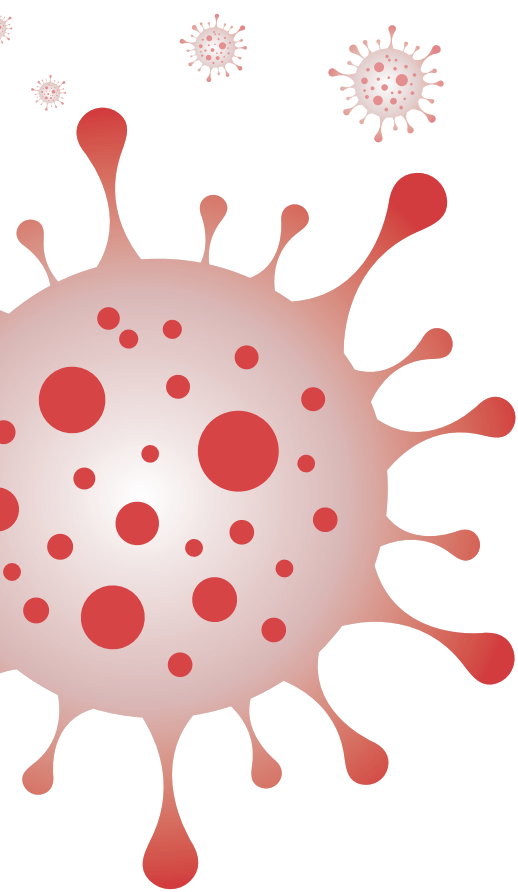

XXII

JORNADAS DO NEDVIH

O FUTURO **HOJE**

4 & 5 ABRIL 2025

CENTRO CULTURAL DE CASCAIS

PROGRAMA

IMAGEM: AD MEDIC

XXII JORNADAS DO NEDVIH

O FUTURO **HOJE**

SEXTA-FEIRA | 04 DE ABRIL DE 2025

14:30h	Abertura do Secretariado
15:00 | 15:15h	**SESSÃO DE ABERTURA**
15:15 | 16:00h	**CONFERÊNCIA 1** **Novos diagnósticos de VIH em Portugal – Novos desafios** Presidente: Dr. Fausto Roxo Palestrante: Dra. Joana Bettencourt
16:00 | 16:30h	Intervalo para café
16:30 | 18:00h Apoio ViiV Healthcare	**MESA-REDONDA 1** **Terapêuticas injectáveis – Experiência de vida real** Moderadores: Dra. Luísa Azevedo e Dra. Raquel Borges Pinho Palestrantes: Dra. Maria José Galindo, Dra. Inês Vaz Pinto, Enfa. Ângela Silva e Dra. Cristina Ângela
18:00 | 18:30h Apoio GILEAD	**CONFERÊNCIA 2** **Terapêuticas na *pipeline*** Presidente: Prof. Doutor Alexandre Carvalho Palestrante: Prof. Doutor Roberto Güerri-Fernández
20:00h	Jantar das Jornadas

SÁBADO | 05 DE ABRIL DE 2025

08:00h	Abertura do Secretariado
08:30 | 10:00h	**COMUNICAÇÕES ORAIS** Moderadores: Dra. Cristina Teotónio e Dra. Magda Fernandes
10:00 | 10:30h	Intervalo para café
10:30 | 11:45h	**MESA-REDONDA 2** **Risco cardiovascular e saúde cardiometabólica** Moderadores: Dra. Isabel Germano e Dra. Margarida Mota **Dislipidémia e prevenção primária** Prof. Doutor José Pereira de Moura **Obesidade e MASLD** Dra. Joana Louro
11:45 | 12:15h	**DEBATE** **Comunicação e literacia em saúde** Moderadora: Ana Branquinho **Literacia em saúde** Prof. Doutora Cristina Vaz Almeida **Comunicação em saúde nas redes sociais** Enfa. Catarina Esteves
12:15 | 12:30h	**CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO** **Homenagem aos fundadores das consultas de Medicina/VIH do Hospital de Cascais e Hospital do Desterro**

RESUMOS | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

DETERMINANTES NO ACESSO E RETENÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE EM IMIGRANTES QUE VIVEM COM VIH EM PORTUGAL

