da Saúde, de 21 de setembro)
2007 dezembro	Criado o Conselho Nacional para a Infeção VIH/Sida – instrumento de coordenação e acompanhamento das políticas setoriais públicas de prevenção e controlo da infeção VIH (Despacho nº 27504/2007, ministro da Saúde, de 7 de dezembro).
2009 agosto	Regime da educação sexual em meio escolar (Lei nº 60/2009, de 6 de agosto)
2009 outubro	Criado o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/Sida (Despacho nº 22811/2009, ministra da Saúde, de 15 de outubro)

2009 dezembro	Circular Normativa 23/DSR - Fornecimento de fórmula para lactentes em mães infectadas pelo vírus VIH
2012 janeiro	Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida constitui um dos oito programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS, tendo cada um deles um diretor (Despacho nº 404/2012, do secretário de Estado da Saúde)
2012 setembro	Publicado o “Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2012-2016: orientações programáticas”, a cargo da Direção-Geral da Saúde.
2012 dezembro	DGS publica as Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção por VIH1 e VIH2.
2013 maio	Publicado o “Programa Nacional de Saúde, 2012-2016, versão resumida”, que inclui o indicador “mortalidade por Sida antes dos 65 anos (por 100 000 habitantes)”, com uma meta de 3.1 até 2016 (contra 9.9 em 2001 e 6.2 em 2009)
2015 novembro	Publicada a Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infecção por VIH

Figura 1. Linha do tempo da Resposta Nacional de luta contra a sida em Portugal, 1985-2015. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾

Desde 1993 foi introduzido o Programa de Troca de Seringas (PTS), reconhecido internacionalmente, uma parceria do Ministério da Saúde com a Associação Nacional de Farmácias. Era assegurado em um terço pelas farmácias e em dois terços por organismos governamentais e Organizações Não Governamentais (ONG)⁽⁵³⁾. Durante o período anterior ao início do Programa de Troca de Seringas (PTS), o consumo de drogas injetáveis era o principal responsável pela transmissão de infeções de origem sanguínea em Portugal. A proporção de casos relatados de SIDA atribuíveis ao uso de drogas injetáveis diminuiu de 49% em 2002 para 27% em 2008^{(25),(48),(53)}.

Portugal registra separadamente os casos de VIH e SIDA. Segundo a determinação política, deveriam todos os casos ser notificados “*aquando do diagnóstico, em qualquer estágio da infeção por VIH, seja portador assintomático, complexo relacionado com a Sida (CRS-LGP) e Sida, e sempre que se verifique mudança de estadiamento ou óbito*”⁽⁴²⁾. Também desenvolveu *Plano de Ação Nacional de Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional*^{(42),(48)}, com particular incidência dois estabelecimentos prisionais (Lisboa e Paços de Ferreira), onde se iniciou um programa de troca de seringas para reclusos usuários de drogas injetáveis.

Quanto à estrutura da do *Programa Nacional de VIH-Sida*, há um diretor, duas técnicas superiores e uma assessora administrativa, integrada à estrutura da Direção Nacional da Saúde, dentre os Programas Prioritários. Além do Programa Nacional de VIH-SIDA, os outros programas prioritários são: Alimentação Saudável, Atividade Física, Controle da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos, Controle do Tabagismo, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais e Saúde Mental^{(40),(43),(60)}.

As parcerias são consideradas peças fundamentais da Resposta Nacional: *quando é preciso fazer investigação, a parceria é com a Universidade, quando é preciso um trabalho de*

campo, são as organizações comunitárias as parceiras, tudo licitado e devidamente publicado em editais públicos⁽⁶⁰⁾.

Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de sida

Em Portugal o número registrado de médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos é considerado satisfatório^{(40),(55),(60),(69),(70)}.

Portugal tem um sistema de vigilância e controle da epidemia de VIH/SIDA estruturado e hierarquizado, com a seguinte logística⁽⁶⁰⁾:

1. Notificação: a notificação gera um alerta, comunicado por e-mail ou mensagem *sms* às autoridades de saúde territorialmente competentes, nomeadamente de âmbito local, regional ou nacional, para adoção de medidas de prevenção e controle. O SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) é um sistema electrónico implementado em 2014 e que, desde 2017, integra também notificações laboratoriais (para além das notificações clínicas)
2. Autoridade de saúde local: preenchimento do formulário electrónico relativo ao respectivo inquérito epidemiológico. A ausência de informação origina a emissão de alertas automáticos para as autoridades de saúde local, regional e para a Direcção Geral de Saúde (DGS).
3. Autoridade de saúde Regional: tem como função monitorar e assegurar o cumprimento da etapa 2.
4. Direcção Geral da Saúde: realiza a vigilância epidemiológica nacional, e tem como responsabilidade notificar ao Centro Europeu de Prevenção e Controle de doenças, OMS e outras instituições internacionais.

O sistema on line permite que os médicos façam o registro das doenças de notificação obrigatória diretamente na página da Direcção Geral de Saúde. O sistema dá suporte ao processo clínico, permitindo registros de todas as etapas do tratamento. Os médicos dos hospitais conseguem acompanhar processos com prontuários electrónicos. No software há um botão específico para o registro de uma doença de notificação obrigatória^{(60),(73)}.

O sistema foi implementado em 2014 para a notificação em todas as unidades de saúde locais, regionais e nacionais. Funcionou durante sete meses em 2014, e em 2015 funcionou plenamente. A nível local é possível fazer a verificação epidemiológica, essa informação depois tem uma série de validações para definições de caso, depois é feita a compilação e a Direcção Geral de Saúde faz a validação final dos casos e manda para organizações internacionais^{(43),(60),(64),(66),(73)}.

Os boletins nacionais têm base em três sistemas de informação: Instituto Nacional de Saúde (INSA), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e SI.VIDA, tendo extrema acurácia na sistematização dos dados. Em 2014 o sistema de informação para o VIH/SIDA (SI.VIDA) estava implementado em 25 unidades hospitalares, correspondendo a 93% do total de doentes em seguimento em Portugal Continental. *O início da implementação do SI.VIDA foi difícil, pois os profissionais consideravam “mais uma tarefa”. Os dados ficavam muito aquém da realidade. Houve uma grande resistência por parte dos profissionais em assumir.(...) Foi preciso fazer um trabalho de grande proximidade, reuniões*

muito pequenas, e depois em conjunto de despachos legais, de cada estado, no sentido de transformar o SI.VIDA no movimento que vai além da notificação, medicação ARV, controle dos prontuários. Isso muda tudo, fica muito mais fácil notificar – fica mais fácil apertar o botão⁽⁶⁰⁾. Sugere-se que, exigindo o VIH uma abordagem multidisciplinar (médico, assistentes sociais, enfermeiros , psicólogos....) urge a necessidade que todo os profissionais que intervem nesta área tenham acesso a este sistema de informação. A informação agora disponibilizada pelo SI.VIDA constitui-se numa primeira abordagem de um sistema que constitui um avanço inegável no processo de monitoramento da infecção por VIH em Portugal - porém, *ainda se encontra em desenvolvimento e implementação com significativa margem de otimização*. O sistema ainda é considerado novo. A fidedignidade dos dados depende do preenchimento dos dados referentes a cada indicador e da capacidade de integração automática dos sistemas de gestão hospitalar, laboratório e farmácia de cada hospital. Para compreender a abrangência e especificidade da terapia antirretroviral, integrou-se a esse sistema a informação proveniente do Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - INFARMED. A qualidade da informação disponível já é considerada elevada em relação à maioria dos indicadores analisados, considerando-se também que durante um tempo significativo os dados eram obtidos indiretamente^{(60),(72)}. Em relação ao sistema de saúde privada, este fornece os dados epidemiológicos para o Ministério da Saúde de acordo com a solicitação. Um exemplo é a quantificação das interrupções de gravidez – legalizadas em Portugal com determinados requisitos – em que os dados são compilados em boletins anuais, incluindo intervenções realizadas no serviço público e no particular⁽⁶⁰⁾.

Situação Atual da Epidemia de VIH e SIDA:

Dados da Direção Geral de Saúde apontam para a SIDA como 9ª causa de anos de vida potencialmente perdidos em Portugal. Desde o primeiro caso notificado, em 1983, até 2014, foram registrados 53.072 casos de infecção por VIH no país^{(39),(60)}. Desde 2013 há uma tendência de decréscimo nos indicadores de incidência, prevalência (de VIH e SIDA) e óbitos, que havia sido verificada de forma tênue no período de 2008 – 2013^{(39),(45),(60),(62),(66)}. Considerando-se o ano-base em que foram projetadas as metas para 2016, a Direção Geral de Saúde⁵ considera que a meta VIH foi alcançada; a meta SIDA está a 75% do objetivo definido e a meta *óbitos* já tem mais de 50% da meta cumprida.

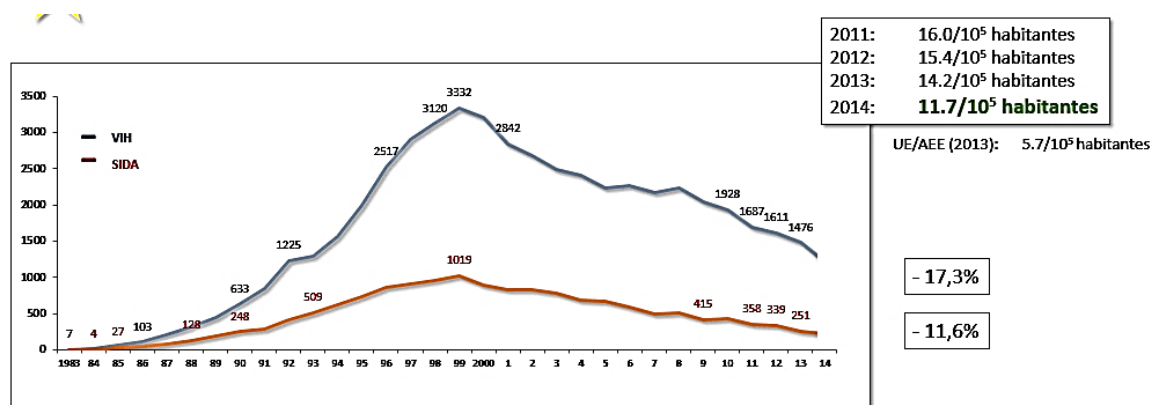


Gráfico 1. Novos casos de VIH e SIDA por ano diagnóstico em Portugal, 1983 -2014. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

⁵ Apresentação realizada em abril de 2016 na Direção Geral de Saúde em Lisboa.

A epidemia portuguesa do VIH é do tipo concentrado, isto é, a prevalência na população geral é inferior a 1% (0,6%), caracterizada por conter os dois tipos de vírus, VIH-1 e VIH-2^{(39),(60)}.

A epidemia de VIH tem como característica em Portugal ser transmitida em mais de 90% por via sexual (92,3%). A transmissão heterossexual é estimada em 60,5% a 62%, seguido de transmissão entre homens que fazem sexo com homens (31,8% - 29%). Do total de casos em seguimento, 3,6% eram portadores de infeção pelo VIH-2, uma proporção que é considerada elevada no contexto europeu^{(9),(39),(60)}.

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

Figura 2. Distribuição dos casos de infeção por VIH em seguimento ambulatório hospitalar e constantes no SI.VIDA, por sexo, categoria de transmissão e tipo de VIH em Portugal, 2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

Atinge sobretudo populações com comportamentos que determinam especial vulnerabilidade, a saber, Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), cuja prevalência já ficou acima dos 10% durante muitos anos, profissionais do sexo (8,9%), Homens que fazem sexo com Homens (7,7% - 10,2%) e pessoas em situação prisional, com prevalência superior a 5% (Portugal, 2016).

Em relação às categorias de transmissão, a epidemia de VIH em Portugal tem o seguinte perfil:

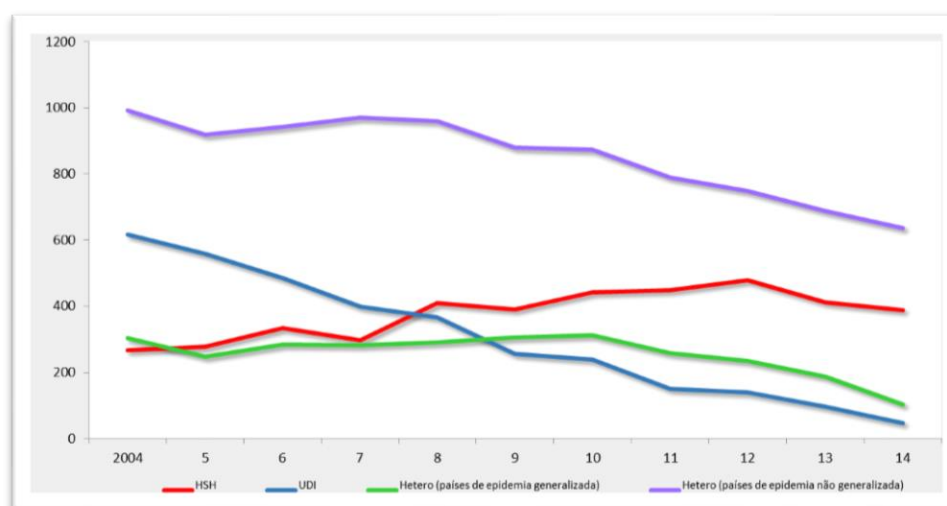


Gráfico 2. Infecção por VIH: principais categorias de transmissão em Portugal (2014). Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

No gráfico acima observa-se a queda da infecção por VIH nas categorias de heterossexuais nos países de epidemia concentrada e generalizada, queda acentuada na infecção em Usuários de Drogas Injetáveis (resultado direto dos Programas de Redução de Danos) e aumento na categoria de homens que fazem sexo com homens.

Incidência e Prevalência

A incidência do VIH em Portugal é de 11,7/100.000 habitantes em 2016. Durante algumas décadas, houve uma tendência crescente na frequência de novos casos de infecção pelo VIH em Portugal, especialmente desde o ano 2000, 14,2/ 100.000 em 2013⁽⁶⁰⁾ e atingiu o máximo em 2010 (26,4%). A partir de então, com incremento na resposta nacional, houve decréscimo progressivo, correspondendo a 17,1% em 2014.

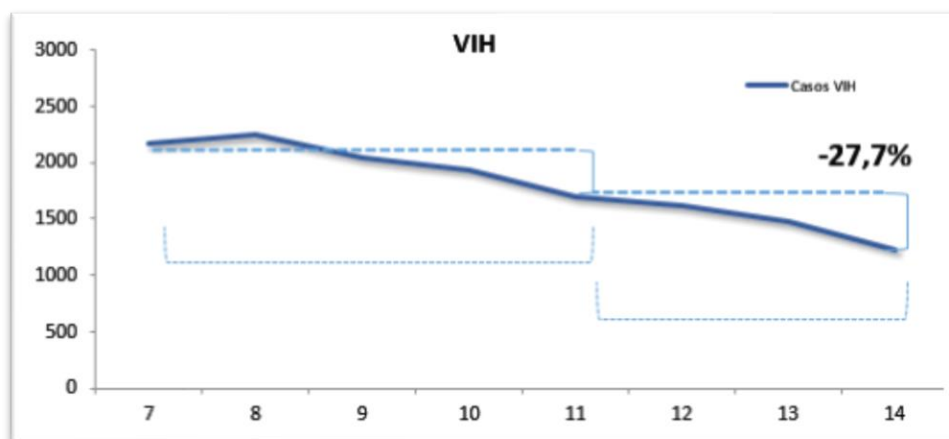


Gráfico 3. Incidência de VIH em Portugal de 2007 a 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

A taxa de incidência de SIDA em Portugal situa-se em 2,1/100.000 habitantes. O primeiro caso de SIDA em Portugal foi notificado em 1983, e até 2015 foram diagnosticados **53.072** casos, sendo 38.369 em homens e 14.693 mulheres^(39:10). Destes 53.072: 36% entre jovens dos 15-29 anos, 49% diagnósticos tardios e 18,3% em fase de SIDA^{(39),(60)}.

