

INFEÇÃO VIH E SIDA

Desafios e Estratégias

2018



INFEÇÃO VIH E SIDA

Desafios e Estratégias I 2018

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Infeção VIH e SIDA I Desafios e Estratégias 2018
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018

PALAVRAS CHAVE

Infeção VIH, SIDA, Vigilância Epidemiológica, SI.VIDA, Metas 90-90-90

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

PROGRAMA NACIONAL PARA A INFEÇÃO VIH E SIDA

PROGRAMA NACIONAL PARA A INFEÇÃO VIH E SIDA

Diretor: Isabel Aldir

Adjuntos: Helena Cortes Martins

Equipa: Joana Bettencourt, Teresa de Melo

Lisboa, julho, 2018

Índice

Resumo em Linguagem Clara.....	1
Summary in Plain Language	1
Sumário Executivo	2
Capítulo I.....	3
Infeção VIH e SIDA – 35 anos depois	3
1. Vigilância epidemiológica.....	4
2. Prevenção	7
3. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação.....	8
4. Tratamento	10
5. Metas 90-90-90.....	11
6. Iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH”	13
Capítulo II.....	15
Desafios e Estratégias para 2018.....	15
Referências bibliográficas	17

Índice de gráficos, tabelas e figuras

Gráfico 1. Melhoria dos dados Revisão de 12.080 notificações	5
Gráfico 2. Número de novos casos de infeção por VIH em Portugal 1983-2017.....	5
Figura 1. Infeção por VIH em 2017.....	7
Figura 2. Metas 90-90-90 em 2016.....	13

Resumo em Linguagem Clara

O que é este documento?

Este documento faz um ponto de situação sobre a infeção VIH e SIDA, em Portugal, em 2017.

O que consta do documento?

Um resumo das atividades de 2017 e uma previsão do que vai ser feito em 2018.

Quais são as principais conclusões?

- 91,7% das pessoas que vivem com a infeção VIH estão diagnosticadas (dados de 2016)
- 86,8% das pessoas diagnosticadas estão a ser tratadas (dados de 2016)
- 90,3% das pessoas que estão em tratamento têm carga viral indetetável (≤ 200 cópias/mL) (dados de 2016)

O que se quer atingir em 2020?

- Infeção VIH
 - Manter que 90% das pessoas que vivem com a infeção saibam que estão infetadas;
 - Que 90 % das pessoas que sabem que estão infetadas, estejam em tratamento;
 - Manter que 90% das pessoas que estão em tratamento tenham a infeção controlada (carga viral ≤ 200 cópias/mL)
- SIDA
 - Que as pessoas infetadas com VIH não venham a ter SIDA.

Summary in Plain Language

What is this document?

This document shows where we are regarding HIV infection and AIDS, in 2017.

What can I find in this document?

A summary of what we did in 2017 and what we hope to do in 2018.

What are the main conclusions?

- 91.7% of people living with HIV infection are diagnosed (data relating to 2016)
- 86.8% of people diagnosed are on treatment (data relating to 2016)
- 90.3% of people on treatment have undetectable viral load (≤ 200 copies/mL) (data relating to 2016)

What do we aim for 2020?

- HIV Infection
 - Preserve that 90% of infected people know that they have HIV;
 - That 90% of people who know they have HIV, are being treated;
 - Preserve that 90% of people who are on treatment have their condition controlled (≤ 200 copies/mL).
- AIDS
 - That people infected with HIV do not get AIDS.

Sumário Executivo

Desde o aparecimento do primeiro caso de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), Portugal tem acompanhado os extraordinários progressos verificados globalmente, alcançando resultados significativos com impactos expressivos na trajetória desta epidemia. Pese embora Portugal continue a apresentar uma das mais elevadas taxas de incidência de novos casos de infeção diagnosticados, no contexto da União Europeia, é inquestionável o percurso de sucesso alcançado nos últimos anos e que se reflete no decréscimo do número de novos casos diagnosticados, com maior expressividade nos casos de transmissão em pessoas que utilizam drogas por via injetável e na transmissão vertical, do número de novos casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e do número de mortes associadas à infeção.

Com o presente documento, o Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA pretende, por um lado, apresentar o retrato da infeção por VIH e SIDA em Portugal ao longo destes 35 anos, e por outro, espelhar os desafios que permanecem e as melhores estratégias preconizadas a implementar, bem como os principais resultados a alcançar até ao final de 2018.

Capítulo I

Infeção VIH e SIDA – 35 anos depois

Em 1981, a comunidade médica foi surpreendida com relatos, oriundos de Los Angeles, de uma pneumonia à data chamada de pneumonia por *Pneumocystis carinii* que atingia jovens, previamente saudáveis, reportados como sendo homossexuais (1). Eram as primeiras descrições do que viria a ser denominado, em 1982, de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Hoje sabemos que, embora se tenham documentado casos esporádicos de SIDA anteriores a 1970, a atual epidemia começou em meados da década de 1970 e dispersou-se pelos cinco continentes durante a década de 1980.

Em Portugal, os primeiros casos de infeção por VIH datam de 1983, e ao longo destes 35 anos assistimos a profundas alterações em termos médicos, sociais e culturais.

Os primeiros anos foram devastadores: diariamente apareciam novos casos, o conhecimento sobre a doença era muito reduzido e não existia praticamente nenhuma terapêutica.

O trajeto efetuado até aos dias de hoje não foi fácil, raramente foi linear, mas os avanços verificados a todos os níveis, em parte desencadeados pela própria doença, fizeram com que a situação se alterasse profundamente.

Hoje, dispomos dos conhecimentos e de ferramentas que nos permitem admitir que está ao nosso alcance a possibilidade de mudarmos, uma vez mais, a história desta doença. Se nos mantivermos focados, ambiciosos, mas realistas, se não esquecermos as lições que fomos aprendendo ao longo destes 35 anos, temos condições para que, quando passarem 50 anos sobre o primeiro caso de infeção por VIH em Portugal, esta já não seja uma questão de saúde pública.