Ana Duarte[1]; João Brito[2]; Pedro Águas[1]; Joana Assunção[2]; Cláudia Pereira[3]; Rui Pena Pires[3]
[1]Ser+; [2]GAT; [3]ISCTE

Introdução: O crescente fluxo migratório e o aumento de novos diagnósticos de VIH nos imigrantes em Portugal fazem com que o tema do acesso à saúde desta população seja cada vez mais pertinente, com implicações na saúde dos próprios e na saúde pública. Para além de serem desproporcionalmente afetados pela infeção VIH, os imigrantes obtêm piores resultados em saúde em todo o continuo de cuidados para o VIH. Apesar de a nossa legislação promover o acesso universal à saúde, este direito sofre influência de muitos outros fatores *(determinantes)* que importa conhecer para promover o desenvolvimento de políticas e práticas integrativas.

Objetivos: 1. Identificar os determinantes associados ao acesso e utilização de serviços de saúde (SS) em Portugal e à retenção nos cuidados de VIH, por parte de imigrantes que vivem com VIH.

2. Compreender se os determinantes associados ao primeiro acesso aos SS são semelhantes aos que influenciam o acesso continuado e retenção nos cuidados de VIH.

Métodos: Foi utilizada uma metodologia mista:

1) Grupos focais (profissionais de saúde (PS) e organizações de base comunitária (OBC), N=14), sujeitos a análise de conteúdo utilizando o software MAXQDA

2) Questionário a imigrantes com VIH residentes em Portugal (N=407), analisado através do IBM®SPSS (estatística descritiva e medidas de correlação, nível de significância de 5%). Recolha de dados entre dezembro 2022 e maio 2023.

Resultados e conclusões: Os imigrantes com VIH representados neste estudo apresentaram uma taxa de desemprego mais elevada, menos apoio social e mais necessidades de saúde não satisfeitas em comparação com os nacionais. 56% dos inquiridos enfrentaram vários obstáculos no acesso e utilização dos SS em Portugal.

Os determinantes identificados pelos PS, OBC e imigrantes são semelhantes, incluindo fatores associados ao indivíduo, aos PS e questões estruturais do SNS.

Os fatores correlacionados com maior dificuldade de acesso e menor utilização dos SS foram: sexo masculino, ser brasileiro, migração recente, estar em situação irregular, ser homem que tem sexo com homens e/ou utilizador de drogas, e menor conhecimento (por parte de imigrantes e PS) sobre o acesso de imigrantes ao SNS.

Os fatores correlacionados com a baixa retenção nos cuidados de VIH foram: menor literacia em saúde e VIH, estigma interno e percebido,

insegurança financeira e baixo suporte social. Fatores como maior mobilidade, ser trabalhador do sexo, burocracia e complexidade do sistema, atitudes negativas e discriminação por parte dos PS, correlacionam-se com maiores dificuldades nos 3 níveis de acesso aos SS (1º acesso, utilização e retenção nos cuidados).

Podemos concluir que os determinantes do acesso e utilização dos SS em Portugal por imigrantes com VIH são diferentes dos associados à retenção nos cuidados de VIH, permitindo identificar áreas de intervenção prioritárias para cada situação.

CO 02

O MIGRANTE E O VIH NO BAIXO ALENTEJO – UMA HISTÓRIA COM 16 ANOS (2008-2024)

Isaac S. Pereira
ULSBA

Objetivos: Apresentar um breve resumo da capacidade de resposta da Consulta de Doenças Infeciosas face aos desafios encontrados na prestação de cuidados Pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), com principal enfoque no novo paradigma demográfico da nossa região, nomeadamente o aumento exponencial da população migrante. População esta que traz com ela novas problemáticas, invariavelmente relacionadas com barreiras linguísticas, burocráticas, institucionais e no próprio acesso ao Sistema de Saúde Nacional. De referir ainda, que a maior parte desta população tem trabalhos sazonais e/ou precários o que leva, por vezes, a um seguimento irregular e o não cumprimento rigoroso da medicação.