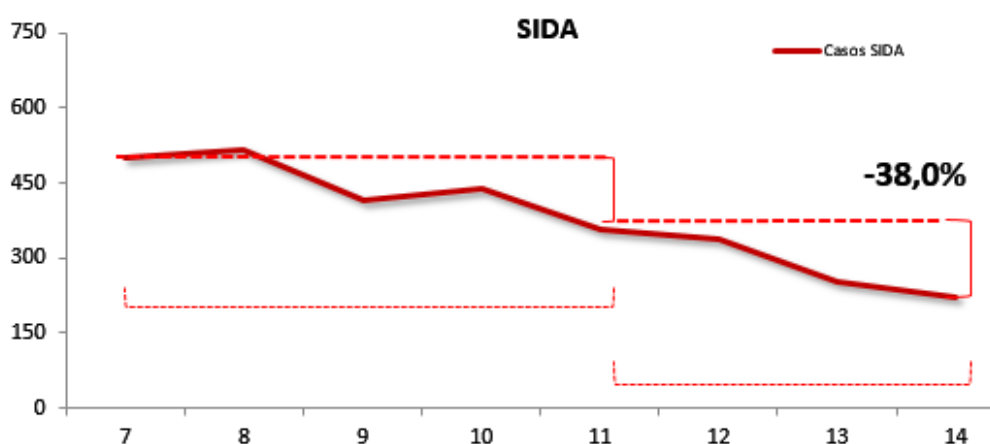


Gráfico 4. Incidência de SIDA em Portugal, 2007 a 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽³⁹⁾.

A questão do *diagnóstico tardio* é uma preocupação importante em Portugal, como será apresentado no tópico “Morbidade” no presente documento. O teste está disponível para todas as pessoas que o queiram fazer voluntariamente, e há um grande enfoque nas populações em situação de maior vulnerabilidade e risco de infecção. Em entrevistas com profissionais de

saúde, obtivemos a seguinte constatação: *Considerando-se que a principal estratégia para detecção precoce de casos seja pela testagem na gestação, as mulheres estão prioritariamente sendo testadas e tratadas. Porém, com os homens essa detecção não acontece e são muitos os casos em que o diagnóstico é feito e o paciente já apresenta resistência a determinada linha de tratamento, ou ainda, polinfecção com comorbidades, dificultando a escolha terapêutica*^{(32),(33),(37),(39),(60)}. Os trechos em itálico são transcrições literais das falas dos entrevistados.

Em relação aos novos casos de sida, considera-se a proporção de comorbidades como inferior nos novos casos diagnosticados, quando comparada com o conjunto dos doentes em seguimento, o que segundo os gestores se enquadra nas características demográficas: população mais jovem e como características clínicas menos tempo de evolução de doença e diagnóstico mais precoce desta população⁽³⁹⁾, exigindo intervenções específicas.

Pode-se observar no gráfico abaixo que 25,6% das infecções ocorra entre pessoas com idade igual ou superior a 50 anos e quase 7% entre pessoas com mais de 65 anos, destaca-se os novos planejamentos estratégicos em relação a esse grupo etário, pois *essa é a população que menos realiza testes e que menos utiliza preservativos.(...) É uma população que em geral já está no serviço de saúde, por conta de doenças crônicas como diabetes, etc., mas não são testadas.(...) A questão do teste para VIH não está integrada aos cuidados de saúde básicos para a população acima de 50 anos em Portugal*⁽⁶⁰⁾.

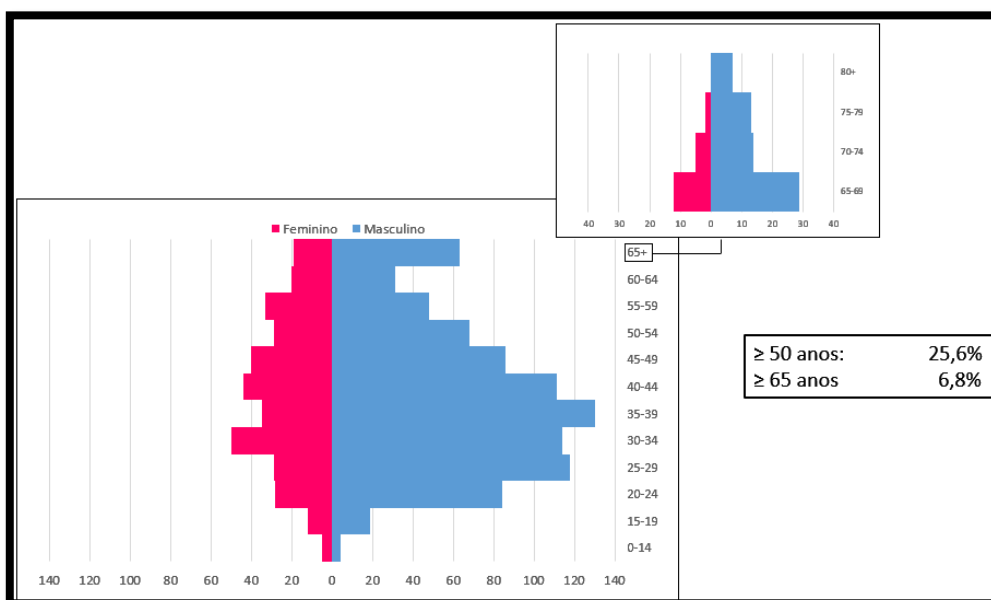


Gráfico 5. Distribuição dos novos casos de SIDA por grupos etários e por sexo em Portugal, 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

Em relação aos *casos de SIDA/100.000 habitantes*, Portugal apresenta uma taxa de **2,1%**. Entre 2013 a 2015, houve um decréscimo de 17,3% no número de casos novos. Em relação à distribuição geográfica, em 2014, Lisboa apresentava 5% da população nacional, a área metropolitana 20%, e quando se passa para novos casos da infecção VIH, Lisboa tem 14% de

novos casos. Nos Heterossexuais tem 9%; nos HSH são 1/4 dos casos e nos UD 15%^{(39),(60)}. No ano de 2014, cerca de 68,5% dos casos notificados de VIH e SIDA em Portugal ocorreram na área de Lisboa e Porto e no Algarve. Há uma persistente assimetria na distribuição geográfica da infecção por VIH^{(39),(60)}.

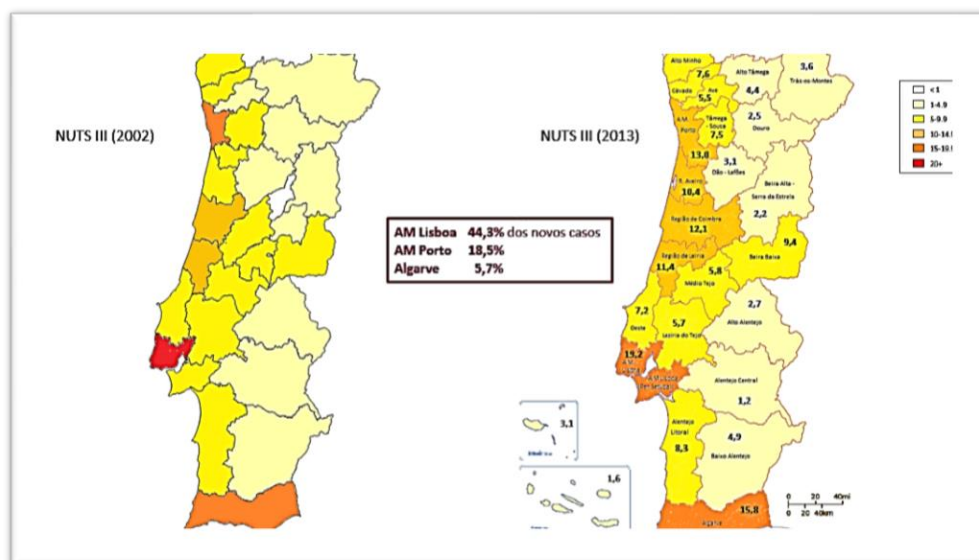


Figura 3. Infecção por VIH: taxa de incidência e distribuição geográfica em Portugal, 2002-2013. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾..

A questão dos imigrantes em Portugal

Uma parte significativa dos novos casos de infecção ocorre em imigrantes, em particular da África subsariana e América Latina. Em 2013, 21% dos novos casos notificados de infecção pelo VIH ocorreram em populações migrantes, e em 2014, **17,1%**.

Origem dos novos casos*	N°	%
Nacionais	940	82,9
Imigrantes	161	17,1
Região de origem dos imigrantes		
África Subsariana	108	67,1
América Latina	37	23,0
União Europeia	10	6,2
Europa de Leste	5	3,1
Outros	1	0,6
Total	1101	100

Figura 4. Novos casos notificados de SIDA em imigrantes, por região de origem e proporção dos casos notificados em imigrantes no total de casos notificados em pessoas com nacionalidade conhecida em Portugal, 2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

O Programa Nacional defende a necessidade de uma *estratégia nacional específica*, tendo em vista os objetivos de prevenção, diagnóstico, acesso aos cuidados de saúde e tratamento para essas populações de imigrantes⁽⁶⁰⁾. O grupo de imigrantes compreende pessoas que vem da África subsariana de língua portuguesa (modo de transmissão prioritariamente heterossexual) e do Brasil (prioritariamente homens que fazem sexo com homens)^{(39),(45),(60),(67),(72)}.

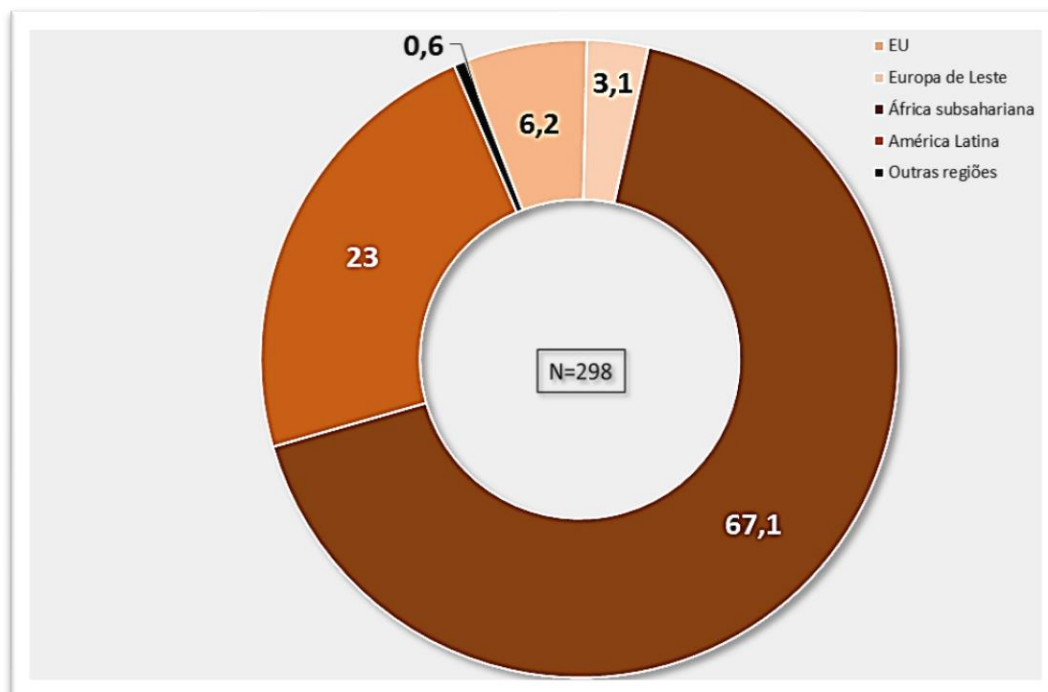


Figura 5. VIH e as populações migrantes em Portugal, 2013. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

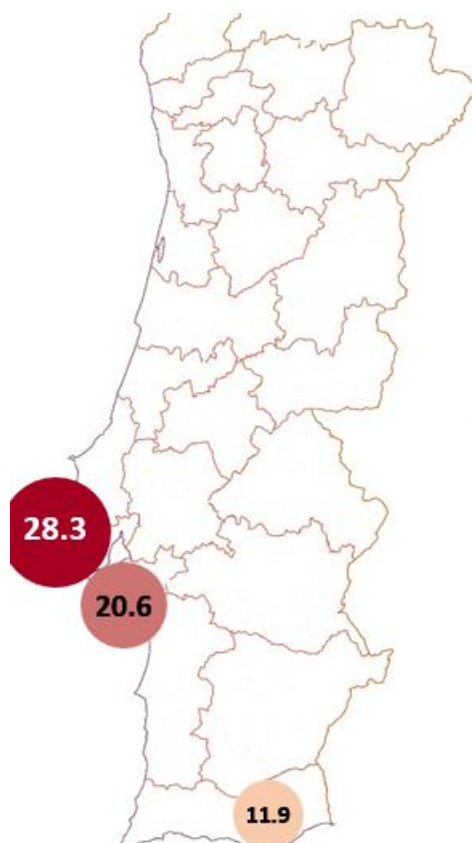


Figura 6. Distribuição geográfica dos casos de VIH e SIDA entre imigrantes em Portugal, 2015. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

Segundo dados disponíveis, a Resposta Nacional à Epidemia - do ponto de vista dos projetos - tem em 2016 como foco a população de imigrantes⁽⁶⁰⁾. Ou seja, a população imigrante é uma das populações consideradas prioritárias para o investimento em termos de financiamento de projetos, assim como os Usuários de Drogas Injetáveis, os Homens que fazem Sexo com Homens e os Trabalhadores do Sexo. Em termos epidemiológicos, é a população que está mais vulnerável ao VIH e outros agravos de saúde. Algumas das ações preconizadas são a realização de testes rápidos em comunidades novas, encaminhamentos dos soropositivos para consulta integral nos serviços de saúde pública, legalização da condição civil e apoio socioeconómico. Na época da visita ao campo, o Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA encontrava-se a elaborar um folheto dirigido à população imigrante, com preocupações relacionadas a conteúdo, imagem, sendo um material também dirigido aos imigrantes irregulares⁽⁶⁰⁾. Para os residentes em Portugal, o tratamento completo é gratuito⁽³²⁾; a legislação permite que as pessoas, independentemente de sua situação jurídica, tenham acesso à medicação para SIDA, tuberculose, insumos e orientações sobre planeamento familiar. Para os chamados “irregulares”, a legislação não é tão clara, fala na eventualidade de pagamento, que tem que se articular com o sistema central de saúde, que vai definir quem paga, quem não paga, de acordo com as condições da pessoa...⁽⁶⁰⁾. O acesso universal a consultas e métodos contraceptivos constitui uma forma privilegiada de diminuir as gravidezes indesejadas⁽⁶⁰⁾. Há distribuição gratuita de métodos contraceptivos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), que facilita o acesso das mulheres à contraceção, e permite reduzir o número de gravidezes indesejadas.

Há uma lista nacional de contraceptivos para disponibilização gratuita no SNS, que tem sido progressivamente ampliada, no sentido de assegurar a diversidade de métodos, permitir uma escolha adaptada a um maior número de mulheres e garantir a liberdade de escolha da mulher e uma maior adesão à terapêutica^{(41),(49)}. De qualquer forma, o acesso é garantido: *ter recusa não é uma prática que estamos habituados*⁶... o enfrentamento da epidemia de VIH e SIDA em Portugal *passa por questões de imigração*, adoção de práticas preventivas em saúde geral, protocolo para parto e amamentação e dificuldades de acesso que vão desde a compreensão da linguagem até a legalização cível das cidadãs imigrantes no País⁽⁶⁰⁾. Em relação à morbidade e mortalidade, do total de 30.956 casos de SIDA em seguimento em 2016, 3,4% eram portadores de infeção pelo VIH-2, uma proporção que se mantém elevada no contexto europeu⁽³⁹⁾. O SI.VIDA reporta ainda o registo de 338 óbitos, 25 dos quais em pessoas a quem o diagnóstico de infeção por VIH foi efetuado neste mesmo ano^{(39),(60)}.

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

Figura 7. Caracterização da morbidade relacionada a SIDA em Portugal Continental de 2009 a 2014.

⁶ Citação, gestor DGS, 2016.

Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

Em 2014, o número de internações inverteu a tendência de decréscimo verificada no ano anterior, tendo registado um ligeiro acréscimo (+2%), embora o número de dias de internação tenha sido inferior (-0,7%), tal como a letalidade intra-hospitalar (-11,4%). A leitura da informação disponível permite a conclusão que o aumento do número de internações hospitalares nas pessoas infectadas por VIH não significa um maior número de indivíduos internados mas traduz, sobretudo, *a maior número de segundos episódios de internamento, com menor letalidade hospitalar em relação a anos anteriores*^{(33),(35),(39),(47),(60),(65)}.