Fazê-lo, representa o concretizar de um compromisso assumido desde o primeiro dia para com a sociedade e, mais importante ainda, para com todos os que viram a sua vida alterada por esta doença, em particular os doentes e suas famílias. Será o melhor tributo para com os milhares de pessoas que morreram no decurso desta epidemia, bem como para com os que atualmente vivem com a infeção e nos inspiram e desafiam todos os dias. É por eles que temos que continuar esta jornada, que temos que sair, definitivamente, da idade das trevas quando pensamos em questões relacionadas com o estigma e a discriminação.

Os sucessos que alcançarmos em relação a esta doença, como até aqui temos aprendido, não se limitarão a esta área, servirão de inspiração a estratégias que tornarão a nossa sociedade melhor e incrementarão a saúde global.

Estamos muito perto de o conseguirmos; não podemos não o fazer.

1. Vigilância epidemiológica

Cedo no início da epidemia, o país compreendeu a necessidade de recolher informação relativa aos novos casos de infeção por VIH e SIDA diagnosticados e às suas características. Assim, foi criado em 1985 um sistema de vigilância epidemiológica assente na notificação clínica dos casos que, contudo, só foi obrigatória a partir de 2005 (2). Atualmente, a obrigatoriedade existe para a notificação dos novos casos de infeção, dos novos casos de SIDA e dos óbitos em casos de infeção VIH ou de SIDA (3), que pode ser efetuada através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) ou do sistema informático específico para VIH, o SI.VIDA, de utilização exclusivamente hospitalar e que permite também a recolha de informação para monitorização clínica e de gestão.

1.1. Estratégia de melhoria da qualidade dos dados da infeção por VIH

A constatação da existência de um número elevado de doentes, cujos casos de infeção por VIH haviam sido notificados no passado, sem registo de notificação de óbito nem evidência de se encontrarem em seguimento nas diferentes instituições hospitalares, levou à publicação do Despacho n.º 8379/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em Diário da República, 2.ª série, n.º 185 de 25 de setembro de 2017, que, entre outros, determina a conclusão da implementação do sistema informático do VIH (SI.VIDA) em todos os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que seguem pessoas que vivem com VIH ou SIDA, bem como, no seu ponto 10, a atualização dos dados das pessoas que vivem com VIH através da identificação, contacto, atualização e validação das listas de utentes com diagnóstico de VIH ou SIDA reportado e que não se encontravam em seguimento por um período superior a 12 meses.

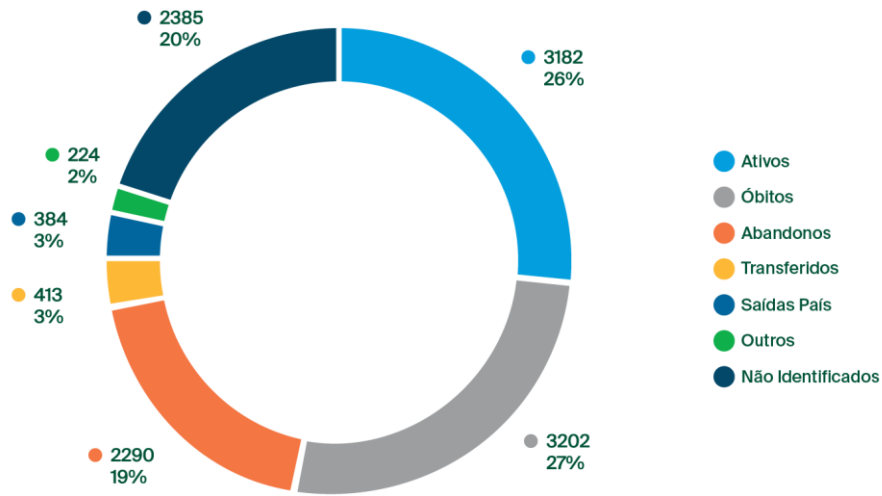
Cumprindo o estipulado no referido Despacho, o SI.VIDA encontra-se atualmente implementado em todos os estabelecimentos hospitalares do SNS que acompanham pessoas que vivem com VIH ou SIDA.

Seguindo outra determinação do referido Despacho, em 25/10/2017 foi publicada a Norma conjunta n.º 023/2017, da Direção-Geral da Saúde (DGS) e do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP (INSA), que estipulou os procedimentos conducentes ao cumprimento do ponto 10 do Despacho. Seguidamente foram enviados aos 35 Centros Hospitalares e Hospitais que seguem doentes com infeção por VIH ficheiros com informação referente a 12.080 casos sem evidência de seguimento hospitalar recente, para procura e recolha de informação.

Os resultados da pesquisa realizada por todas as entidades permitiram concluir que 27% desses casos (3.202) correspondiam a óbitos que não tinham sido notificados, que 3.182 casos (26%) se encontravam em seguimento, a maioria em hospitais que à data não dispunham do SI.VIDA, que em 2.290 casos (19%) foi indicado abandono do seguimento e que não foi possível identificar 20% dos casos (2.385). Nos restantes 9% dos casos (778) foram apuradas diversas causas de ausência de seguimento hospitalar, entre as quais a saída do país. Com esta procura foi ainda possível apurar a existência de 229 casos duplicados e efetuar a necessária unificação dos registos. Em relação aos casos não identificados, convém assinalar que se tratavam maioritariamente de casos notificados no início da epidemia, quando não existiam registos clínicos informatizados, frequentemente em estágio de SIDA e consequentemente com elevadíssima probabilidade de traduzirem óbitos não notificados. Já em relação aos casos em que foi assinalado o abandono do seguimento, vários correspondiam a pessoas de nacionalidades diversas e que provavelmente regressaram aos seus países de origem, e nas restantes situações, como indicado no Despacho n.º 8379/2017, os serviços

promoverão o contacto, por forma a saúde (Gráfico 1).