Material e métodos: Revisão baseada nos processos clínicos das Pessoas que vivem com o VIH seguidos na Consulta de Doenças Infeciosas ULSBA desde 2008 até 2024.

Resultados e conclusões: Para conseguir dar respostas a estes novos desafios e garantir a capacidade de resposta da Consulta Multidisciplinar ao longo destes 16 anos, foram necessárias a tomada de algumas medidas, entre as quais:

- Reformulação e expansão da Equipa, contando esta com três Especialistas de Medicina Interna, duas Colegas Farmacêuticas Hospitalares e a incorporação de uma Colega de Psiquiatria, e com manutenção dos elementos de Enfermagem; Psicologia; Serviço Social e Nutrição.
- Criação de uma reunião semanal destes elementos para discutir os doentes seguidos.
- Abertura de três novas valências, nomeadamente, a Consulta Farmacêutica de Doenças Infeciosas; Consulta de Profilaxia Pré-Exposição e Pós-Exposição.
- Aumento considerável do número de horas semanais de Consulta Médica; de Enfermagem e de Psicologia.
- Aumento significativo de deslocalização da medicação da Farmácia Hospitalar para os Centros de Saúde, com intuito de diminuir o número de vezes de visitas ao Hospital de Beja.
- Facilitação da interação entre a Equipa e a população seguida através da utilização vários meios de comunicação, de modo a facilitar ao máximo o acesso desta aos Cuidados de Saúde.

Assim, graças aos esforços dos elementos que constituem a Equipa Multidisciplinar, foi possível garantir a evolução constante da Consulta, conseguindo sempre preservar o espírito de missão e da necessidade imperiosa de focar os cuidados de saúde na pessoa que vive com o VIH.

CO 03

CARACTERIZAÇÃO DOS NOVOS DIAGNÓSTICOS DE INFEÇÃO POR VIH NUM HOSPITAL SECUNDÁRIO

Ana Rita Dos Santos Ribeiro; Ricardo Ralha Martins; Ricardo C Pais; Raquel Borges Pinho; Nuno Bernardino Vieira
Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) continua a ser um desafio global e uma prioridade de saúde pública, exigindo monitorização contínua para otimizar estratégias de rastreio, diagnóstico e tratamento. O conhecimento detalhado da realidade epidemiológica de cada instituição hospitalar é essencial para o desenvolvimento de políticas eficazes de prevenção e intervenção precoce.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes com infeção por VIH acompanhados na consulta de imunodeficiência de um hospital secundário, analisando a sua distribuição demográfica, clínica e epidemiológica, com maior detalhe nos novos casos registados em 2024.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospetivo, incluindo todos os doentes com VIH seguidos na consulta de imunodeficiência de um hospital secundário durante o ano de 2024, independentemente da data do diagnóstico. Os dados foram recolhidos a partir dos registos clínicos eletrónicos e incluíram variáveis como idade, sexo, nacionalidade, via de transmissão, contagem de CD4 e carga viral ao diagnóstico. Foram também avaliadas tendências epidemiológicas ao longo dos últimos 5 anos.

Resultados e conclusões: O número de novos casos de infeção por VIH manteve tendência crescente em 2024, perfazendo um total de 874 doentes seguidos em consulta de imunodeficiência. Verificou-se um aumento da transmissão de homens que têm sexo com homens, apesar da transmissão heterossexual se manter a via predominante. Em 2024 foram identificados 92 novos doentes, dos quais apenas 33 eram naïves. A maioria dos novos casos seguidos em consulta registou-se em homens (64%) e 85% dos novos doentes eram naturais de países estrangeiros, predominantemente do Brasil. Os 33 doentes naïves, têm uma mediana de idades de 39 anos. Destaca-se que 1/3 destes doentes apresentava-se na primeira avaliação clínica em fase de imunodeficiência grave (CD4+ < 200 células/mm3), 4 doentes comportavam uma carga viral > 1.000.000 cópias e em >18% dos doentes houve um diagnóstico concomitante de SIDA. A contagem média de CD4+ ao diagnóstico nos casos naïve foi de 341 células/mm3. A tendência crescente do número de novos casos, evidencia a necessidade de reforçar as estratégias de rastreio precoce, promover a sensibilização da população e garantir um acesso antecipado ao tratamento antirretroviral, com uma atenção especial à população migrante.