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

Figura 8. Episódios de internação associados a SIDA em Portugal Continental 2012-2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

Lisboa apresenta o maior número de casos em seguimento hospitalar (16,1%). No seu conjunto, na área metropolitana de Lisboa residem cerca de 50% do total de pessoas em seguimento ambulatorio. Há um número ainda significativo de casos sem identificação de local de residência^{(39),(40),(60)}.

Segundo a Direção-Geral da Saúde, o número de internações registou um ligeiro acréscimo, de 2% em relação a 2013. Houve redução do número de dias em internação (-0,7%) e letalidade intra-hospitalar (-11,4%). Foram 4.300 pacientes com alta hospitalar, com média de 14,31 dias em internação, 674 atendimentos em hospital-dia, 122 casos atendidos em ambulatorio e 382 óbitos^{(36),(39),(47),(60)}.

A comparação dos óbitos por SIDA em Portugal em relação aos óbitos por todas as causas de morte está apresentada na figura abaixo:

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

Figura 9. Mortalidade por SIDA no total das causas de morte em Portugal, continente e ilhas, 2009-2013.

Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

Em relação ao ano de 2014 registraram-se 391 óbitos relacionados à infecção pelo VIH, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de **3,8/100.000** habitantes; a queda nos óbitos entre 2007 e 2014 foi de 30,0%^{(39),(60)}:

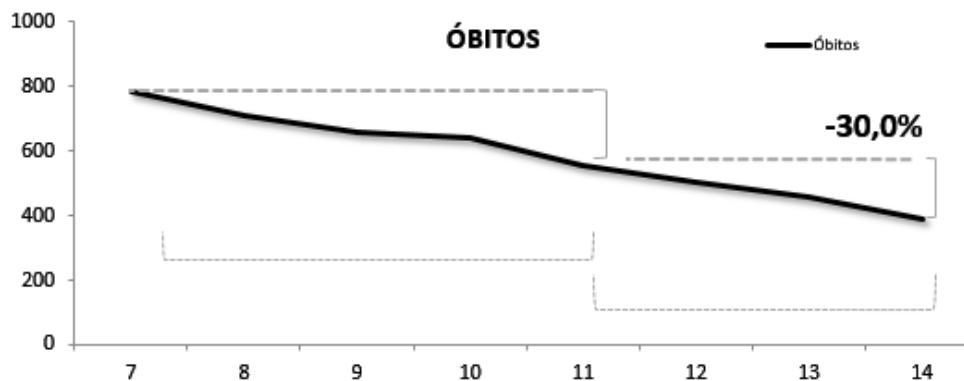


Gráfico 6. Óbitos relacionados a SIDA em Portugal, 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

A mudança na dinâmica do adoecimento por SIDA pode ocorrer em função de uma *maior complexidade clínica da população afetada*, decorrente de fatores múltiplos - dentre os quais se pode-se mencionar a *maior esperança de vida, o envelhecimento e a coexistência de patologia múltipla*⁽⁶⁰⁾.

Epidemiologia de VIH/SIDA entre gestantes

Desde 1998 foi estruturado o *Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança, da Sociedade Infeciologia Pediátrica – Sociedade Portuguesa de Pediatria*, com a participação de obstetras, infectologistas, médicos saúde pública, outras especialidades, psicólogas, serviço social, juristas, educadores, profissionais para informação diagnóstica, Instituto de Medicina Geral. As prioridades do grupo foram reduzir a Transmissão Vertical, uniformizar a notificação, trabalhando diversas áreas correlacionadas. Em 2007 já trabalhavam com a indicação para profilaxia intraparto com medicamentos, e na época, metade das maternidades não conseguiam fazer. Realizaram estudos e perceberam que a origem dos pais, a cultura de ir direto para a maternidade, ignorando recomendações e pré-natal, influenciavam nessa atitude. Esse Grupo indica que, em 2014 em Portugal, ocorreram 233 casos de gravidez em mães infectadas pelo VIH, com uma prevalência de **0,29%** no total de Recém-Nascidos no mesmo período. Consideram que o acesso amplo e gratuito à profilaxia, aos antirretrovirais, o desenvolvimento de ensaios clínicos, estudos de farmacocinética, todos os fatores contribuem para um bom resultado na resposta ao VIH. Em relação a hepatite C, consideram a rapidez do tratamento como primordial para as pessoas VIH+⁽⁶⁰⁾.

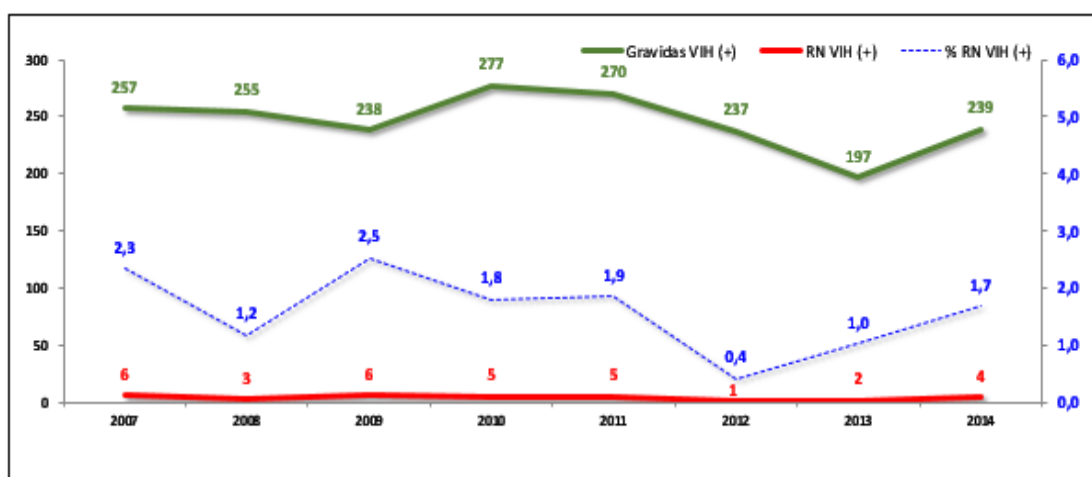


Gráfico 7. Epidemiologia do VIH entre gestantes e recém-nascidos em Portugal, 2007 -2014. Fonte: Portugal, Grupo de trabalho sobre infeção VIH na criança, Sociedade de Infeciologia Pediátrica, Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2016.

Entre 2007 e 2014, o número de casos de infeção por VIH por transmissão vertical manteve-se baixo. Em 2014 foram quatro casos de crianças infectadas para 239 mulheres grávidas VIH+, e portanto a proporção de recém-nascidos infectados pelo VIH-1 foi de 1,7%, e nenhum caso de VIH-2. Um dos objetivos do grupo foi eliminar a transmissão mãe-filho na perspectiva da Organização Mundial da Saúde, abaixo de 2%, porém considera-se difícil chegar ao zero absoluto⁽⁶⁰⁾.

Transmissão Vertical do VIH

Em 2014 a taxa de transmissão mãe-filho do VIH foi de **1,7%**, correspondendo a 4 casos de infeção pelo VIH-1 (nenhum caso VIH-2), sendo duas crianças filhas de mães portuguesas e dois filhos de mães com nacionalidade estrangeira^{(39),(60)}. Foram 233 casos de gravidez em mães infectadas por VIH, 239 recém-nascidos, o que equivale a prevalência de **0,29%** no total de RN no mesmo período. Tal como em 2013, os dados foram recolhidos e analisados pelo *Grupo de Trabalho sobre infeção VIH na Criança*, da *Sociedade Infeciologia Pediátrica – Sociedade Portuguesa de Pediatria*⁽⁶⁰⁾. Os valores encontrados preenchem os critérios apresentados pela OMS para definir a eliminação da transmissão mãe-filho num país. O número de grávidas infectadas por VIH revelou um acréscimo em relação a 2013, situando-se ao nível registrado em 2012 (Figura 10).

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

Figura 10. Casos de transmissão mãe-filho do VIH em Portugal, 2007- 2014. Fonte: Portugal, 2016⁽³⁹⁾.

A região sul apresentou o maior número de Recém-Nascidos (177), seguida pela região norte, centro e ilhas (39, 19 e 4 casos, respectivamente). A Maternidade Alfredo da Costa, o Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, o CH Lisboa Norte/Hospital Stª Maria e o Hospital Garcia

de Orta apresentaram o maior número de Recém-Nascidos filhos de mães infectadas por VIH (39, 37, 17 e 16 casos, respectivamente). Na zona norte, o CH Porto/Maternidade Júlio Dinis registou 16 casos e, na zona centro, o CH Universitário de Coimbra/Hospital Pediátrico de Coimbra notificou 13 casos. Doze grávidas estavam infetadas por VIH-2 (em 75% dos casos provenientes da Guiné-Bissau), o que corresponde a 5,1% do total. Considera-se que o Sul seja a região em que sempre há dados mais relevantes, desde 2011^{(39),(60),(66)}.

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

Figura 11. Distribuição por ano e região dos Recém-Nascidos filhos de mães VIH+ em Portugal.

Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

Em termos de partos assistidos por profissionais de saúde de nível superior, em 2013 foram 93,95% de todos os recém-nascidos assistidos em instituições de saúde. Há um aumento no número de Recém-Nascidos infectados por VIH, em consequência de transmissão Mãe-Filho. Se os valores encontrados continuam a preencher os critérios apresentados pela OMS para definir a eliminação da transmissão mãe-filho num país e se também se reconhece a impossibilidade controlar situações particulares de chegada ao país no período final de gravidez e não seguidas corretamente no seu país de origem, também se deve reconhecer o acréscimo do número de casos em residentes em Portugal (mesmo que valor numérico total seja reduzido).

Testagem

A Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD) apresenta em 2014 o total de 15.989 testes realizados, sendo destes 152 positivos⁷, nos 17 CAD em funcionamento⁽³⁹⁾. A Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção precoce do VIH é apenas uma das respostas nacionais no âmbito do rastreio e diagnóstico da infeção. Para falta informação sobre o número de testes VIH realizados nos Cuidados de Saúde primários e através das organizações de base comunitária⁸.

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

Figura 12. Número de testes rápidos de diagnóstico para o VIH em Portugal, 2010-2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

⁷ Proporção de 0,95%.

⁸ DGS, novembro de 2017.

Coinfecções mais prevalentes entre as Pessoas Vivendo com VIH e SIDA:

Em Portugal, além da notificação para VIH e SIDA, estão disponíveis dados fidedignos sobre as principais infeções relacionadas, como tuberculose, pneumocistose, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e Hepatite C^{(39),(55),(60),(62)}. Em 2014, em relação às patologias selecionadas associadas à infeção por VIH, verificou-se uma *diminuição do número de internações em relação às duas principais comorbidades associadas, tuberculose e pneumocistose*⁽⁶⁰⁾. Porém, em relação à letalidade, foi verificado um acréscimo marcado na tuberculose, porém com diminuição nos casos de pneumocistose^{(39),(60),(66)}. Em comparação ao total de casos em seguimento no final de 2014, os novos casos apresentam menor proporção de coinfeção por Tuberculose e pelo Vírus da Hepatite C mas, simultaneamente, uma maior proporção de diagnósticos de Sífilis^{(39),(60)}.

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

Figura 13. Distribuição dos casos de SIDA e respectivas coinfecções e comorbidades selecionadas em Portugal, 31.12.2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

a) **Tuberculose** - o Governo de Portugal considera relevante o tratamento da tuberculose latente nas pessoas infectadas por VIH, que atualmente é o maior fator de risco para o aparecimento da tuberculose, e a diminuição dos fatores de risco sociais associados a esta doença. A notificação da infeção pelo VIH é em geral efetuada no final do tratamento, a proporção de doentes, já com tratamento terminado e com estado sorológico para VIH conhecido em 22 de setembro de 2015: dos 1.428 doentes que tinham completado o tratamento para tuberculose, 1.265 – ou seja, 86,6% - conheciam sua sorologia para VIH^{(39),(40),(43),(64),(66),(72),(73)}.

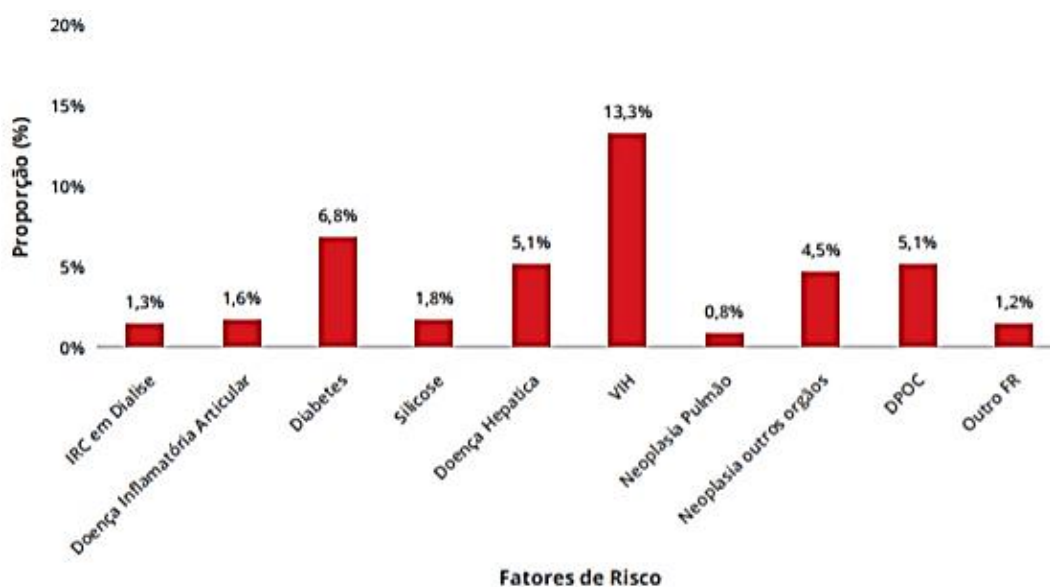


Gráfico 8. Comorbidades nos doentes com tuberculose em Portugal, 2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

Cerca de 862 (38%) doentes com tuberculose tinham comorbidades reconhecidas como de risco para tuberculose, sendo a mais representada a da infeção por vírus de imunodeficiência humana - VIH (13,3%). O diabetes (6,8%), a neoplasia de qualquer órgão (5,3%) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (5,1%) foram as outras comorbidades mais frequentes nos doentes diagnosticados com tuberculose durante o ano 2014⁽³⁹⁾.

O estado de infeção pelo VIH entre pessoas com tuberculose ainda não é conhecido na totalidade - apenas **74,3%** dos doentes com tuberculose foram testados para VIH⁹ em 2014^(39:44). Sabendo-se que *a notificação da infeção por VIH é frequentemente efetuada no final do tratamento*, analisou-se qual a proporção de doentes, já com tratamento terminado e com estado VIH conhecido: dos 1428 doentes que tinham completado o tratamento, 1265 (88,6%) conheciam o estado sorológico para o VIH^{(9),(11),(32),(39),(45),(60),(61)}. Cerca de 862 pessoas (38%) com tuberculose apresentavam comorbidades, sendo a mais importante a infeção pelo VIH (13,3%). A adesão aos tratamentos nesses casos precisa ser especialmente cuidada, pois além de serem muitos medicamentos em quantidade, ainda pode haver combinação de efeitos colaterais. Sendo as duas doenças, SIDA e tuberculose, doenças estigmatizadas, aumenta-se a dificuldade para aceitação social e redução de preconceitos^{(20),(21)}.

Em 2014, cerca de 557 doentes (24,6%) apresentaram fatores de risco sociais entre os quais o consumo de álcool (11%) e o consumo de drogas ilícitas (9,9%) foram os mais representado; 51 casos de tuberculose ocorreram em população reclusa, 2,5% do total de casos do país..