Gráfico 1. Melhoria dos dados | Revisão de 12.080 notificações

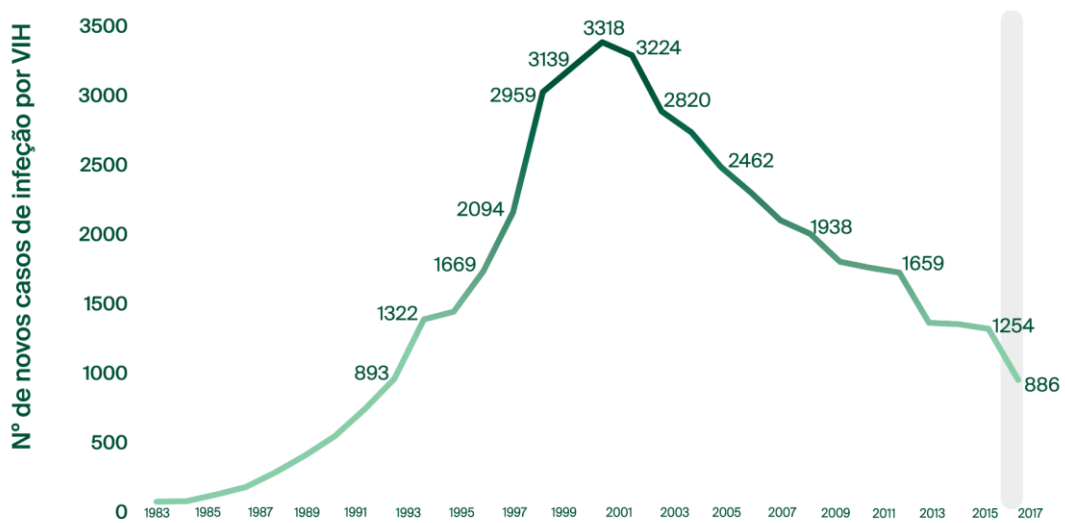


1.2. Casos de infeção por VIH em Portugal 1983 - 2017

Até 15 de abril do corrente ano, foram notificados cumulativamente, em Portugal, 57.574 casos de infeção por VIH em que o

diagnóstico ocorreu até final de 2017. Destes, 22.028 atingiram o estadio SIDA até final desse ano e para 14.500 foi notificado óbito ocorrido no mesmo período (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de novos casos de infeção por VIH em Portugal | 1983-2017



Fonte: INSA, 1983 - 2017 (casos notificados até 15.04.2018)

Casos com diagnóstico em 2017

De acordo com as notificações recebidas até 15/04/2018, em 2017 foram diagnosticados 886 novos casos de infeção por VIH, o que corresponde a uma taxa de novos diagnósticos de 8,6 casos por 100.000 habitantes, não corrigida para o atraso de notificação.

Durante o ano de 2016, esse valor, igualmente não ajustado e analisado à mesma data, foi de 8,1 novos casos por 100.000 habitantes (841 novos casos) (4). No entanto, atualmente a taxa de diagnósticos apurada para esse ano é de 12,2 casos por 100.000 habitantes, valor que é mais do dobro da média da UE/AEE em 2016 (5,9 por 100.000 habitantes) (5).

O aumento do número de novos casos comparativamente ao período homólogo poderá ser, por um lado, reflexo de notificações feitas em tempo mais adequado e, por outro lado, traduz o esforço que tem sido colocado em relação à promoção do diagnóstico, com o aumento do número de testes efetuados nas diferentes estruturas, bem como a eficiência em abranger comunidades mais afetadas.

Aqui, o papel desempenhado pelas estruturas de base comunitária tem sido absolutamente fundamental e é desejável que o mesmo se mantenha, consolide e até mesmo se amplifique.

Assim conseguiremos atingir os objetivos de oferecer a quem vive com VIH os cuidados de saúde de que necessita, contribuindo para a eliminação da infeção enquanto problema de saúde pública.

Estes novos diagnósticos ocorreram maioritariamente em homens (71,4%),

correspondendo a uma razão homem/mulher de 2,5. A idade à data do diagnóstico situava-se entre 15 e 29 anos para 23,5% dos casos, entre 30 e 49 anos para 47,1% dos casos e foi igual ou superior a 50 anos em 28,9% dos casos.

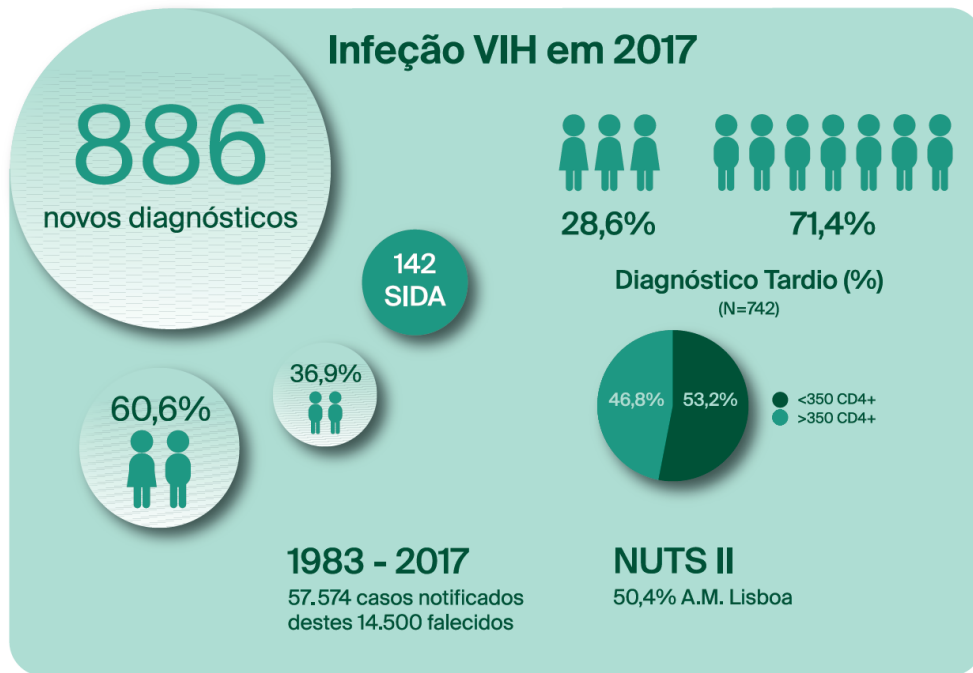
Em 40,4% dos novos casos a residência à data do diagnóstico situava-se no distrito de Lisboa, contudo, ascende a 50,4% a proporção dos casos que referiam residência na área metropolitana de Lisboa. Nasceram fora de Portugal 33,8% dos indivíduos com novas infeções por VIH diagnosticadas no ano de 2017.