CO 04

PNEUMONIA POR CMV: QUANDO A CITOLOGIA DO LBA É A RESPOSTA

Eva Silva Fernandes[1]; Margarida França[2]
[1]Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE; [2]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A pneumonia por citomegalovírus (CMV) é uma doença definidora de SIDA, que surge habitualmente quando a contagem de células CD4+ é inferior a 50 células/µL. O diagnóstico é desafiante, não só porque o CMV pode ser agente de colonização ou de infeção, mas também porque a sua pesquisa no lavado broncoalveolar (LBA) obriga à utilização de métodos de biologia molecular, não disponíveis em todo os centros. De seguida apresentamos um caso raro de diagnóstico de pneumonia por CMV, confirmado pela citologia do LBA.

Descrição do caso: Mulher de 38 anos, sem antecedentes de relevo. Admitida no hospital por quadro de tosse seca e dispneia em agravamento progressivo desde há 5 meses, negado atingimento do estado geral. Medicada previamente em ambulatório com cefepime e azitromicina, sem resposta. De relevo no estudo efetuado no SU, apresentava infiltrados pulmonares intersticiais bilateralmente, tendo sido internada por suspeita de doença de interstício pulmonar.

Durante o internamento identificada infeção pelo VIH em estádio C3 (CD4=57 células/µL=4%; carga viral = 440000 cópias/mL). Realizou LBA cuja citologia mostrou células com inclusões citoplasmáticas e halo perinuclear, compatíveis com infeção por CMV. O estudo restante mostrou IgM e IgG CMV elevadas e, uma carga viral de 413 cópias/mL no sangue. Não houve qualquer outro isolamento microbiológico no LBA e não foi possível a determinação da PCR de CMV no mesmo.

Dado cumprir critérios para doença por CMV, cumpriu tratamento com ganciclovir durante 14 dias com boa evolução clínica, analítica e imagiológica. Adicionalmente iniciou terapêutica antirretrovírica durante o internamento. À data de alta com resolução total da sintomatologia.

Discussão e conclusão: O estudo do LBA é um exame rápido que permite identificar e caracterizar células e outros componentes. Apesar das técnicas de biologia molecular serem atualmente o gold standard para pesquisa de CMV (ainda que sem critérios definidos para doença), o presente caso destaca a importância da avaliação citológica do LBA nos doentes com imunossupressão e suspeita de infeção oportunista. A presença de células com inclusões em "olho de coruja" no LBA, é um achado infrequente mas específico de infeção por CMV. O diagnóstico citológico permite um início de tratamento precoce e melhora o prognóstico da doença.

CO 05

PPE DE INFEÇÃO POR VIH: BOA IMPLEMENTAÇÃO DAS *GUIDELINES*, MAS BAIXA ADESÃO AO *FOLLOW-UP*?

Maria Homem Ferreira; Vasco Tiago; Catarina Santos; Vanda Castro; Mafalda Guimarães; Inês Vaz Pinto
HPP Hospital de Cascais

Introdução: A profilaxia pós-exposição (PPE) é uma estratégia de prevenção bem conhecida de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A sua utilização tem por base a presunção de que existe uma janela de oportunidade para prevenir a infeção pelo VIH após ter ocorrido uma potencial exposição, se a terapêutica antirretroviral (TARV) for iniciada o mais cedo possível. No nosso centro, fornecemos PPE para exposição ocupacional e não ocupacional. Os potenciais candidatos são inicialmente avaliados no Serviço de Urgência (SU), onde é determinada a serologia viral basal e é fornecido um kit inicial de três dias de terapêutica antirretroviral (TARV). A referenciação à nossa unidade ocorre neste período de três dias, para consulta com um especialista e confirmação da indicação para profilaxia.