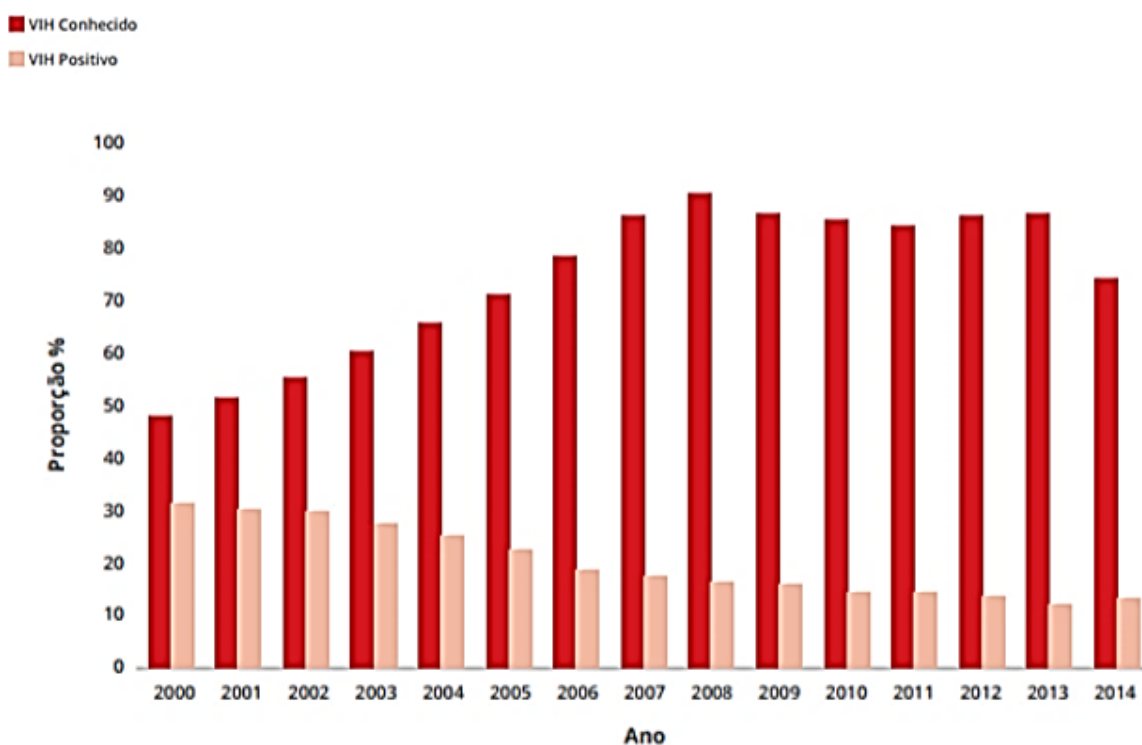


Gráfico 9. Proporção do conhecimento sorológico para VIH entre doentes com tuberculose em Portugal, 2000 – 2014. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁹⁾.

⁹ A população prisional apresenta taxa de incidência de tuberculose de 385/100.000 para um total de reclusos de 13996 a 31 de Dezembro de 2014, de acordo com os dados disponíveis pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais^{(39),(64),(66)}.

Considera-se que *o enfrentamento da tuberculose e da coinfeção com VIH só será possível com o envolvimento de entidades e setores exteriores ao próprio Serviço Nacional de Saúde*⁽⁶⁰⁾. A meta para 2030 é que Portugal também seja um país *onde a tuberculose não seja uma ameaça de saúde pública*⁽⁶⁰⁾.

b) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Segundo a DGS, com a mudança do sistema de notificação (informatização), todos os indicadores relacionados a várias doenças, não só Infecções Sexualmente Transmissíveis, como Doença dos Legionários (*Haemophilus*), malária, gonorreia, clamídia, sífilis, foram aumentados. A sífilis era considerada uma “doença do passado”. Segundo vários entrevistados, *até mesmo os médicos indagam: “hoje há sífilis?”, quase a duvidar dos casos*⁽⁶⁰⁾.

Em termos de política nacional e resposta às doenças referidas, as IST, hepatites virais e tuberculose estariam centralizadas no programa de Prevenção e controle do VIH, *porém isso não ocorre na prática*⁽⁶⁰⁾. O Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA não tem nas suas atribuições contidas no Despacho que o cria, a referência às IST, embora pelas características das mesmas, elas possam e são trabalhadas indiretamente, através dos meios de prevenção (comuns) As IST são trabalhadas em todo o país pelas Organizações de Base Comunitária, em conjunto com as ações para prevenção e assistência ao VIH e SIDA^{(36),(60)}. Todos os projetos financiados pela Direção-Geral da Saúde e desenvolvidos por organizações não-governamentais e de base comunitárias, promovem a literacia, a prevenção, o rastreio e a referenciação hospitalar das pessoas com resultados positivos para o VIH, hepatites virais e IST. Quanto às hepatites virais, estas passaram a estar sob a responsabilidade do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA através do Comunicado do Diretor-Geral da Saúde de 14 de maio de 2014 que criou a Estratégia Nacional para as Hepatites Virais.

Algumas das IST são incluídas nas *Doenças de Declaração Obrigatória (DDO)*, cujo boletim mais recente traz informações do período de 2012 a 2015, sendo alguns agravos com notificações e linhas históricas com mais de meio século, como a gonorreia e a sífilis⁽³⁵⁾.

Sífilis e Sífilis Congênita:

Os casos de sífilis são notificados em Portugal desde 1950 - a vigilância epidemiológica da sífilis se iniciou em 1950 de forma estruturada. É uma série com 60 anos, e mesmo com as várias alterações de sistemas, é possível perceber as tendências^{(350),(60)}.

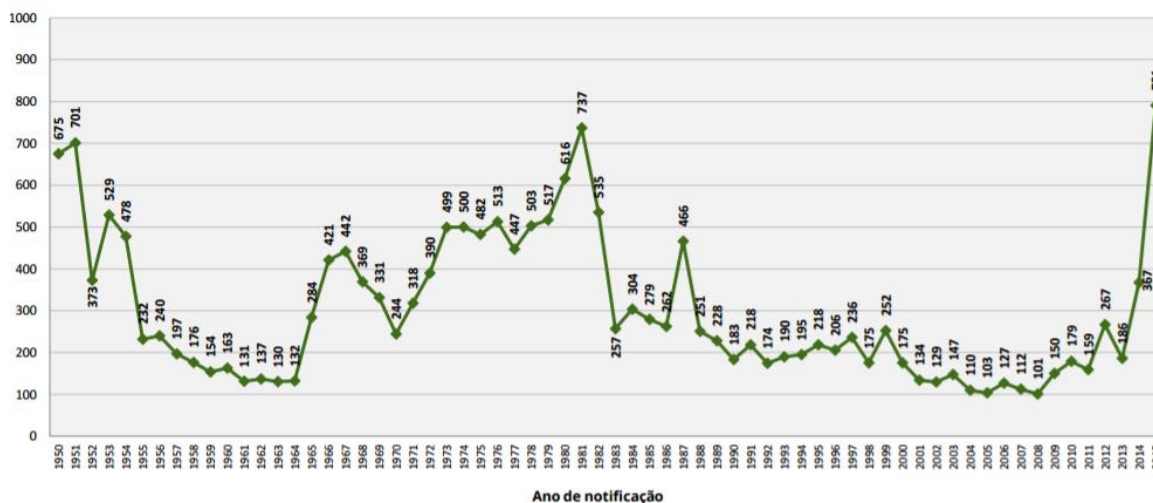


Gráfico 10. Número de casos notificados de sífilis, excluindo-se a sífilis congênita, por ano de notificação em Portugal, 1950 – 2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.

A atenção completa à Sífilis em Portugal não pertence a um programa específico, como a estrutura que tem os programas de VIH e tuberculose. A *Vigilância das doenças transmissíveis que se faz é nos pacientes com VIH, a intervenção ocorre na forma de sobreposição. Não há uma formalização de um “programa” de sífilis no diagnóstico pré-natal. Fica no âmbito da prevenção do VIH*⁽⁶⁰⁾.

Em 2015 foram notificados **795** casos de sífilis, contra 367 do ano anterior. Em 2014, a proporção de novos casos de infecção por VIH coinfectados por outras IST, nomeadamente a sífilis, **6,3%**, foi mais elevada que a proporção apresentada pelo conjunto da população em seguimento hospitalar^{(35),(60)}. A notificação de mais casos, como foi mencionado acima, resulta da implementação do SINAVE. A notificação electrónica de doenças levou a um aumento do número de notificações em relação ao sistema baseado no papel. Essa tendência mantém-se em 2017.

Ano	Classificação de caso				Total
	Confirmado	Provável	Possível	Desconhecido	
2012	235	0	32	0	267
2013	155	0	31	0	186
2014	92	235	0	40	367
2015	50	633	0	108	791
Total	532	868	63	148	1611

Figura 14. Número de casos de sífilis notificados em Portugal, excluindo-se sífilis congênita, por classificação de caso e ano de notificação, 2012-2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.

Em relação à sífilis congênita, a notificação é feita desde 1999, quando foram 46 casos e o dado mais atualizado, de 2015, contabilizando **9** casos^{(35),(60)}.

Ano	Classificação de caso				Total
	Confirmado	Provável	Possível	Desconhecido	
2012	6	0	6	0	12
2013	0	0	5	0	5
2014	6	4	0	0	10
2015	5	2	0	2	9
Total	17	6	11	2	36

Figura 15. Número de casos de sífilis congênita, por classificação de caso e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.

Pela série histórica de Portugal, há uma diminuição do número de casos de sífilis congênita. Considera-se, porém, que *haja dificuldades de recorte para sífilis, pois os sistemas de vigilância não captam essa informação tão bem, pois não há foco na importância de se recolher essa informação. Por exemplo, a informação sobre sífilis no sistema prisional não está incluída na rotina de notificação de casos do país*⁽⁶⁰⁾.

O número de casos de sífilis congênita não aumentou em 2014-2015, está em torno de 10 casos em Portugal^{(35),(60)}. Segundo os gestores entrevistados, *os pediatras notificam especialmente bem, sabe-se que a criança está na escola, há pouca subnotificação*⁽⁶⁰⁾.

Ano e sexo	2012			2013			2014			2015			Total
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	
<1 ano	2	10	12	3	2	5	6	4	10	3	6	9	36
1-4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-14 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-24 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-34 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-44 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45-54 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55-64 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65-74 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 ou+ anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	10	12	3	2	5	6	4	10	3	6	9	36

Figura 16. Número de casos notificados de sífilis congênita, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.

Pode-se observar a redução drástica dos casos de sífilis congênita, desde os anos 1999-2000, em que o número de casos chegou a quase 50 em cada ano, até o valor mínimo em 2013 (5 casos), e o número atual, em torno de 9 ou 10 casos.

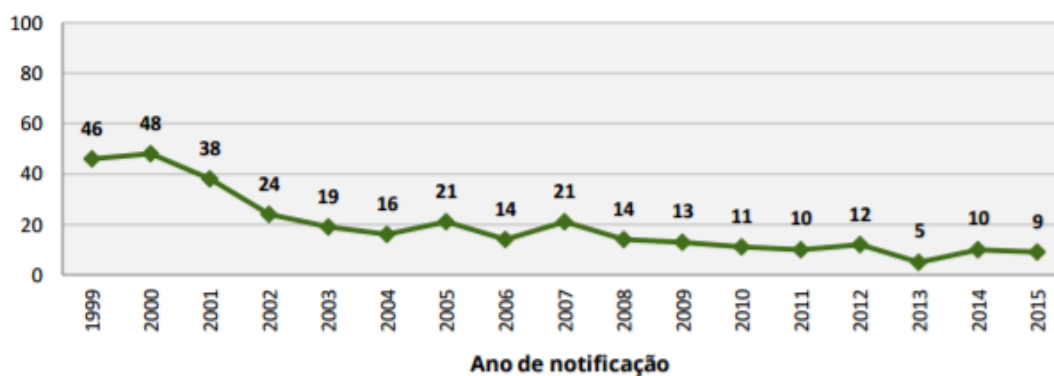


Gráfico 11. Número de casos notificados de sífilis congênita, por ano de notificação, em Portugal, 1999-2015.
 Fonte: Portugal, 2015⁽³⁵⁾.

Considera-se que a incidência de sífilis seja maior nos grandes centros urbanos. Segundo os gestores entrevistados, *a sífilis ainda é considerada um diagnóstico que envergonha, e a questão da confidencialidade é muito importante para a notificação dos casos: o médico faz o registo com os dados básicos, depois o médico de saúde pública pega esses dados básicos e amplia o histórico com dados temporais, primeiros sintomas, enfim, toda a anamnese*⁽⁶⁰⁾. Nas maternidades de referência, é preconizada a realização do teste para sífilis no início de cada trimestre da gestação. O tratamento é a penicilina, com protocolo para dessensibilização em caso de alergia^{(35),(60)}. Complementa-se¹⁰: *o médico notificador colhe grande parte da informação sobre o doente e a doença. Não é suposto que o médico de saúde pública contacte o doente mas sim o médico notificador no caso de ser necessário colher ou esclarecer informações. Os médicos de saúde pública recebem as notificações pseudonimizadas (só consoantes do nome e apelido). Não se pretende que a vigilância epidemiológica se transforme numa perseguição aos portadores de IST e por essa razão, no caso específico das IST, o médico notificador é a grande fonte de informação.*

Tratamento antirretroviral (TAR ou TARV):

Dos 26 580 doentes com infeções relacionadas ao VIH registados em hospitais integrando o SI.VIDA e cujo processo de registo automático incluiu a prescrição terapêutica e a informação laboratorial, 22.005 (82,4%) estão em Tratamento Antirretroviral – TAR ou TARV. A TAR está recomendada em todos os doentes com infeção crónica por VIH-1 com uma contagem de linfócitos T CD4+ ≤ 500 células/ μl ⁽⁴⁵⁾. Contudo, em 2015, Portugal assumiu a recomendação de tratar todas as pessoas que vivem com a infeção por VIH independentemente do valor de linfócitos TCD4+, sendo que a atualização das recomendações nacionais para o tratamento da infeção por VIH1 e VIH2 passou a integrar essa indicação. De acordo com os registos efetuados no SI.VIDA, no final de 2014 encontravam-se em seguimento ambulatorio 30956 pessoas infetadas por VIH. Adicionalmente, estavam registados 1317 óbitos e 426 casos de profilaxia pós-exposição ao VIH (PPE). Em 2016, encontram-se em seguimento ambulatorio 30.956 pessoas VIH+, sendo em 2014 notificados 1317 óbitos e 426 casos de profilaxia pós-exposição ao VIH (PPE)⁽⁶⁰⁾. Quer no total de doentes que iniciaram TAR em 2014, quer no grupo mais restrito dos que tiveram diagnóstico em 2014, a proporção de casos com contagem viral < 50 cópias/ml, seis meses após o início da TAR, foi próxima de 80% (79,1% e 77,7%, respectivamente)^{(39),(40)}.

¹⁰ DGS, outubro de 2017, por e-mail.

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

Figura 17. Doentes em tratamento antirretroviral combinado (TARc) em Portugal, 2016. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾.

Em 2014, foram ainda registados 150 casos de Profilaxia Pós-Exposição ao VIH (71 casos de profilaxia pós-exposição não profissional, 65 casos de profilaxia pós-exposição profissional e 14 situações não discriminadas), ocorridas em 138 pessoas^{(39),(40)}.

Ainda subsiste a falta de conhecimentos sobre o efeito da medicação a longo prazo. A *questão da segurança da terapêutica está longe de estar encerrada*^{(23),(45), (60)}.

Portugal participa na Semana Europeia do Teste de VIH, na qual se estabelece que os serviços de testagem e aconselhamento de VIH são promovidos continuamente, estando acessíveis a todos, para garantir o diagnóstico precoce, a articulação de cuidados e o início do tratamento⁽⁶⁰⁾. A estratégia “Tratamento como Prevenção”, preconizada em 2012 e com orientações clínicas aprovadas em 2014, ainda enfrenta dificuldades para implementação como componente integral das estratégias preventivas do VIH. A implementação da Profilaxia Pré Exposição (PrEP) ainda está em fase inicial, mesmo em países onde as pesquisas são ativas e profícuas^{(1),(3),(8),(18),(23),(24),(45),(46)}.