À semelhança do constatado nos anos mais recentes, a transmissão por contacto heterossexual mantém-se como a mais frequente (60,6%), seguida pela transmissão por relações sexuais entre homens (36,9%). Contudo, esta última é assinalada em 51,4% dos casos de sexo masculino. A transmissão associada ao consumo de drogas por via injetável é indicada em apenas 1,5% dos casos.

No que se refere ao estadió clínico na primeira avaliação, 68,0% dos casos encontravam-se assintomáticos e 16,0% apresentavam uma doença indicadora de SIDA.

A análise dos valores das contagens de células TCD4+, disponibilizados na notificação de 83,7% dos casos, mostra que 53,2% dos casos tinham valores inferiores a 350 células/mm³, sinónimo de diagnóstico tardio, dos quais 32,7% apresentavam valores inferiores a 200 células/mm³, valores compatíveis com doença avançada (Figura 1).

Figura 1. Infeção por VIH em 2017



2. Prevenção

Priorizar as intervenções de elevado impacto, dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por VIH, nomeadamente a promoção e o acesso ao preservativo masculino e feminino e ao gel lubrificante, à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), à Profilaxia Pós-Exposição (PPE), e a material assético para consumo de drogas injetáveis, constitui um dos objetivos basilares do Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA.

2.1. Programa de Distribuição Gratuita de Materiais preventivos – preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante

Em 2017, a distribuição de preservativos masculinos reflete uma ligeira subida relativamente ao ano anterior (4.751.387 vs 4.743.049), tendência oposta à da distribuição de preservativos femininos. Neste caso, foram disponibilizadas 110.400 unidades, face às entregas em 2016 que ascenderam a 194.095. A quantidade de gel lubrificante

disponibilizada no ano findo evidencia uma recuperação de aproximadamente 3% face ao ano anterior (de 625.978 para 643.705 saquetas distribuídas).

De acordo com os dados das Administrações Regionais de Saúde, em 2017, estas instituições distribuíram 3.379.674 de preservativos adquiridos a expensas próprias, para além dos que estes organismos requisitaram através do Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos da DGS / PN VIH e SIDA (1.542.744 de preservativos).

2.2. Programa Troca de Seringas “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão”

No corrente ano, assinalam-se 25 anos desde a implementação do Programa Troca de Seringas (PTS) em Portugal, no âmbito do qual, e até 31 de dezembro de 2017, foram distribuídas/recolhidas um total de 56.612.493 seringas. Durante 2017, foram distribuídas/trocadas 1.421.666 seringas nas estruturas participantes no PTS, observando-

se um aumento de 5% em relação ao ano anterior (1.350.258).

2.3. Profilaxia Pré-Exposição da Infecção por VIH (PrEP)

Por Despacho n.º 4835/2017 de 2 de junho de 2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107 de 2 de junho de 2017, o Governo considerou como relevante a Profilaxia Pré-Exposição da Infecção por VIH (PrEP), constituindo-se, em associação com práticas de sexo e de consumos intravenosos seguros, como uma abordagem extremamente eficaz a disponibilizar aos cidadãos, de forma a contribuir para a eliminação do VIH em Portugal.

Nesse contexto, a Direção-Geral da Saúde publicou a Norma n.º 025/2017 de 28/11/2017 sobre a Profilaxia Pré-exposição da Infecção por VIH no Adulto, dirigido às pessoas com risco acrescido de aquisição de infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH). Em virtude de se encontrar ainda a decorrer o processo de avaliação prévia dos medicamentos para esta indicação terapêutica, liderado pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED, I. P.) a PrEP passou a estar disponível em Portugal, através de um Programa de Acesso Precoce (PAP), aprovado em 21 de fevereiro de 2018, para o medicamento contendo emtricitabina + tenofovir disoproxil fumarato, na posologia de 1 comprimido por dia, nos termos das Circulares Normativas Conjuntas n.ºs 01 e 02/2018 do INFARMED/ACSS/DGS/SPMS.

Atualmente, a PrEP está disponível em Lisboa e Porto, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Centro Hospitalar do Porto e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, prevendo-se para breve a abertura em outras instituições, nomeadamente no Centro Hospitalar de São João, Centro Hospitalar de Setúbal, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Centro Hospitalar e Universitário de

Coimbra e Centro Hospitalar de Lisboa Norte. À data de 30 de junho, 50 pessoas encontram-se sob PrEP, e 74 outros pedidos de PrEP foram reservados. Estes são maioritariamente pessoas do sexo masculino, cisgénero, na terceira década de vida, e em situação de risco acrescido de infeção por VIH. O início desta estratégia de prevenção permitiu reforçar a informação referente à necessidade da utilização de preservativos e distribuí-los, bem como diagnosticar e tratar infeções sexualmente transmissíveis, contribuindo desse modo para o corte da cadeia de transmissão das mesmas. Não houve até ao presente a identificação de qualquer efeito adverso em relação com esta medida profilática, nem registo de qualquer infeção por VIH, sendo que naturalmente se devem olhar para os dados com a reserva devida dado o início recente da mesma.

3. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação

A aposta no diagnóstico precoce da infeção por VIH tem sido uma prioridade do Programa Nacional, com vista ao cumprimento da meta da ONUSIDA de diagnosticar 90% das pessoas que vivem com a infeção. Esta aposta tem justificado um significativo investimento em iniciativas que promovam o acesso ao teste rápido de rastreio da infeção por VIH, em diferentes contextos, com vista à identificação precoce dos casos e a quebra do ciclo de transmissão. Estas iniciativas, a par de estratégias robustas de referenciação adequada dos casos reativos para o Serviço Nacional de Saúde, são um garante de que cada vez mais pessoas conheçam atempadamente o seu estatuto serológico para a infeção VIH e que quem vive com a infeção aceda ao melhor e mais adequado tratamento.