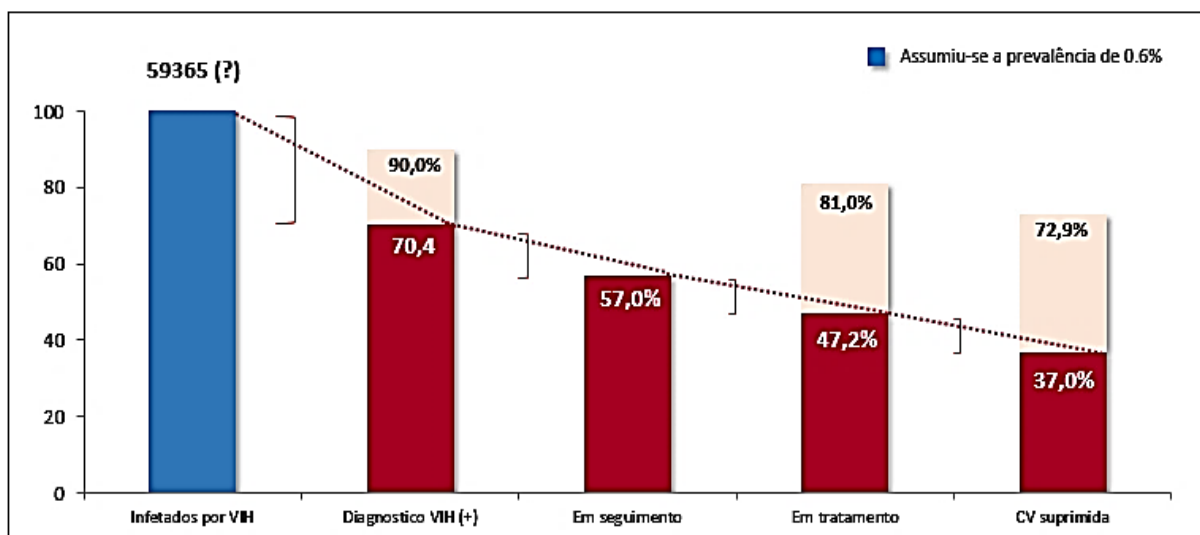


Gráfico 12. Cascata de Cuidados, Portugal, 2014. Dados preliminares. Fonte: Portugal, 2016⁽⁶⁰⁾¹¹.

Pensando-se na adesão e retenção, partes essenciais do tratamento, a despeito das evidências de custo-benefício - segundo depoimento dos gestores entrevistados - *a implementação não é simples, tanto pela questão dos mecanismos de financiamento como pelas questões sócio comportamentais implicadas, que ainda não estão devidamente documentadas*⁽³⁾.

¹¹ Por ausência de dados, não foram considerados as seguintes unidades hospitalares nesta análise: CH Tâmega e Sousa, H. Fernando da Fonseca, CH Barreiro/Montijo e H. Portimão (CH Algarve).

Em Portugal, *não há um modelo de compra centralizada para os antirretrovirais. Há vários parceiros diretos e indiretos. Em 2003 um grupo de hospitais do Norte do país se reuniu para comprar de modo direto e centralizado, mas não houve sucesso. Um dos objetivos do Programa Nacional é centralizar as compras e estruturar um fluxograma ágil e transparente*⁽⁶⁰⁾.

A logística dos medicamentos é coordenada pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde – INFARMED⁽⁶⁰⁾.

Opção B+

A Opção B+ foi adotada em Portugal em 2013, antes mesmo das determinações internacionais. A logística para maternidade assistida, atendimento aos casais com VIH está implementada desde 2010 com a equipe de Fátima Xarepe¹². São considerados pontos fortes o atendimento completo, desde hipertensão arterial até equipe de psicólogos e assistentes sociais, diferenciados para cada agravo. Todas as mulheres do centro hospitalar que são soropositivas para VIH são atendidas em sua integralidade. Até abril de 2016 foram realizadas 68.000 consultas para gestantes. Em 2015 foram realizados 3.440 partos, com uma taxa de cesarianas de 38,28%. As grávidas VIH+ já saem medicadas das consultas. A ONUSIDA mostrou que 7 em cada 10 grávidas estavam positivas para VIH e seis em cada 10 recém-nascidos estavam expostos. O tratamento medicamentoso modificou essa realidade^{(29),(39),(42),(44),(60),(63),(67),(68),(72)}.

A prevalência nacional das grávidas infectadas é de **0,2 a 0,3%**. A ênfase às estratégias para redução da Transmissão Vertical começou em 1997. Com o AZT em 1995, medicação exclusiva, ficou evidente para os profissionais de saúde a necessidade de um espaço específico para a consulta das grávidas VIH+ que não entre as grávidas “de alto risco”. Iniciou-se um atendimento multiprofissional, em parceria com a ONG Passo a Passo, que trabalha com as mulheres na gravidez e após o parto, em especial as mulheres com dificuldades socioculturais. A implementação do teste rápido para VIH foi outro avanço na redução da Transmissão Vertical. *Quando uma mulher está com SIDA, o medicamento fica disponibilizado na farmácia do Hospital em que ela está. Quando é uma grávida que não está sob terapêutica, há medicação na farmácia. Há um estoque para as mulheres que recebem diagnóstico de VIH+ nas farmácias do hospital*^{(60),(63),(67),(68),(72)}..

Um fator motivacional para a adesão é a mulher perceber que o remédio vai impedir que seu filho tenha SIDA. *Um doente motivado é um doente aderente.* O apoio da ONG Passo a Passo é fundamental: *não descansam enquanto não veem essa mulher decidida.* Em relação aos maridos e parceiros, eles são *convidados* (sic) a vir com a mulher na consulta. *Às vezes as pessoas não querem saber, preferem morrer!* O Serviço Social tem uma escola de adultos para aprender a escrever, identificar figuras de sol e lua para compreender a tomada de medicamentos. Muitas mulheres imigrantes não compreendem o idioma. *Uma paciente foi diagnosticada com atraso mental – não tinha atraso mental algum, tinha é uma grande timidez! Como não sabia ler e escrever, foi tomada de início como tendo atraso mental*^{(52),(59),(60),(67)}. No Hospital de Referência de Lisboa, a equipe fez formação com a ONG Passo a Passo sobre contexto pré e pós revelação diagnóstica, o que é o VIH, parte médica, psicológica, qual é a terapêutica, qual o protocolo do parto e da amamentação...A questão da amamentação suprimida *é ainda uma questão em avaliação.*

¹² Dra. Fátima Xarepe, Dra. Marta Trindade, Assistente Social; Dra. Graça Pinto; Dra. Lílian, Dr. Ricardo Mira.

Mulheres com carga viral indetectável talvez pudessem amamentar, mantendo-se sob medicação, para não serem estigmatizadas. Nas maternidades e centros urbanos, as mães VIH+ seguem o protocolo e não amamenta. Existem sessões e grupos de auto ajuda para promover as competências sociais e individuais de cada mulher para uma tomada correta de medicação. Os profissionais de saúde afirmam que nas comunidades africanas da periferia é mais complicado, e *muitas mulheres amamentam seus filhos*^{(45),(59),(60)}. Nas grávidas diagnosticadas e com carga viral indetectável antes de engravidarem, *as maternidades de referência fazem parto eutócico. Só fazem cesariana quando a carga viral é superior ou quando há fatores de risco*⁽⁶⁰⁾.

Toda a medicação para supressão do leite, toda aplicação de antirretrovirais é gratuita, com fornecimento feito na farmácia do hospital⁽⁶⁰⁾. Os profissionais de saúde relatam dificuldades de adesão com *mães toxicodependentes, que faltam às consultas, abandonam medicamentos, dentre outros comportamentos de não-adesão e até abandono. Às vezes fazem o teste rápido na sala de parto para mãe e criança. Se for VIH+, faz-se o protocolo de AZT injetável durante o parto, e depois AZT oral para a criança*. O abuso de psicoativos é fator conhecido para redução e dificuldades em adesão^{(20),(21)}. Em relação às crianças, *em casos de não-cuidado, há envolvimento do Tribunal de Menores e até afastamento da criança da tutela dos pais*. A intervenção social é considerada grande, pois, em Portugal, *se os pais não garantem o tratamento da criança no início da vida, podem perder a guarda dos filhos*⁽⁶⁰⁾.

Alguns fatores de não-adesão são as férias, abandonos esporádicos, e *quando os pais sentem-se melhor por conta de não terem efeitos colaterais, não vão buscar a medicação. Adultos fazem exames 1 a 2 vezes por ano; no início da infecção, seis em seis meses; crianças pequenas, a cada 3 ou 4 meses – adolescentes, “se forem confiáveis”, seis meses. No início são feitos exames de carga viral e CD4. Cerca de 50% não tem a medicação integralmente cumprida. As equipes multiprofissionais têm como objetivo garantir os bons resultados, tanto da fase inicial como da manutenção*. São elementos de vulnerabilidade para não-adesão e abandono amplamente documentados^{(20),(21),(28),(60)}.

Diagnóstico Precoce Infantil

O ano de 2014 representa um ano de mudança da estratégia de diagnóstico precoce da infeção por VIH, através da implementação organizada e faseada da realização de testes rápidos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)¹³. Essa estratégia permitiu maior acesso ao diagnóstico precoce e *melhor tratamento*⁽⁶⁰⁾. Em Portugal, por exemplo, *nunca se usa Efavirenz em crianças com transtornos neurológicos. Se em algum caso é utilizado e a criança começa com algumas manifestações, o medicamento é substituído; algumas crianças não toleram essa medicação, com problemas de sono*. Os efeitos neurológicos do Efavirenz são descritos pelos profissionais de saúde como *reais e intensos*⁽⁶⁰⁾.

O Grupo que trabalha com crianças com VIH¹⁴ desenvolveu uma estratégia logo no início da epidemia no país: *a equipe de saúde informava os responsáveis da escola, com autorização dos pais*. Há relatos que em *alguns lugares pais quiseram expulsar crianças VIH+ das escolas*.

¹³ Este processo de redimensionamento da abordagem do diagnóstico precoce culminou na atualização da Norma de Orientação Clínica nº 58/2011, em dezembro de 2014⁽⁶⁰⁾.

¹⁴ Grupo de trabalho sobre infeção VIH na criança, Sociedade de Infeciologia Pediátrica, Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Desde então, a equipe de saúde informa as autoridades escolares, porém isso fica incluído no sigilo profissional, junto às orientações de como a escola deve agir se houver algum acidente com essa criança, principalmente que envolva sangramento. São feitas palestras sobre Higiene e Segurança na Escola, em que se inclui temas como hepatites, tuberculose, outros agravos⁽⁶⁰⁾. Ainda hoje alguns pais não autorizam a liberação da informação para a escola, pela questão do estigma – alguém sempre conhece alguém⁽⁶⁰⁾.

Embora o conhecimento da infecção tenha aumentado, a discriminação tenha diminuído, ainda há muito medo em torno da questão da SIDA^{(21),(60)}. A equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, educadora trabalha para a família, com informações, suporte, orientações sobre a segurança das crianças para que haja condutas corretas e não-estigma⁽⁶⁰⁾. Para algumas famílias *essa abordagem não se constitui em problema, porém em alguns casos a exigência é de sigilo absoluto. Mães infectadas muitas vezes tem muita culpabilidade, não querem revelar o diagnóstico, e o apoio da psiquiatria nesses casos é imprescindível⁽⁶⁰⁾. A estratégia principal para garantir a adesão entre as crianças é introduzir a medicação como uma rotina, como escovar os dentes, minimizando o impacto da doença⁽⁶⁰⁾.*

Uma das questões importantes para a cascata de cuidados em Portugal é a melhoria do diagnóstico antes da concepção. Considera-se que na gravidez haja uma boa cobertura, porém, na pré-concepção ainda não há um investimento maciço na testagem para VIH e sífilis. O setor de Saúde Materna poderia incorporar essa rotina para melhorar o acesso à população^{(5),(22),(28),(52),(60),(72)}.

A questão dos imigrantes é um tema da máxima relevância na dinâmica da epidemia de VIH e SIDA em Portugal. Embora no país seja adotado o protocolo internacional para as gestantes VIH+ à risca, há problemas de adesão com a população imigrante – por exemplo, quanto à amamentação. No aleitamento materno o VIH está presente nos linfócitos do leite de mulheres infectadas que podem apresentar ou não sintomas. A carga viral no leite materno é um importante determinante do risco de transmissão. No recém-nascido, a porta de entrada do vírus são as mucosas nasofaríngea e gastrointestinal^{(56),(57),(58),(59),(60),(62),(71)}.

Considera-se que as portuguesas natas tenham adesão 100% ao protocolo gestacional, seguindo à risca a não-amamentação e o parto cesariana, além da medicação sem interrupções. Porém, por questões culturais, as mães que vem de outros países não seguem o protocolo e amamentam seus filhos, dificultando a eficácia do tratamento e a redução da transmissão vertical para zero⁽⁶⁰⁾.

Segundo as orientações da Organização Mundial da Saúde sobre o VIH e a alimentação dos lactentes, sempre que a substituição do leite materno por uma fórmula para lactentes seja **aceitável, exequível, acessível, sustentável e segura**, durante todo o tempo que a criança dela necessitar, é recomendável que as mulheres portadoras do VIH evitem completamente a amamentação. Independentemente do tipo de vigilância ou tratamento implementados antes, durante ou após o nascimento, o aleitamento misto (suplementação do leite materno com fórmula para lactentes) deve ser desencorajado, uma vez que agrava significativamente o risco de transmissão mãe-filho. Ao longo da vigilância pré-natal, a grávida VIH+ deverá receber informação sobre aleitamento e formas de prevenção da transmissão vertical. Deverá ser

assegurado à mãe, no momento da alta da maternidade, o acesso à supressão láctea e ao aconselhamento especializado em aleitamento ^{(56),(57),(58),(59),(60),(62),(71)}.

Em conformidade com o Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno, Biberões e Tetinas¹⁵, esta doação ou entrega gratuita dependerá de prescrição médica e distribuição em farmácias hospitalares^{(32),(60)}.

Mesmo tendo apenas quatro casos de transmissão vertical do VIH em 2014, *a meta é zero. Que não haja caso algum. Porém, o zero absoluto está submetido a fatores considerados pelos gestores como incontroláveis e impraticáveis, frente à imigração ininterrupta a que Portugal está submetida*^{(32),(60)}. Em Portugal o protocolo para gestantes VIH+ inclui a *testagem do parceiro*, e há relatos de parceiros não-infectados – e a necessidade de se manter práticas de proteção durante a gravidez⁽⁶⁰⁾.

Portugal apresenta associações que trabalham em zonas geográficas com comunidades migrantes, ainda muito ligadas a questões religiosas. Nesses grupos populacionais, há forte liderança dos curandeiros, a quem as pessoas recorrem prioritariamente. Considera-se, porém, que *em termos de dimensão nacional não há expressividade*⁽⁶⁰⁾. Segundo dados apurados, já houve tentativa de envolver diferentes religiões na construção da Resposta Nacional à epidemia de VIH e SIDA em Portugal, porém *não passou de uma primeira reunião – há muita dificuldade em abordar esses temas com a religião*^{(32),(60)}.

Para os adultos, seis meses sem tratamento já são considerados abandono; para crianças, três meses. São 370 casos de crianças em acompanhamento. Em caso de falta, há busca ativa feita pela assistente social. Há vínculo direto entre consulta e medicação – *se faltam à consulta, não pegam medicamentos*⁽⁶⁰⁾. O serviço de busca *ativa não é uniforme no país; há hospitais e equipas que o fazem, partindo da iniciativa da equipa do próprio hospital, apoio do serviço social, psicólogo, nutricionista*. Em outras regiões, essa busca é feita por Organizações de Base Comunitária⁽⁶⁰⁾. Uma das estratégias é organizar encontros com crianças e famílias, incluindo componentes lúdicos e pedagógicos, em que as crianças falam sobre questões da vida cotidiana, escolar, e também da revelação diagnóstica, adesão, alimentação, estigma... vários temas. Essa estratégia tem auxiliado na melhoria da adesão e no não-abandono dos tratamentos de SIDA em Portugal.

ONG Parceiras

Em Portugal existem várias organizações não-governamentais que, no exercício das suas atividades, trabalham as questões da infeção VIH em mulheres. Foram escolhidas, pelos gestores locais, a Associação Passo-a-Passo e a Associação Sol, que foram as duas associações visitadas.

a) Associação Passo-a-Passo

A Associação Passo a Passo trabalha com mulheres grávidas soropositivas para VIH, no componente de apoio social e articulação com a Maternidade Alfredo da Costa. Complementa o tratamento da profilaxia e o apoio social na franja populacional que são as mulheres

¹⁵ Publicado pela Direcção-Geral de Saúde em 2009, artigo 6.º ponto 6.6⁽⁶⁸⁾.

carenciadas. Apoio em geral, incluindo gênero alimentício. *Não adiante ter a profilaxia se depois não tem as condições básicas para dar um leite especial para não amamentar*, afirmam os entrevistados. Nos últimos anos, segundo depoimentos, *de todas as mulheres que foram acompanhadas, nenhuma deu à luz a uma criança infectada*.

A Associação já acompanhou mais de 1.800 crianças¹⁶, no trabalho desenvolvido com grávidas VIH+ em todo o país.

Há passos que não podemos dar sozinhos, diz o slogan da Associação.

A missão da ONG é *apoiar a mulher em sua gravidez, vivências sociais, pobreza, estigmatização e vulnerabilidade social, VIH e SIDA, serviços*. Acompanham grávidas com várias doenças crônicas, enfatizando o *direito à decisão e escolha*, inclusive com amplo conhecimento dos *direitos de saúde sexual e reprodutiva*.

As ações e respostas esperadas são explícitos: *A Associação Passo a passo tem como objetivos a criação de uma rede social para diminuir a prevalência da Transmissão vertical do VIH, contribuir para o bem-estar físico e social, envolver os companheiros, prevenir a gravidez não-desejada, incentivar o uso do preservativo e amparar (proteger) crianças em situação social vulnerável*.

As estratégias são dinâmicas de grupo com as grávidas, intervenção nos domicílios, com foco na discussão e expressão de sentimentos, do cuidado em essência dessas mulheres. O projeto não tem zona geográfica de abrangência, e a equipe é formada por Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Familiar, Obstetra, Enfermeira. Os atendimentos são supervisionados e as atividades desenvolvidas seguem o chamado *Protocolo Social*: entrevista social e psicológica, de acordo com seu contexto de vida; são realizados o aconselhamento, orientação, participação em seminários e outros.

Os profissionais envolvidos na ONG discutem em supervisão casos clínicos, articulações com o Serviço Social, participam de eventos nacionais e seminários temáticos, propõem capacitações – como por exemplo para os profissionais dos Hospitais de Referência de Lisboa.

O perfil das mulheres atendidas é: idade entre 19 e 41 anos, 35% sem companheiro, 53% com ensino básico incompleto, mais de 80% com sérias dificuldades socioeconômicas; mais da metade já estava com VIH+ na última gravidez anterior à atual (55%) e 15% são vítimas de violência doméstica. Não há qualquer distinção de cultura ou religião para ser atendido pela ONG.

Em casos graves – por exemplo, alcoolismo da mãe – é necessário reportar a situação ao Tribunal, e às vezes há necessidade de se aplicar medida de urgência, com retirada das crianças da tutela dessa mãe adoecida - ou seja, em situações de grave risco para as crianças, por exemplo o alcoolismo crônico dos pais, é necessário sinalizar a situação às entidades judiciais nomeadamente ao Tribunal.. A ONG tem uma assessoria jurídica com vínculo direto

¹⁶ Segundo DGS, 570 crianças. Os dados mencionados no corpo do relatório referem-se a dados obtidos nas entrevistas com os membros da Associação e confirmadas no site da mesma. Talvez haja uma discrepância em relação à extensão temporal do dado: desde o início de sua existência ou nos últimos cinco anos, por exemplo.

com o Tribunal, apoio do Gabinete. É uma ONG de referência para o próprio Tribunal, responsável também por pareceres, avaliação de situações-limítrofes.

A estimativa do envolvimento dos parceiros e maridos das mulheres atendidas na ONG é de 70%; as mulheres atendidas tem 100% de adesão às consultas, 0% de Transmissão Vertical. o apoio prestado pela Passo a Passo no âmbito do projeto torna-se essencial para as mulheres acompanhadas, bem como para os seus filhos, como por exemplo: apesar de existir uma circular normativa em Portugal em que consagra o apoio de leites aos filhos das mães portadoras de VIH existem situações em que as crianças necessitam de leites especiais que num caso concreto acompanhado pela Passo a Passo excede um custo mensal de 300€.

No Hospital e Maternidade Alfredo da Costa há uma Associação de Mulheres contra a violência doméstica, que faz parceria com a Passo a Passo. Quando precisam ser hospitalizadas, a ONG apoia dando suporte a eventuais filhos que estejam já nascidos, apoio geral para a mulher. A ONG tem parceria e protocolos com as farmácias, as pessoas vão com a receita, o remédio é passado para elas e depois a ONG paga mensalmente a farmácia – o que garante o anonimato das usuárias e o recebimento da medicação extra ARV. Os antirretrovirais são administrados no hospital, mas outros medicamentos, como vitaminas para as crianças, são retirados nessas farmácias parceiras.

Banco Alimentar Contra a Fome (BCF)

Esse projeto é uma entidade que existe em Portugal que faz protocolo de produtos alimentares, em acordo com o Serviço Social, União Europeia, e essa entidade gera tudo.

Instituições filantrópicas vão mensalmente buscar produtos alimentares, desde massa, atum, salsichas, arroz. Passo a Passo recebe cerca de 4 toneladas de alimentos por mês e distribuem para o país inteiro. É uma ONG do Governo Português. A colaboração é geral: *não há ninguém que não entre com um saquinho para entregar ao banco alimentar...associações participam com voluntariado para separar alimentos...*, afirmam as entrevistadas⁽⁶⁰⁾.

O BCF faz um trabalho de excelência: primeiro recolhem os alimentos, depois distribuem para as instituições, fazem relação de todas e controle minucioso, visitas. O dia semanal de visita na Passo a Passo é segunda-feira. Buscam os produtos frescos que são distribuídos semanalmente; mensalmente, distribuem os produtos secos. Há algum tempo o Banco contra a Fome ampliou as atividades e incluíram os chamados *Bens Doados*, produtos de limpeza, higiene, roupas, e a ONG Passo a Passo também tem um protocolo/ parceria nesse sentido. Buscam insumos uma ou duas vezes por ano, ou quando há necessidade. Em alguns casos há participação do Instituto Particular de Securidade Social (IPSS), em protocolo com Ministério da Securidade Social, para apoio a entidades sem fins lucrativos.

Adesão entre grávidas VIH+ em vulnerabilidade social

Os *momentos de partilha em grupo* são considerados muito importantes tanto para as grávidas atendidas pela ONG Passo a Passo como para a equipe de profissionais⁽⁶⁰⁾. A adesão reflete o respeito que essa Organização tem junto a essa população e junto à Sociedade em geral. O grupo é o espaço em que *as grávidas VIH+ conseguem falar sobre medos, receios, todas acham que os filhos vão morrer, ou elas vão morrer e os filhos ficarão órfãos.*

As estratégias para ocultar a não-amamentação são compartilhadas, por exemplo, dizerem “meu médico disse que tenho problema de saúde e não posso amamentar”, ideias e sugestões de lugares para esconder os remédios, como sótão, mala de viagem, embaixo da cama... retirada de rótulos das embalagens dos remédios, tanto delas como dos filhos. Há situações em que *peessoas da mesma família tem o mesmo problema e não sabem umas das outras*⁽⁶⁰⁾.

Nas maternidades, as placas com nomes dos médicos não trazem qualquer referência a SIDA. Ninguém sabe a especialidade daquele profissional a não ser quem está na consulta. Considera-se que a excelência no atendimento tanto da Maternidade Alfredo Costa como na ONG Passo a Passo *alterem comportamentos, aumentando o nível de crítica das mulheres em relação a direitos sexuais, reprodutivos e direito à não-violência, suporte psicológico, grupo, subsídios*⁽⁶⁰⁾. A adesão da grávida VIH+ a medicação durante o pré-natal tem como “mote” a mãe *ver o filho nascer sem SIDA. Após o parto, tomar remédio para ver o filho crescer. O filho é o grande motivador para uma adesão completa ao tratamento*. Como são mulheres vulneráveis, tem pouca autoestima, vivem sempre em função do outro, e em geral, quando a criança nasce, elas se esquecem de seguir em tratamento elas mesmas⁽⁶⁰⁾.

O apoio multiprofissional é indispensável para que essa mulher, que em termos epidemiológicos não é mais “grávida VIH+”, mas sim após o parto uma “mulher VIH+”, siga o tratamento em adesão integral⁽⁶⁰⁾. *Muitas mulheres são abandonadas pelos parceiros, sem família, e não podem partilhar a angústia com ninguém – o trabalho da ONG é crucial*⁽⁶⁰⁾.

Além do apoio psicológico e social, a ONG auxilia na regulamentação jurídica: documentação, regularização da situação no país – sem a situação regularizada, não podem obter emprego, apoio – preenchimento de papeis, encaminhamentos. Com a situação regularizada, a assistência em saúde está garantida para a mulher e para a criança. As mulheres são atendidas pela ONG durante um tempo determinado. Os projetos têm início, meio e final e os subsídios do Governo tem prazo de quatro anos. As situações de vulnerabilidade, adoção, relacionamentos clandestinos ou ilegítimos, prisões, a heterogeneidade é a marca dos atendimentos⁽⁶⁰⁾. Em 2016, cerca de sessenta mulheres estavam vinculadas à Associação Passo a Passo, e destas, nenhuma deu à luz a uma criança infectada. Sessenta mulheres, com Transmissão Vertical zero⁽⁶⁰⁾.

b) Associação Sol ou Casa Sol

Fundada em 1992, é uma associação que apoia crianças soropositivas, que nasceram de mães que não tiveram apoio de uma associação como a Passo a Passo. *SOL, representa, solidariedade, luz, esperança, promoção da igualdade de tratamento e apoio na luta contra a discriminação e na promoção da cidadania e dos direitos do Homem e da Criança*.



Figura 18. Logotipo temático da Casa Sol em Portugal, 2016. Fonte: sol-criancas.pt, 2016.

As crianças vivem na sede da Associação, são residentes, e ali recebem alimentação, moradia, enfim, todos os cuidados, incluindo a administração da medicação prescrita. Todos vão à escola. A administração do tratamento para SIDA segue os moldes de Tratamento Diretamente Observado. Os jovens ali permanecem até sua organização de vida, em geral em torno dos 17, 18 anos. A Associação Sol intervém a nível nacional, de norte a sul do país, mas com maior incidência na área metropolitana de Lisboa^{(60),(74)}.

Com base no texto apresentado no site e nas entrevistas e na visita realizada à entidade em Abril de 2016, pode-se afirmar que a Associação SOL foi precursora ao criar uma filosofia própria diferente do que existia até então. Com um número restrito de crianças, em que fomenta a proximidade afetiva, a confiança, a segurança, o sentimento de pertença e emergindo sempre o sentimento de família, neste caso uma família à antiga, numerosa. A Casa SOL procura inovar em relação ao modelo tradicional de instituição^{(60),(74)}.

Cria nas crianças um sentimento de conforto e pertença, como tal palavras como refeitório, dormitório e recreio são substituídas por casa de jantar, quarto dos meninos, das meninas e jardins. As crianças têm horários para as tarefas, e também tem liberdade para brincadeiras, televisão, jogos, numa vida em coletividade, mas com possibilidades de desenvolvimento identitário. A relação entre os meninos e os adultos assume também uma forma particular. Não são “Preceptores ou Educadores” mas sim “Tias” e “Tios”, promovendo um relacionamento que pode ser considerado mais afetivo e familiar do que em instituições de assistência^{(60),(74)}.

Não existe limite de idade para permanecer na Casa SOL. Alguns jovens planejam ir embora aos 18 anos, porém seguem vivendo mais tempo; outros, com progresso nos estudos e nas profissões escolhidas, saem antes do programado. Estas crianças são consideradas “os donos da Casa”, e dela só saem quando um dia acharem que estão preparadas para isso, exceto em casos que se consegue que estas crianças sejam adotadas ou integradas na sua família de origem^{(60),(74)}.

Por estas razões a Associação SOL foi distinguida na Sede da UNESCO em Paris em 15 de Outubro de 2000 pela sua filosofia piloto. A 10 de Dezembro de 2001, na Assembleia da República, foi laureada com a atribuição por unanimidade do Prémio dos Direitos Humanos. Em 14 de Junho de 2003 teve a confirmação de ONG (Organização não Governamental) com o estatuto especial consultivo no Conselho Económico e Social das Nações Unidas^{(60),(75)}.

Os encaminhamentos dos casos são realizados por entidades públicas, privadas, tribunais, comissões de proteção aos menores, centros de saúde, centros regionais de segurança social e outras instituições. São crianças que nascem doentes, são negligenciadas, são abandonadas, tomam medicamentos várias vezes por dia, toda a vida, são sujeitos a internamentos prolongados, deslocam-se 3 a 4 vezes por mês ao hospital por questões de rotina – análises, tratamentos, consultas, apoio psiquiátrico e outros, provêm de famílias quase sempre disfuncionais, possuem ligações frágeis com a família, quando possuem, estão sujeitos a dietas rigorosas, vendo-se privados de alguns alimentos favoritos de todas as crianças, são órfãos ou vão sê-lo num futuro não muito longínquo, são preteridos no que respeita à adopção e por vezes, são discriminados^{(60),(74)}.

Após o contato inicial por um técnico com formação específica, que no caso da Associação é uma assistente social, são desencadeadas parcerias e articulações potenciando sempre os recursos comunitários e a participação ativa daqueles que os procuram, de forma a responder o melhor possível ao pedido de ajuda que é feito. À entidade referenciadora cabe o início de enquadramento legal junto do tribunal que depois de averiguada e confirmada a situação confere a tutela da criança à Associação SOL. Independentemente da esperança de vida que uma criança possa ter, o princípio orientador da ação da SOL é a qualidade de vida com que ela vive os seus dias^{(60),(74)}.

Para os idealizadores da Casa Sol, o Projeto de vida de uma criança infectada e afetada pelo vírus da SIDA é encarado nesta associação na mesma perspectiva com que se enquadra o de uma criança saudável. Tendo sempre presente as suas necessidades específicas, há que proporcionar-lhes tudo aquilo que ela, como criança, tem direito, a saber a possibilidade de crescer num ambiente familiar em clima de felicidade, amor e compreensão⁽⁶⁰⁾.

A Casa Sol proporciona condições de dignificação e inserção social às crianças que foram abandonadas por conta de sua sorologia positiva para VIH, num trabalho de inclusão, promoção de saúde e assistência completa. A forma de tratamento pessoal e as possibilidades de Tratamento Diretamente Observado são simbolizados, por exemplo, na “sala do Piu Piu”, em que todos os medicamentos são acondicionados em recipientes apropriados, com os respectivos nomes e horários de ingestão de cada uma das crianças e jovens⁽⁶⁰⁾. Estratégias inclusivas aumentam a adesão entre jovens e crianças, sendo a linguagem dos desenhos e filmes pertinentes às respectivas faixas etárias formas de tratamento com maior impacto e sustentabilidade na adesão ao tratamento medicamentoso e à decisão de ampliar a adesão a hábitos considerados benéficos para o sujeito para outras áreas da vida^{(20),(21)}.

Tabela-síntese - Portugal

1	GERAL		Referências¹⁷
1.1	População residente	10.833.816	32,34,36,39,62,63,66,70
		10.341.300	40
	Homens	5.291.305	32,34,36,39,62,63,66,70
	Mulheres	5.542.511	32,34,36,39,62,63,66,70
1.2	População urbana	63,5%	32,34,36,39,62,63,66,70
	Taxa de urbanização	0,97% ao ano	32,34,36,39,62,63,66,70
1.3	Expectativa de vida ao nascer (em anos)	79,3 anos	32,34,36,39,62,63,66,70
		80,41	40
	Homens	75	32,34,36,39,62,63,66,70
		77,36	40
	Mulheres	82	32,34,36,39,62,63,66,70
		83,23	40
1.4	Taxa de fertilidade	1,53 crianças/mulher	32,34,36,39,62,63,66,70
		1,30 crianças/mulher	40
	Taxa de fecundidade geral	36,0/1000 mulheres /idade fértil	40
	Índice sintético de fecundidade	1,23	40
	Idade média gestacional	29,5 anos	40
1.5	Taxa de crescimento da população	0,07%	40
1.6	Número de nascidos vivos	49.490	40
	Taxa de nascimentos	9,1/ 1.000 habitantes	32,34,36,39,62,63,66,70
	Taxa de natalidade	8,25/1.000 habitantes	40
1.7	Prevalência de contraceção	86,8%	32,34,36,39,62,63,66,70
1.8	Partos com especialistas (%)	99,37	72
	Total de Partos/ Atendidos em estabelecimentos de saúde	81.591/ 81.077	72
	Partos - estabelecimentos de saúde	65,3	72

¹⁷ Ver página 46 e seguintes referência completa correspondente à numeração.