Não obstante o forte investimento em iniciativas diversificadas de rastreio, Portugal apresentou em 2016 elevadas proporções de diagnósticos tardios, superiores às da União Europeia, na população heterossexual (58% vs

57%), entre as pessoas que utilizam drogas (62% vs 55%) e no grupo de homens que têm sexo com homens (40% vs 38%) (5).

Neste sentido, importa melhorar algumas das estratégias implementadas com vista à obtenção de melhores resultados, com impacto no diagnóstico precoce da infeção.

Volvidos 4 anos da sua publicação, revela-se fundamental a revisão da Norma n.º 58/2011 de 28 de dezembro de 2011, atualizada a 10 de dezembro de 2014 – Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, tendo em conta as características atuais da epidemia portuguesa. O Programa Nacional preconiza, no decorrer deste ano, a elaboração desta revisão.

3.1. Cuidados de Saúde Primários

O teste VIH realizado por prescrição médica nos Cuidados de Saúde Primários registou em 2017 um total de 235.720, valor que se mantém constante em comparação com o apurado em 2016 (235.616).

Por outro lado, a disponibilização do teste rápido nos Cuidados de Saúde Primários, numa perspetiva de não perder oportunidades de diagnóstico, registou um crescimento significativo em 2017, superior a 140%, tendo sido realizados 11.129 testes em 33 ACES, identificando-se 37 casos reativos (0,33%), em comparação com um total de 4.569 testes em 2016 e 41 casos reativos (0,90%).

3.2. Cuidados Hospitalares

Relativamente ao número de testes realizados nos hospitais que constituem a rede de referência do VIH, foram reportados 273.026 testes realizados em 2017, o que constitui um importante contributo na identificação de novas infeções.

3.3. Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH (CAD)

Encontram-se em funcionamento CAD nos distritos de Bragança, Braga, Viana do Castelo,

Porto, Viseu, Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Lisboa, Setúbal, Évora, Beja e Faro. No ano transato, manteve-se a tendência já observada nos anos mais recentes, registando-se uma redução da atividade desses centros, tendo sido reportados 9.798 testes (comparativamente a 11.039 testes realizados em 2016) com uma proporção de casos reativos de 1,15% (113).

Nos últimos anos, essas estruturas têm apresentado diversas alterações no seu funcionamento, designadamente, a escassez de recursos humanos, nalguns casos e, a redução do tempo de afetação dos profissionais desses serviços, noutros casos, com implicações significativas no horário de funcionamento e, conseqüentemente no número de pessoas atendidas e no número de testes realizados. Nesse sentido, importa desenhar com as Administrações Regionais de Saúde, um modelo de funcionamento dos CAD que, por um lado, acomodem as reestruturações verificadas ao nível do enquadramento desses serviços no contexto dos Agrupamentos dos Centros de Saúde e por outro, a diversidade da realidade do rastreio VIH em Portugal.

3.4. Rastreio de Base Comunitária

Ao nível dos projetos financiados pelo Ministério da Saúde, desenvolvidos por entidades coletivas privadas sem fins lucrativos, verificou-se um aumento de 34,5% no número de testes realizados, em comparação com 2016 (13.669), tendo sido reportados 18.392 testes com uma proporção de 1,28% de casos reativos.

O investimento neste tipo de projetos, que vão para além da promoção do rastreio da infeção e a referência hospitalar dos casos reativos, tem subjacente as características da infeção nacional, pelo que têm sido priorizadas as intervenções nos contextos geográficos com incidências de novos diagnósticos mais elevadas ou onde as respostas formais escasseiam.

A monitorização destes projetos (através de relatórios semestrais de execução e de visitas de acompanhamento e monitorização) tem permitido identificar algumas áreas de melhoria que se vão refletindo nos avisos de abertura dos concursos anuais. O estímulo à maior procura e atempada identificação dos casos de infeção configura-se cada vez mais um critério a ter em conta nos futuros investimentos.

O Programa Nacional preconiza, no decorrer deste ano, a elaboração das recomendações para o rastreio do VIH e outras infeções transmissíveis no contexto das organizações de base comunitária, procurando garantir a qualidade de todo o processo.

3.5. Farmácias comunitárias

O Despacho n.º 2522/2018, dos Gabinetes do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e da Secretária de Estado da Saúde, publicado na 2.ª série do Diário da República, n.º 50 de 12 de março de 2018 veio permitir a realização de testes rápidos para VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas, sem necessidade de prescrição médica prévia, conforme anteriormente previsto no n.º 4 do artigo 68.º do Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Na sequência da publicação do referido Despacho, e nos termos nele definidos, foi elaborada e publicada circular normativa conjunta da DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 30 de abril de 2018, uma vez promovida a audição da Ordem dos Farmacêuticos, da Ordem dos Médicos, da Associação Nacional das Farmácias, da Associação de Farmácias de Portugal, da Associação Portuguesa dos Analistas Clínicos, da Associação Nacional dos Laboratórios, da Associação Portuguesa dos Médicos Patologistas Clínicos e do Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais.

A Direção-Geral da Saúde, através dos Programas Nacionais para as áreas da Infeção VIH e SIDA e das Hepatites Virais, em articulação com o INSA, a ACSS, o INFARMED e

a SPMS, promoverá o devido acompanhamento da formação dos farmacêuticos e do processo de implementação dos testes, conforme normativo técnico organizacional.

4. Tratamento

Por forma a garantir a atualidade e adequação, foram revistas as normas de orientação clínica referentes à abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1) no adolescente e no adulto (página electrónica da DGS). Foi igualmente reformulado o projeto-piloto para estudar a dispensa da terapêutica em âmbito de farmácia comunitária, com vista a facilitar o acesso dos doentes à medicação, obviando a necessidade de se deslocarem ao hospital. À data de 30 de junho, existiam 93 doentes a levantar a medicação nas farmácias comunitárias, 125 iam iniciar esse processo nos próximos dias (perfazendo 218) e 93 manifestaram o seu interesse em aderir ao projecto.

4.1. Impacto da Recomendação de Tratar todos independentemente dos valores da carga viral (2015 – 2017)

Tendo presente que no final de 2015 se alteraram as recomendações terapêuticas, no sentido de se tratarem todas as pessoas diagnosticadas com infeção por VIH-1, independentemente do valor dos linfócitos T CD4+, importa analisar se nos anos subsequentes o tempo que medeia entre o diagnóstico e o início do tratamento tem decrescido ou se, pelo contrário, se mantém inalterado.

Nesse sentido e, restringindo a leitura aos doentes com novo diagnóstico no ano, verifica-se que em 2015, em média, o início do tratamento ocorria 76 dias após a primeira consulta, valor que se reduziu para 69 dias em 2016 e para 68 dias em 2017.

Embora se caminhe no sentido pretendido, é ainda necessário um esforço para que este valor continue a decrescer, tanto mais importante quanto se sabe que o tratamento enquanto ferramenta de prevenção é uma estratégia ganhadora.

4.2. Modelo de tratamento da população reclusa que vive com a infeção por VIH

Dada a situação particular da população reclusa no que respeita à infeção por VIH, com dados a apontarem para uma prevalência desta infeção de 4,5% nos reclusos em Portugal, importava conceber e implementar um modelo de prevenção, diagnóstico e tratamento da população reclusa nesta matéria bem como de outras doenças infecciosas, como sejam a infeção por vírus das hepatites B (VHB) e C (VHC), que fosse uniforme e equitativo e de abrangência nacional, no pleno respeito dos direitos consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem e na Constituição Portuguesa e sustentada na jurisprudência internacional, expressa, nomeadamente, nas Resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde.

A Direção-Geral da Saúde através dos Programas Nacionais para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose e das Hepatites Virais integrou o grupo de trabalho criado por despacho n.º 1278/2017 dos Ministros da Justiça e da Saúde, publicado na 2.ª série, do n.º 26, do Diário da República de 6 de fevereiro de 2017, encarregue da avaliação dos constrangimentos existentes no acesso da população reclusa, jovem e adulta, ao SNS e da proposta de soluções para os ultrapassar, com vista a garantir condições de igualdade no acesso com os demais cidadãos.

Ao referido grupo de trabalho coube conceber um modelo de prevenção, diagnóstico e tratamento da população reclusa em matéria de doenças infecciosas, como sejam a infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a infeção por vírus da hepatite B e C, que

preconiza a deslocação dos profissionais de saúde do hospital aos estabelecimentos prisionais ou centros educativos, por forma a prestarem os cuidados de saúde hospitalares à população reclusa, obviando procedimentos complexos de segurança na deslocação ao exterior daquela população (Despacho n.º 6542/2017 de 28 de julho dos Gabinetes da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 145, de 28 de julho de 2017).

A rede para a prestação de cuidados de saúde hospitalares no SNS, no âmbito da infeção por VIH, VHB e VHC, para a população reclusa, foi estabelecida através do Despacho n.º 283/2018 de 5 de janeiro dos Gabinetes da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, do n.º 4 de 5 de janeiro de 2018.

5. Metas 90-90-90

Em 2014, a ONUSIDA, com vista a se alcançar o fim da epidemia por VIH, estabeleceu enquanto objetivos para atingir em 2020, as metas de 90-90-90: 90% das pessoas diagnosticadas; destas, 90% em tratamento e destas, 90% com carga viral indetectável (6).

Desde então estas metas têm sido monitorizadas e as estratégias ajustadas por forma a se atingir este desiderato. Os dados relativos ao ano de 2016 indicam que a trajetória anteriormente gizada nos conduzirá a bons resultados.

Começa agora a ser o momento de definir o caminho que nos permitirá até 2030 atingir as metas 95-95-95.

5.1. 91,7% das pessoas que vivem com a infeção são diagnosticadas

O apuramento do número de pessoas que vivem com infeção por VIH no país e da fração não diagnosticada é possível por recurso a ferramentas de modelação matemática. Estimativas obtidas por aplicação da

ferramenta do *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC), denominada *HIV Modelling Tool*, com dados de 2014 indicavam que em Portugal existiriam de 45.501 (44.470-46.508) casos, dos quais 90,3% estariam diagnosticados (7). Contudo, as estimativas dos casos prevalentes são fortemente afetadas pela qualidade dos dados referentes aos óbitos e aos movimentos migratórios dos indivíduos com infeção por VIH, pelo que a diferença entre o número de pessoas a viver com VIH estimados e o número de doentes em seguimento clínico, aproximadamente de 9.000 indivíduos, não seria certamente real.

O processo de melhoria da qualidade dos dados anteriormente descrito permitiu identificar os casos em seguimento clínico, registar um elevado número de óbitos que não haviam sido anteriormente notificados, bem como assinalar casos que saíram do país, casos de abandono e casos não identificados.

Na sequência deste apuramento foi possível efetuar o ajustamento dos dados, através de abordagem já usada noutros países, e que, dependendo da data do diagnóstico, retira da análise alguns dos casos que não estão em seguimento ou para os quais não está registado o óbito. Assim, foram retirados todos os casos de infeção por VIH registados como vivos, sem seguimento clínico e que tenham sido diagnosticados até 1996 e ainda, em percentagem progressivamente decrescente, os casos com diagnóstico entre 1997 e 2006. Todos os casos com diagnóstico nos anos posteriores foram considerados, independentemente de não haver registo de se encontrarem ativos ou no país. O racional por detrás desta abordagem assenta na história natural da infeção, que determina uma baixa probabilidade de um doente com diagnóstico de infeção por VIH há mais de 20 anos estar vivo sem se encontrar em seguimento clínico, probabilidade essa que aumentará progressivamente com a diminuição do intervalo de tempo desde o diagnóstico.

Após este ajustamento foi aplicada a mesma ferramenta de modelação, obtendo-se dados que indicavam que em Portugal, em 2016, existiriam um total de 38.959 pessoas a viver com VIH (38.095-40.217), das quais 91,7% estariam já diagnosticadas, estando assim atingido o primeiro 90.