	Taxa de cesarianas	38,28%	39
		33,5%	72
1.9	Crianças menores de 5 anos abaixo do peso	8%	71
	Mortalidade < 5 anos de idade	3,60/ 1.000 nascidos vivos	71
1.10	Taxa Bruta de Mortalidade/ 1.000 habitantes	10,48 11,1	40 32,34,36,39,62,63,66,70
	Mortalidade Fetal	2,3/ 1.000 nascidos vivos	40
	Taxa de Mortalidade infantil	2,92/1.000 nascidos vivos 4,4/1.000 nascidos vivos	40 32,34,36,39,62,63,66,70
	Taxa de Mortalidade Neonatal	2,05/1.000 nascidos vivos	40
	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	1,37/1.000 nascidos vivos	40
	Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal	0,88/ 1.000 nascidos vivos	40
1.11	Mortalidade materna/ 100.000 nascidos vivos	0,00	40
2	GESTANTES - PTV		
2.1	Cobertura de Pré-Natal	100%	51,55,60
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	68.000	39
2.2	Cobertura de PTV	100%	39
	% de gestantes testadas	100%	39
	VIH positivas na testagem	233	39
	Incluídas no PTV	233	39
2.3	Estimativa de % de gestantes VIH+ TARV	86,6%	51,55,60
2.4	Taxa de transmissão vertical VIH	1,7%	51,55,60
2.5	Soroprevalência do VIH entre gestantes	0,20 – 0,30	39
2.6	Início do programa Prevenção Transmissão Vertical no país	1999	40

			32,34,36,39,62,63,66,70
2.7	Unidades que realizam PTV	17	39
3	VIH/SIDA e SÍFILIS		
3.1	Sítios sentinela	25	
	Pacote Estatístico	SI.VIDA	39
	Tipo de epidemia	Concentrado	39
3.2	Conhecimento sorologia	70%	51,55,60
	Centros de Aconselhamento e Testagem (CAD)	23	EE_2012
		16	DGS, 2017
	Testagem para VIH	15.989 (2014)	51,55,60
	Resultados positivos	152 (0,95%)	51,55,60
	Testes em crianças	100%	51,55,60
	Cobertura testagem VIH gestantes	100%	39
3.3	Incidência do VIH e SIDA	11,7/100.000 habitantes (VIH) 2,1/100.000 (SIDA)	51,55,60
	Homens	38.369	39
	Mulheres	14.693	39
	Prevalência do VIH - Geral	0,6%	39
	Prev. do VIH adultos 15- 49 anos	0,6%	39
	Número de casos de SIDA	322	72
	Prevalência do VIH entre gestantes	0,29% (0,2% - 0,3%)	39
3.4	Transmissão sexual	96,0%	39
		92,3%	51,55,60
	Transmissão vertical	1,7% (4 casos)	39
3.5	Número casos notificados desde 1983	53.072	39
	Adultos > 15 anos	7.777	39
	Grávidas soropositivas para VIH	233	39
	Casos de transmissão vertical do VIH	4	51,55,60
3.6	Órfãos por causa da doença	s/d	

3.7	Mortes relacionadas ao VIH/SIDA/ 100 000	1.317 3,8/100.000	51,55,60
3.8	Casos de sífilis notificados	795	51,55,60
	Taxa de coinfeção VIH-sífilis	6,3%	51,55,60
	Número total de casos de sífilis congênita notificados	9	35, 51,55,60
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV	82,5%	51,55,60
	Administração de TARV	Hospitais	51,55,60
	VIH+ registrados em hospitais	26.580	39
	Cobertura ARV para gestantes VIH+	100%	51,55,60
	Cobertura de TARV para tratamento profilático de crianças expostas	100%	51,55,60
4.2	População em TARV	30.956	39
	Adultos	22.005	39
	Pessoas com carga viral indetectável (< 50 cópias/ML)	17.249 (78,4%)	39
	Gestantes VIH+ em TARV	239	39
	Crianças	4	39
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	3,4/1.000 – 203,2/100.000 Habitantes - 22,5/ 100.000 leitos em hospitais especializados	32,34,36,39,62,63,66,70 72 72
	Número de Hospitais	226	72
	Número de Centros de Saúde	388	72
5.2	Profissionais de saúde	TOTAL: 124.192 – elementos estatísticos 2012	
	Número total de médicos	24.490	EE_2012
	Número de médicos/ 100.000 habitantes	468,1/100.000 habitantes	72

	Número de enfermeiros	39.526	EE_2012
	Número de enfermeiros/ 100.000 habitantes	653,9/ 100.000 habitantes	72
	Dentistas	8.773	72
	Número de dentistas/ 100.000 habitantes	84,7/100.000 habitantes	72
	Farmacêuticos	12.119	72 e EE_2012
	Número de farmacêuticos/ 100.000 habitantes	117,0/100.000 habitantes	EE_2012
	Técnicos de laboratório	7.587	72
	Outros profissionais de saúde (médicos – outras especialidades)	19.761	72
	Outro pessoal técnico superior	3.833	EE_2012
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	1.071	72
6.	ONG PARCEIRAS	Passo a Passo Associação Sol	51,55,60

Conclusões e Recomendações

Aspectos a serem valorizados - Pontos Positivos

Considerando-se a importância de se pautar as políticas públicas em evidências científicas, Portugal tem esse mérito: as políticas e ações tem como base as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde.

A Opção B+ está efetivamente implementada no país, e a estruturação do *Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança, da Sociedade Infecologia Pediátrica – Sociedade Portuguesa de Pediatria* logo no início das ações governamentais traz consistência no acompanhamento das gestantes e crianças infectadas pelo VIH no país.

A implementação do novo sistema de notificação, o *Sistema de Informação para o VIH/SIDA - SI.VIDA*, foi um passo considerado extraordinário em direção a uma nova compreensão da dinâmica nacional da epidemia de VIH e SIDA: os dados melhor qualificados permitem também comparação com outras dinâmicas de epidemias em outros países, formas de transmissão, grupos vulneráveis, e portanto maneiras de se construir respostas a nível nacional que sejam eficazes. A introdução do sistema SI.VIDA e a harmonização da informação epidemiológica entre este sistema, o *Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SINAVE* e a informação proveniente diretamente do *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA* constituem um avanço significativo na qualidade da informação disponível relativamente à infecção por VIH. A partir de 2016, o esforço seria dirigido para a conclusão da sua implantação, para a melhoria da qualidade de introdução da informação e da integração dos sistemas informáticos hospitalares e para a análise desagregada da informação, por região de saúde e por unidade hospitalar. A notificação é separada, para VIH e para SIDA, uma especificidade importante.

Portugal inclui os imigrantes, legalizados ou irregulares, em todas as estruturas de atenção à saúde, inclusive com disponibilização de medicamentos e exames, o que nem todos os países fazem. Um aspecto muito positivo na Resposta Nacional à epidemia de VIH e SIDA em Portugal é a possibilidade de amparo legal às ações de prevenção e assistência. Por exemplo, o Programa de Troca de Seringas foi decisivo para que a transmissão do VIH entre usuários de drogas injetáveis passasse de mais de 50% (1999-2000) para 3,9% (2015). Mesmo considerando-se as alterações dos padrões de consumo, a redução é significativa.

Também em relação à possibilidade da interrupção da gravidez amparada pelo Governo, respeitadas as condições determinadas, o aspecto positivo da assistência plena à mulher que faz essa escolha até a 10ª. semana de gestação. Importante pensar na articulação das estratégias de Saúde Sexual, Reprodutiva e Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e SIDA.

Nos últimos cinco anos, com a reestruturação do Programa Nacional, houve melhoria da notificação e um notável decréscimo em todos os indicadores epidemiológicos: incidência, prevalência e mortalidade. O diagnóstico está sendo efetuado mais precocemente, em cerca de 51% da população, e a inclusão dos testes rápidos como rotina nos atendimentos permite a amplificação do conhecimento da sorologia por parte da população.

Com o conhecimento apurado da distribuição geográfica da epidemia - em 2014, nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e no Algarve ocorreram 68,5% dos novos casos notificados da infeção por VIH em Portugal, o Programa tem instrumentos para construir respostas eficazes de controle e prevenção.

Em relação à prevenção e assistência, Portugal tem uma preocupação específica com a população prisional. Mesmo enfrentando dificuldades, algumas estratégias como disponibilização de insumos e movimentos de assistência são realizados. A população privada de liberdade não é uma “população invisível”, dentro das populações vulneráveis. O desenvolvimento de materiais específicos para população imigrante, com figuras, com preocupação em acessar o público que não entende o idioma, é uma ação positiva e que terá impacto direto, posto que essa população está especialmente suscetível a infecção pelo VIH e outros agravos em Portugal. O desenvolvimento de insumos de prevenção específicos, como o “kit sexy” para HSH é um exemplo de ação direcionada a população vulnerável com grande possibilidade de impacto positivo na redução das infecções sexualmente transmissíveis (não apenas VIH e SIDA), bem como aumento da adoção de comportamentos preventivos.

O papel das Organizações Não-Governamentais na resposta nacional é digno de nota. A assistência não se limita a uma simples disponibilização de insumos, mas abrange desde apoio no processo de legalização do cidadão até o acompanhamento da pessoa durante o tratamento, permitindo reconhecimento da doença, dos estigmas, e movimentos para redução dos preconceitos e problemas inerentes. Tanto a ONG Passo a Passo, que cuida das gestantes VIH+, como a ONG Casa Sol, tem atuações relevantes, complexas e que vão mais-além do que uma intermediação entre governo e doentes. Construíram ações significativas, integradas, completas, abrangendo todos os aspectos da vulnerabilidade das pessoas acometidas pelo vírus.

Em relação ao Protocolo de Amamentação e Parto para mulheres VIH+, o parto realizado por especialistas em ambiente hospitalar tem elevada porcentagem. A questão da cesariana ainda é tema para discussões e estudos, sendo no momento recomendado parto vaginal para grávidas sob terapêutica e com carga viral indetectável. Abaixo das 1.000 cópias também pode ser ponderado este tipo de parto, sendo a opção feita de forma individualizada, caso a caso. Só acima das 1000 copias é que está recomendada, em Portugal, a cesariana eletiva. Em relação à amamentação, segue-se à risca a administração do supressor de leite e o fornecimento da fórmula láctea para toda gestante VIH+, enfrentando inclusive os tabus e questões culturais inerentes a esse procedimento.

Outra estratégia importante, positiva e digna de compartilhamento é o trabalho de Educação realizado nas escolas pelos membros do mencionado Grupo de Trabalho: ações de esclarecimento, informações, orientações e o envolvimento da escola, família e equipe médica nos cuidados à criança, informando e dando todo suporte clínico, deve ser considerado um diferencial relevante.

O aumento do acesso das pessoas infectadas por VIH à Terapia antirretroviral combinada (TARc) ultrapassou 80% e, destes, cerca de 80% apresentava-se em supressão virológica, no final de 2014. Portugal adota o critério de supressão de carga viral em 50 cópias/mL, porém para efeitos comparativos, ao se adotar o critério de 200 cópias/mL, os índices

de supressão atingem patamares mais elevados. A Cascata de Cuidados em Portugal encontra-se em pleno desenvolvimento e implementação: aumento da testagem, aumento da adesão aos tratamentos, aumento da supressão da carga viral, caminhando a passos largos para a completude da meta 90-90-90.

Em relação a tuberculose, a resposta nacional é consistente e o respectivo Programa Nacional tem muito a contribuir para o Programa de combate a SIDA. Nos últimos anos, tem ocorrido uma diminuição da incidência da tuberculose no país, atingindo em 2014 o limiar de 20/100.000 habitantes. Há evidência da redução de transmissão recente da tuberculose e notificação precisa de suas diferentes formas extrapulmonares, assim como o conhecimento dos fatores de risco associados. Essa compreensão da dinâmica da epidemia de tuberculose, os fatores de risco associados e a elevada prevalência entre pessoas com VIH e SIDA é um fator positivo e que merece ser compartilhado, mesmo com as possíveis melhorias no rastreio e comprovação por meio laboratorial.

Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

A acurácia dos dados e a precisão das publicações traz os pontos de vulnerabilidade do sistema, registrados em relatórios de âmbito nacional, cujas referências encontram-se ao final do presente texto.

Em relação à notificação e publicação dos dados epidemiológicos, como até 2010 os dados eram secundários, Portugal foi duramente criticada em diversos organismos internacionais pelo fato de seus dados não serem facilmente comparáveis com dados de outros países. Porém, a implementação de sistemas fidedignos sempre foi uma preocupação para os gestores e completa reformulação e atualização dos sistemas de notificação de casos. Recomenda-se que seja feita a divulgação maciça do site da Direcção Geral de Saúde, em que importantes documentos oficiais estão disponíveis e acessíveis, e todos os dados epidemiológicos de todos os agravos em saúde, além dos dados demográficos e geopolíticos, estão apresentados.

O esforço empreendido para a implementação do sistema de notificação, os custos, investimentos e trabalho coletivo incansável merecem esse reconhecimento internacional. Os dados coletados pelo sistema e incluídos nos boletins de *Doenças de Declaração Obrigatória* não incluem os dados das coinfeções com VIH e vice-versa, assim como a relação de coinfeção com a tuberculose. Essa é uma lacuna a ser avaliada, pois a adesão aos respectivos tratamentos precisa ser pensada, assim como as estratégias para definição de linha de tratamento, de acordo com os quadros clínicos apresentados. Recomenda-se a integração dos respectivos bancos de dados e atualização dos dados epidemiológicos.

Em relação à transmissão mãe-filho da infeção por VIH houve, em 2014, um pequeno acréscimo do número de casos. Mesmo considerando a reduzida expressão numérica (4 casos) e a dificuldade de controle de situações de afluxo de pessoas provenientes de outros países no período final de gravidez, este acréscimo deve incentivar a melhoria da estratégia de diagnóstico e adesão ao seguimento médico regular durante a gravidez das mulheres infectadas pelo VIH.

Sugere-se a intensificação das ações de busca ativa de parceiros de grávidas infectadas, bem como acompanhamento sistemático das gestantes para reduzir ou zerar a percentagem das “perdas de vista”. Não foi possível obter dados gerais sobre os “órfãos da SIDA” em documentos oficiais tanto de Portugal como de organismos como UNICEF, WHO e outros. Em 2014, a proporção de novos casos de infeção por VIH coinfectados por outras IST (nomeadamente a sífilis – 6,3%) foi mais elevada que a proporção apresentada pelo conjunto da população em seguimento hospitalar, facto que deve merecer atenção particular e a adoção de medidas específicas em relação a outras infeções sexualmente transmissíveis.

Em relação à tuberculose, há um intervalo de algumas semanas entre o início de sintomas, o diagnóstico e o início de tratamento. É necessário aumentar a suspeição nas comunidades de maior risco, entre os profissionais de saúde e melhorar o acesso a serviços de tuberculose (centros de diagnóstico de tuberculose ou consultas de tuberculose). Uma redução mais acentuada vai exigir melhorias em termos de diagnóstico mais precoce, rastreio de contactos e definição de estratégias que garantam que os doentes fazem o tratamento até ao fim de forma adequada. Para aumentar o sucesso terapêutico e redução das formas resistentes é importante garantir que se obtenha o teste de suscetibilidade aos fármacos antibacilares, assim como garantir que o doente efetua o tratamento de forma adequada. O sucesso terapêutico das formas multirresistentes tem melhorado, provavelmente traduzindo já o efeito da centralização destes casos em centros de referência para a tuberculose multirresistente. Apesar da diminuição, o número de casos de tuberculose é ainda elevado. O rastreio de infeção latente nas populações de risco identificadas, particularmente contactos de doentes com tuberculose, populações infetadas por VIH, pessoas candidatas a terapêuticas biológicas, é fundamental para que se mantenha a redução de casos de doença no país. A proporção de doentes que fazem tratamento preventivo no contexto de comorbidades por VIH é muito reduzida, particularmente tendo em consideração que Portugal apresenta uma taxa elevada de coinfeção TB/VIH. O rastreio para casos de VIH entre os doentes de tuberculose e vice-versa, o rastreio para casos de tuberculose entre pacientes VIH+, precisa ser intensificado. Pelo menos um fator de risco social esteve presente em 24,6% dos doentes de tuberculose. Assim como na resposta nacional à epidemia de VIH, uma estratégia importante pode ser a criação de redes sustentadas de partilha de ações com outras entidades fora do sistema nacional de saúde, de forma a atingir as populações mais vulneráveis à doença. A sustentabilidade dos serviços de luta anti-tuberculose é fundamental, garantindo o conhecimento dos seus profissionais, de forma a assegurar a contínua redução de casos, a melhoria do sucesso terapêutico, a redução das formas multirresistentes e o sucesso terapêutico destas formas de tuberculose mais complicadas.

Em relação à saúde privada, embora em alguns dados epidemiológicos fique explícito o fornecimento dos dados relativos a determinados agravos e intervenções, como por exemplo a questão da interrupção da gravidez, não fica claro em outros temas o quanto é relativo a esse setor. Toma-se como se todos os dados epidemiológicos oficiais em VIH, SIDA e tuberculose fossem relativos às estruturas de saúde pública. Recomenda-se maior explicitação dessa integração em todos os boletins oficiais. Também se recomenda que todo o material oficial contenha ficha catalográfica, com os dados completos da publicação.

Os dados aqui sistematizados correspondem ao ano de 2016, já estando modificados, com melhorias, como apresentado em reunião de 05/abril/2018 em Brasília/DF, Brasil.

REFERÊNCIAS:

1. ALCORN, Keith. **Can Europe reach the 90-90-90 target for HIV treatment by 2020?** Eastern Europe unlikely to reach 90-90-90 target by 2020. 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS). Barcelona, 2015.
2. AMARO, Fausto; FRAZÃO, C.; PEREIRA, E.; e CUNHA-TELES, L. - **HIV/AIDS Risk Perception, Attitudes and Sexual Behavior in Portugal.** International Journal of STD /AIDS. Sage Publications. 2004. 15.
3. CAIRNS, Gus - **When will Europe get PrEP?** 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS), Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck & Co., Inc., and ViiV Healthcare. Barcelona, 2015.
4. COATES, Thomas; RICHTER, Linda; e CACERES, Carlos - **Behavioral strategies to reduce HIV transmission: How to make them work better.** Lancet. Elsevier. 372 (9639). 2008.[consulta em 5 novembro de 2016]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60886-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60886-7).
5. CORTES Martins, H.; KISLAYA, I.; NUNES, B. **Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA - Evolução temporal da idade à data de diagnóstico de infeção VIH/SIDA em Portugal: 1983-2012.** Observações_Boletim Epidemiológico, INSA, Lisboa.
6. CORTES MARTINS, Helena - **Casos de Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana diagnosticados em Portugal em jovens dos 15 aos 24 anos, 1983-2012.** Observações. Boletim Epidemiológico. Lisboa: INSA. 2014. ISSN: 0874-2928 2182-8873.
7. CPLP/UNAIDS - **Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados.** Coordenação da Publicação ONUSIDA-Brasil. 2010.
8. DUQUE, Vítor - **Subtipos Circulantes e Fenómenos de Resistência Genotípica na Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Tipo 1.S/edição.** Coimbra. Edição do autor, 2006.
9. ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control - **Evidence brief: HIV prevention in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report.** Stockholm: ECDC; 2015c.
10. ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control - **HIV testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union.** Stockholm: ECDC; 2010. ISBN 978-92-9193-224-5.
11. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control - **Evidence brief: HIV and treatment. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report.** Stockholm: ECDC; 2015b.
12. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control - **Thematic report: Migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report.** Stockholm: ECDC; 2015a. ISBN 978-92-9193-654-0. doi 10.2900/628779.
13. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control. **Evidence brief: HIV and men who have sex with men – Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report.** Stockholm: ECDC; 2015d. ISBN 978-92-9193-668-7. Doi 10.2900/414056.
14. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe - **HIV/AIDS surveillance in Europe 2013.** Stockholm: ECDC; 2014. ISBN 978-92-9193-608-3. ISSN 2363-3085. doi 10.2900/42271.
15. EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL - Le Sida. Bruxelles: Commission Européenne, 2006. European Commission. **Commission Staff Working Document - Action Plan on HIV/AIDS in the EU and neighboring countries: 2014-2016.** 2014. SWD (2014) 106 final. Bruxelles, 2014.
16. FRIEDEN, Thomas - **Commemorating 30 Years of HIV/AIDS.** Media Statement. CDC, 2 June, 2011.

17. KALICHMAN, Seth - **Time to take stock in HIV/AIDS prevention**. AIDS Behaviors. New York: Springer. 2008/Vol.12. 2008, p.333-334.
18. KARIM, Abdool e KARIM, Quarraisha - **Antiretroviral prophylaxis: A defining moment in HIV control**. Lancet.London: Elsevier. 2011/Vol.378 (9809), 2011, p.23-32.
19. KURTH, Ann; CELUM, Connie; BAETEN, Jared; VERMUND, Sten; e WASSERHEIT, Judith. - **Combination HIV prevention: Significance, challenges, and opportunities**. Current HIV/AIDS Reports Journal. New York: Springer, 2011/Vol.8:1(2011), p. 62-72.
20. LIMA, Helena Maria Medeiros. **Prevenção às DST e aids entre jovens universitários de São Paulo**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.
21. LIMA, Helena Maria Medeiros. **Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas em São Paulo/ Brasil**. Curitiba, CRV Editora: 2010.
22. LUCAS, João - **Os Portugueses e a Sida: inquérito nacional sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos associados à sida**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.1987/Vol.5: 3-4 (1987), p. 89-100.
23. LUNDGREN, Jens - **Antiviral therapy – thinking ahead: implications of the DAD and START studies**. 15th European AIDS Conference and 17th International Workshop on Co-morbidities and Adverse Drug Reactions in HIV. Barcelona, 2015.
24. MANSERGH, Gordon; KOBLIN, Beryl; e SULLIVAN, Patrick - **Challenges for HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in the United States**. PLOS Medicine. San Francisco: Public Library of Science. 2012/Vol.9:8 (2012).
25. MARLATT, Allan. *Redução de Danos*. SP: Martins Fontes ed., 1998.
26. MARZEC-BOGUSLAWSKA, Anna - **VIH/SIDA: Os dez anos da Declaração de Dublin não constituem um momento para nos congratularmos, mas sim para refletirmos**. Boletim informativo Saúde-UE 141, 2014. DOI:<http://ec.europa.eu/health/newsletter/141/focus_newsletter_pt.htm> acesso em 15/12/2016.
27. MATOS, Margarida; e equipa do Projeto Aventura Social & Saúde - **A Saúde dos Adolescentes portugueses (quatro anos depois)**. Lisboa: Edições FMH. 2006. ISBN:978-989-95849-5-2.
28. OLIVEIRA, Aliete - **Preservativo, Sida e Saúde Pública – factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/sida**. Col. Ciências e Culturas, Nº 10. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. ISBN: 978-989-8074-62-1.2008.
29. PÁDUA, Elizabeth, LAMEIDA, Catarina, ÁGUA-DOCE, Ivone, CORTES MARTINS, Helena - **Evolução de casos de transmissão VIH-1 da mãe ao filho em Portugal** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP XI Congresso Nacional de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica & IX Congresso Nacional sobre SIDA, 12-15 dezembro 2012. DOI <<<http://hdl.handle.net/10400.18/1559>>>.
30. PONTE, Cristina - **A cobertura de epidemias na imprensa portuguesa. O caso da Sida**. Actas dos III Sopcom, IV Lusocom e II Ibérico, Covilhã, Universidade da Beira Interior. Vol. IV, 2005, p. 53-60. ISBN – 972-8790-39-2.
31. PORTUGAL. **A Direcção-Geral Da Saúde: Notas Históricas – VIEGAS, Valentino (org). FRADA, João, MIGUEL, José Pereira**. LISBOA, 2006. Paper. 48p.
32. PORTUGAL. **A Saúde dos Portugueses – Perspectiva 2015**. DGS, julho de 2015.
33. PORTUGAL. **Centros de Saúde e Unidades Hospitalares Recursos e Produção 2012**. DSIA/DESM 2 Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise/ Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização. Lisboa, DGS: 2012. ISSN 2183-6043
34. PORTUGAL. **CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011**. Doc. 143. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2012. ISBN: 978-972-8643-68-3. ISSN: 0872-4334.

35. PORTUGAL. **Doenças de Declaração Obrigatória 2012-2015 VOLUME I – Portugal**. Direção-Geral da Saúde Direção de Serviços de Informação e Análise Divisão de Epidemiologia e Vigilância. Lisboa, 2012.
36. PORTUGAL. **Elementos Estatísticos de Saúde 2011/2012**. Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização - Direção de Serviços de Informação e Análise. Direção-Geral da Saúde, 2011-2012. Governo de Portugal. Ministério da Saúde. 138p
37. PORTUGAL. **Estudo com Homens que têm Sexo com Homens, Relatório Comunitário HSH, PREVIH, 2011 e Estudo com Trabalhadores do Sexo, Relatório Comunitário HSH, PREVIH, 2011**. GDH – ACSS/DGS base de dados do ano 2014, consultada em 2015. INSA/DDI-URVE (31.08.2015)
38. PORTUGAL. **Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010**. Ministério da Saúde - WHO. Lisboa: DGS. 2010.
39. PORTUGAL. **Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015**. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA - Governo de Portugal, Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde Direção de Serviços de Informação e Análise. ISSN: 2183-0754. Lisboa, novembro de 2015.
40. PORTUGAL. **Inquéritos aos Hospitais – Inquérito aos Centros de Saúde**. Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização - Direção de Serviços de Informação e Análise. Direção-Geral da Saúde. Governo de Portugal. Ministério da Saúde. Lisboa, 2016. 138p
41. PORTUGAL. **Orientações Programáticas**. DGS – Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. Ministério da Saúde. Lisboa, 2012a.
42. PORTUGAL. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos, vol. I – Prioridades**. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS. 2004. ISBN Coleção: 972-675-108-X.
43. PORTUGAL. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - 6. Indicadores e Metas em Saúde (Janeiro 2012)**. – DGS – Direção Geral da Saúde, Lisboa, 2012.
44. PORTUGAL. **Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infeção VIH/sida 2007-2010: um compromisso com o futuro**. Coordenação Nacional para a Infeção VIH/sida. Lisboa. Ministério da Saúde. 2007. ISBN 978-972-8478-18-6.
45. PORTUGAL. **Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2. Versão 1.0**. DGS – Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2015.
46. PORTUGAL. **Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infeção por VIH-1 e VIH-2**. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. . DGS – Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012b.
47. PORTUGAL. **Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infeção por VIH (RNHR VIH)**. Ministério da Saúde. Lisboa, 2015.
48. PORTUGAL. **Relatório Anual do Programa Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão – PNVIH/SIDA e ANF**. Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2011.
49. PORTUGAL. **Relatório dos registos das interrupções da gravidez dados de 2015**. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS, 2016.
50. PORTUGAL. **Saúde Mental em Números – 2015**. Programa Nacional para a Saúde Mental – DGS – Direção Geral da Saúde, Lisboa – março 2016. ISSN: 2183-1505
51. PORTUGAL. **Vigilância Laboratorial da Tuberculose em Portugal : relatório 2012**. Coleção: *Relatórios científicos e técnicos*. Ministério da Saúde: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) ISBN: 978-972-8643-85-0. Lisboa, dezembro de 2013.
52. ROTHERHAM - BORUS, Mary; SWENDEMAN, Dallas; e CHOVNICK, Gary – **The past, present and future of HIV prevention: Integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention**. Annual Review of Clinical Psychology. Los Angeles: Annual Reviews. 2009/Vol.5. (2009),p.143-167.

53. TORRE, Carla; LUCAS, Raquel; e BARROS, Henrique - **Syringe exchange in community pharmacies – the Portuguese experience. *International Journal of Drug Policy***. London: Elsevier. 2010/ Vol. 21.2010, p.514-517.
54. United Nations General Assembly - Special Session on HIV/AIDS, (March, 2009a), **Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2010 reporting**. Genève, WHO.
55. VICÊNCIO, Paula e PINTO, Cátia Sousa. **SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – Sífilis e Sífilis congênita em Portugal**. DGS, Direção nacional da Saúde. Divisão de Epidemiologia e Vigilância, apresentação realizada em abril de 2016, Lisboa.
56. WHO (Nov.2009b) **HIV and Infant Feeding, Revised Principles and Recommendations – Rapid Advice**, Genève, WHO.
57. WHO (March 2008), **HIV transmission through breastfeeding: a review of available evidence - 2007 update**, Genève, WHO.
58. WHO CONSENSUS STATEMENT (Oct. 2006), **HIV and Infant Feeding Technical Consultation- Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants**, Genève, WHO, 25-27.
59. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA, (2003) **HIV and Infant Feeding, Guidelines for decision-makers**, Genève, WHO.
60. Dados obtidos na visita de campo em entrevistas, visitas e grupos, analisados e consensuais (DGS, 2016).

LINKS:

61. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/hiv-aids-surveillance-europe-2015.pdf>
62. http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/PRT_narrative_report_2014.pdf
63. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/aspx/Home.aspx>
64. <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-instituicao.aspx>
65. <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-instituicao.aspx>
66. <http://www.dgs.pt/publicacoes/estatisticas-da-saude.aspx>
67. <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Annual-HIV-Surveillance-Report.pdf>
68. <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno/rede-de-cantinhos-da-amamentacao/paginas-intermedias/aleitamento-materno--rede-de-cantinhos-da-amamentacao.aspx>
69. <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/po.html#cntryLocatorModal>
70. www.cia.gov/worldfactbook
71. http://www.unicef.org/infobycountry/portugal_statistics.html#116
72. www.pordata.pt
73. << <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos.aspx> >>
74. www.sol-criancas.pt
75. www.sol-criancas.pt/archive/doc/pr_mio_direitos_humanos_ass_rep_blica_sol.pdf

Lista dos participantes da visita de campo, cargos e instituições – Portugal

Nome	Instituição - Cargo
1. Ana Correia	DGS/ PNVIHSDA – Chefe Divisão de Cooperação
2. Ana Santo San-Bento	DGS/ ARS LVT – Médica Interna de Saúde Pública
3. Antonio Diniz	DGS/ PNVIHSDA - Diretor
4. Cátia Sousa Pinto	DGS – Chefe da Divisão Epidemiologia Vigilância
5. Cristina Guerreiro	MAC – Assistente Graduada de Ginecologia e Obstetrícia
6. Fátima Xarepe	MAC – Coordenadora do Serviço Social
7. Isabel Freitas e Costa	Passo a Passo – Diretora
8. Joana Bettencourt	DGS/ PNVIHSDA – Técnica Superior
9. Joana Graça	Passo a Passo - Psicóloga
10. João Castela	MAC – Responsável Consultas Recém-nascidos filho de mãe VIH
11. José Gonçalo Marques	Hospital Santa Maria, Lisboa – Coordenador Unidade Infeciologia Pediátrica
12. Laura Marques	C. Materno-Infantil do Norte – Comitê Científico Controle Nacional VIH
13. Lília Brilhante	Passo a Passo – Assistente Social
14. Luís Varandas	Instituto de Higiene e Medicina Tropical e HDE – Professor Auxiliar e Assistente Graduado - Pediatria
15. M. Graça Pinto	MAC – Diretora do Centro de Medicina Reprodutiva
16. Maria Celeste Ferreira	Associação Sol - Secretária
17. Maria Isabel L. Marques	MAC – Departamento de Nutrição e Dietética
18. Maria Teresa Correia de Melo	DGS/ PNVIHSDA – Técnica Superior
19. Maria Trindade	MAC – Serviço Social – Assistente Social
20. Paula Cristina O. Vicêncio	DGS – Técnica Superior na Divisão de Epidemiologia
21. Pedro Bugarin	Associação Sol – Presidente
22. Ricardo Jorge Fuzeta Mira	MAC – Diretor da Área de Ginecologia e Obstetrícia
23. Teresa Tomé	UDE – Enfermeira Pediátrica
24. Visitação Monteiro	Passo a Passo -Educadora de Infância

Consultora: Profa. Dra. Helena Maria Medeiros Lima

Pós Doutora em Educação: Psicologia da Educação – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Bióloga e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Epidemiologia - da Universidade de São Paulo (USP).

Psicóloga e Mestre em Psicologia Social pela PUC/SP.

Currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/6802734718917740>

Contatos: helenali@usp.br / +55 11 98332.1234.