5.2. 86,8% das pessoas diagnosticadas estão em tratamento antirretrovírico

Relativamente ao número de pessoas em tratamento, e compulsadas informações disponíveis na aplicação SI.VIDA e dados recebidos pelo INFARMED e pela ACSS, de um universo de 35.709 pessoas diagnosticadas, 31.000 encontram-se sob terapêutica, o que corresponde a 86,8%. Convém ter presente que se tratam de dados referentes ao ano de 2016, imediato à mudança de paradigma relativa ao tratamento (de tratar em função do valor de linfócitos T CD4⁺, para tratar todas as pessoas que vivam com VIH), pelo que se pode inclusivamente admitir que durante 2017 este valor seja ainda mais próximo dos 90% e que, inclusivamente, possamos vir a atingir esta meta durante o ano corrente. Mas, se tal não acontecer, é perfeitamente possível com a contribuição de todos atingirse o segundo 90 até 2020.

5.3. 90,3% das pessoas em tratamento têm a carga viral indetectável

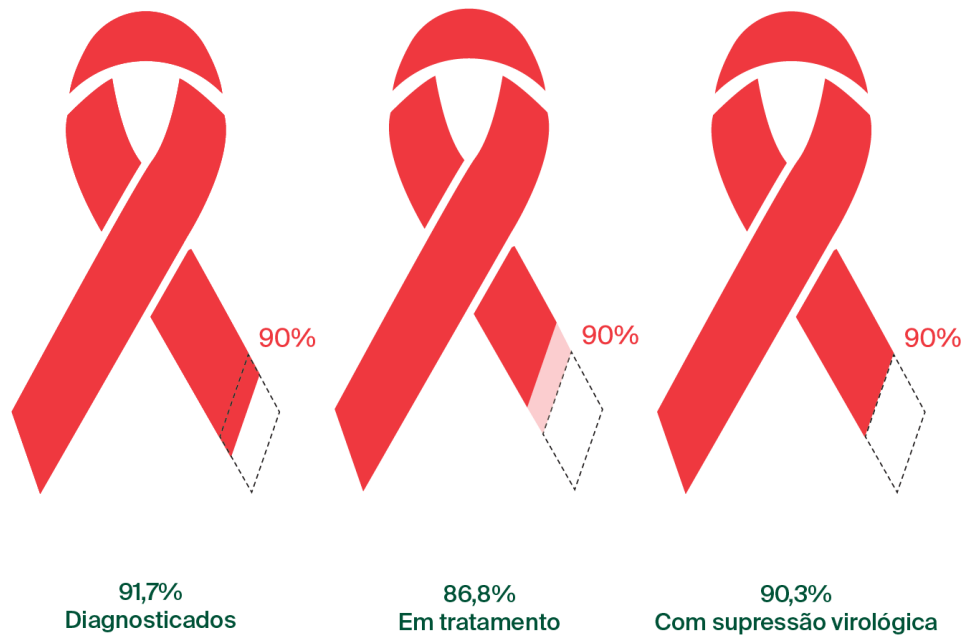
Quando analisamos o número de pessoas que, estando a fazer terapêutica antirretrovírica, se encontram com carga viral indetectável (sendo que para efeitos das metas se considera indetectável um valor ≤ 200 cópias/mL), obtem-se o valor de 90,3%, correspondendo a 28.007 pessoas, o que nos permite concluir que o terceiro 90 foi igualmente atingido.

Assim, atendendo aos dados de 2016, Portugal já atingiu dois dos três 90, e é provável que já tenhamos hoje atingido esta ambiciosa meta. Este facto só nos deve servir

de reforço positivo, de constatarmos que é possível, de reunirmos esforços em torno do objetivo comum, de continuarmos a trabalhar desde já para melhorarmos cada vez mais a situação do nosso País e dos nossos doentes,

focarmo-nos nos objectivos para 2030 e continuarmos o trabalho que tem sido feito ao longo de 35 anos de infeção VIH em Portugal.

Figura 2. Metas 90-90-90 em 2016



6. Iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH”

A iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH” foi lançada no dia 1 de dezembro de 2014, Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, através da Declaração de Paris, constituindo-se uma rede de parceria mundial de cidades com elevada carga de VIH, envolvendo quatro entidades principais: Associação Internacional de Prestadores de Cuidados no Âmbito da SIDA (IAPAC), Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), Programa específico das Nações Unidas para a Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável (UN-HABITAT) e a cidade de Paris – entre outros parceiros técnicos locais, nacionais e

internacionais, responsáveis pela sua execução.

Em 29 de maio de 2017, Lisboa, Porto e Cascais assinaram a Declaração de Paris através dos Presidentes das respetivas Câmaras Municipais, colocando as três cidades na trajetória da via rápida para acabar com a epidemia VIH. A cerimónia contou com a presença de representantes da Associação Internacional de Prestadores de Cuidados no Âmbito da SIDA (IAPAC), do Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), do Ministro da Saúde e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

A assinatura da declaração representa o compromisso destas 3 cidades em atingir as metas 90-90-90 até 2020.

No contexto desta iniciativa, foi criado, por despacho n.º 5216/2017 de 12 de junho de

2017 do Gabinete do Secretário de Estado série, n.º 113 de 12 de junho de 2017, o Grupo de Trabalho com o objetivo de definir uma estratégia integrada para a eliminação da epidemia do VIH/SIDA.

O documento produzido pelo grupo de trabalho foi apresentado publicamente no Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, a 1 de dezembro de 2017 e esteve em discussão pública durante um período de 30 dias.

Desde então, as 3 cidades signatárias da Declaração de Paris têm desenvolvido várias iniciativas conducentes à implementação da estratégia de cada município:

Lisboa apresentou publicamente no dia 17 de maio de 2018, a Estratégia Municipal «Lisboa, Cidade sem SIDA» e promoveu a assinatura do Protocolo de Colaboração entre o Município de Lisboa e a Secretaria de Estado da Saúde, com a colaboração da Direção-Geral da Saúde, a Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa e o Grupo de Ativistas em Tratamentos.

Adjunto, publicado no Diário da República, 2.ª Cascais formalizou a constituição estratégica do “Consórcio de Cascais na via rápida para acabar com a epidemia de VIH e hepatite C até 2020”, a 22 de maio de 2017, subscrito pela Câmara Municipal de Cascais, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, a Associação Nacional das Farmácias e a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

A cerimónia pública de lançamento da Estratégia Concelhia Cascais 2018 – 2020 está prevista realizar-se no dia 12 de julho de 2018.

Os municípios de Amadora e Sintra manifestaram, publicamente, interesse em aderir à iniciativa, num evento realizado no dia 6 de junho de 2018, que pretendia assinalar os 25 anos de Intervenção da Associação Comunitária VIH/SIDA da AJPAS.

Capítulo II

Desafios e Estratégias para 2018

O capítulo I abordou a infeção por VIH e SIDA em Portugal, demonstrando o caminho percorrido desde o aparecimento do primeiro caso, apontando as principais características epidemiológicas bem como as ações desenvolvidas e os resultados alcançados até 2017. Este capítulo é dedicado à identificação dos desafios que o Programa Nacional propõe abordar até ao final de 2018, assim como define um conjunto de estratégias a implementar e os resultados a alcançar que, contribuirão para o cumprimento das metas conducentes ao fim da epidemia de VIH como um problema de saúde pública em Portugal.

Com o foco nas metas para 2020 (definidas nas orientações programáticas 2017-2020 e alinhadas com a estratégia da ONUSIDA (7), foram identificados os principais desafios e estratégias para o corrente ano. Estes desafios, e respectivas estratégias seguem seis principais eixos que asseguram a continuidade da resposta nacional à infeção e que naturalmente se interligam e sobrepõem: qualidade dos dados, prevenção, rastreio e diagnóstico, tratamento, estigma e discriminação e cooperação internacional.



A. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E QUALIDADE DOS DADOS

1. Integrar a aplicação SI.VIDA nos programas de gestão clínica dos hospitais (S-Clínico ou equivalentes), por forma a facilitar e consolidar a sua utilização, investindo na sua evolução e adequação enquanto ferramenta de monitorização clínica e de gestão; são exemplos a criação de alertas (exemplo ocorrência de óbito, doença definidora de SIDA, falta de informação considerada fundamental) e de indicadores para o utilizador;
2. Promover a interligação entre as notificações geradas através da aplicação SI.VIDA e SINAVE, promovendo a completa desmaterialização, contribuindo para uma redução no atraso da notificação.

B. PREVENÇÃO

1. Manter um enfoque em termos de abordagens combinadas da prevenção e nesse sentido desenvolver várias ações, dando continuidade e alargando as que já existem no terreno (como o PTS, e a distribuição de materiais preventivos e informativos);
2. Consolidar a disponibilização da Profilaxia Pré-Exposição ao VIH (PrEP), dirigida às pessoas com risco acrescido de aquisição de infeção VIH, em todas as regiões de Portugal Continental;
3. Elaborar as Normas de Orientação Clínica para a Profilaxia Pós-Exposição (PPE).

C. RASTREIO, DIAGNÓSTICO E REFERENCIAÇÃO

1. Atualizar a Norma n.º 58/2011 de 28 de dezembro de 2011, atualizada a 10 de dezembro de 2014 – Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana;
2. Elaborar a Norma de Orientação Clínica para o rastreio da Infecção VIH no contexto das organizações de base comunitária, em estreita articulação com o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH, SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais;
3. Iniciar os procedimentos necessários, incluindo a elaboração de Recomendações para a realização do auto-teste diagnóstico de VIH;
4. Reformular, em articulação com as ARS, o modelo de funcionamento e financiamento dos Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH (CAD).

D. ACESSO AO MELHOR TRATAMENTO DISPONÍVEL

1. Acompanhar o desenvolvimento do projeto de dispensa da terapêutica antirretrovírica nas farmácias comunitárias, para posterior avaliação da possibilidade de expansão da mesma;
2. Atualizar as recomendações terapêuticas para o tratamento antirretrovírico na gravidez;
3. Monitorizar o tempo entre o diagnóstico da infeção e o início do tratamento, e analisar as razões para eventuais atrasos.

E. ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

1. Promover a realização da segunda edição do Stigma Index, com o objetivo de medir os fenómenos do estigma e da discriminação experienciados pelas pessoas que vivem com VIH em Portugal, procurando avaliar tendências que perpetuam esses fenómenos e acentuam as barreiras ao acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados.

F. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

1. Promover ativamente a cooperação internacional, em particular com os PALOPs, mas igualmente representando o País junto do ECDC e da UE, com a participação ativa na Comissão de Coordenação do Programa da ONUSIDA e no *Think Tank*.

Referências bibliográficas

- 1) CDC. Pneumocystis pneumonia — Los Angeles. MMWR 1981;30:250-2.
- 2) Portaria n.º 258/2005, de 16 de março, que integra a infeção pelo VIH na lista das doenças de declaração obrigatória. D.R. I Série B, nº53. Revoga a Portaria n.º 103/2005, de 25 de janeiro.
- 3) Despacho n.º 15385-A/2016, de 21 de dezembro, da Direção Geral da Saúde, que atualiza a lista de doenças de declaração obrigatória e as respetivas definições de caso. D.R., 2.ª série, N.º 243, 1º Suplemento.
- 4) DGS. Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose, 2017.
Disponível em: <https://www.dgs.pt>
- 5) European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. Stockholm: ECDC; 2017.
Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/presentation-hiv-aids-surveillance-europe-2017-2016-data>
- 6) UNAIDS. On the Fast-Track to end AIDS. 2015. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf.
- 7) Diniz, António; Loff, José; Cortes Martins, Helena. Knowing the epidemic is the best way to define diagnosis and treatment strategies to reach the 90-90-90 goals: The experience of Portugal using the ECDC HIV modelling tool. 2016. JIAS, 19 (8S7).
- 8) ONUSIDA. UNAIDS Strategy 2016-2021. ONUSIDA; 2015. Disponível em: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18



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