Objetivos: Avaliar a eficácia da PPE na prevenção de infeção por VIH após uma possível exposição ao vírus.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo de casos que receberam PPE para VIH em contexto ocupacional e não ocupacional entre 1 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2023 no nosso hospital. O estudo incluiu indivíduos que recorreram ao SU e foram subsequentemente referenciados para a nossa consulta, tendo-lhes sido dispensada uma prescrição de 28 dias de TARV. O nosso protocolo de PPE inclui um *follow-up* para controlo de anticorpo anti-VIH às 6 semanas e aos 4 meses após o tratamento.

Resultados: Entre 2018 e 2023, um total de 173 indivíduos recebeu PPE, dos quais 110 eram do sexo masculino (56%) e 63 do sexo

feminino (44%); a idade média foi de 43,5 anos. A grande maioria recebeu TARV por exposição não ocupacional (87%) e apenas 13% por exposição ocupacional. Os regimes prescritos foram diferentes ao longo dos anos e incluíram 1 inibidor da integrase (raltegravir e, mais recentemente, dolutegravir) e 2 inibidores nucleosídicos da transcriptase reversa (emtricitabina/tenofovir).

Foram realizados testes de *follow-up* às seis semanas e aos quatro meses, com resultados disponíveis em 58% e 29% dos casos, respetivamente. Não se registaram casos de novas infeções por VIH nesta população.

Conclusões: O conhecimento da equação "VIH indetetável = VIH intransmissível" permitiu interromper a profilaxia quando é conhecido o estado serológico do caso índice. Isto é particularmente frequente em exposições ocupacionais, o que justifica o menor número de indivíduos que receberam PPE nesse contexto. O mesmo não se aplica à PPE não ocupacional, em que a exposição ocorre maioritariamente em encontros sexuais ocasionais. Todos os casos de PPE não ocupacional foram usados como oportunidades de educação para a saúde e referenciação para profilaxia pré-exposição.

Como principal aspeto negativo, destaca-se a baixa adesão ao teste de *follow-up*, sobretudo aos 4 meses após o tratamento.

CO 06

VIH-2: A REALIDADE DE UM CENTRO

Diana Briosa Reis; Isabel V. Rodrigues; Fátima Cereja; Pedro Reboredo; José Manuel Ferreira
Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: O Vírus da Imunodeficiência Humana 2 (VIH2) é uma infeção pouco comum, com características que podem interferir na sua susceptibilidade a alguma terapêutica antirretroviral (TARV), no entanto, a maior limitação relativamente ao estabelecimento de orientações terapêuticas específicas é a falta de investigação com números de doentes robustos.

Objetivos: Caraterizar a população VIH-2 de um centro.

Material e métodos: Estudo retrospetivo, baseado nos registos de doentes VIH2 acompanhados na consulta externa no nosso hospital nos últimos 5 anos. Foram avaliados: idade; sexo; ano de diagnóstico de infeção; país de origem; via de transmissão; comorbilidades; história de infeções oportunistas; óbitos; carga viral VIH2; contagem de linfócitos CD4 e TARV em curso, bem como efeitos secundários reportados da mesma e se foram identificadas de resistências à terapêutica.

Resultados e conclusões: De um total de 29 doentes, neste momento estão 25 doentes VIH-2 sob acompanhamento na nossa instituição, 2 perderam seguimento e outros 2 doentes faleceram por neoplasias não definidoras de SIDA. Destes 26, 68% são do sexo feminino (n=18), com uma de média de idade de 62 anos, e uma média de 16,2 anos de duração de doença. A única via de transmissão identificada foi a via sexual. Relativamente às comorbilidades destaca-se a prevalência dos fatores de risco cardiovascular: dislipidemia (n=16), hipertensão arterial essencial (n=10) e diabetes mellitus tipo 2 (n=6). Quanto à proveniência 55% (n=16) eram provenientes do continente africano, os restantes 45% são cidadãos nacionais.

Os doentes encontram-se a realizar diversos esquemas de TARV, o único doente que recusa qualquer TARV é neste momento o único doente da amostra com carga viral detetável (100 cópias/mL). Identificámos 3 doentes considerados *elite controler* e 1 doente apresenta co-infeção VIH-1 e VIH-2. O esquema de TARV mais usado é BIC/FTC/TAF (n=9), usado no doente com co-infeção, já iniciado em 2 doentes *naive*; foi opção em 2 doentes tiveram efeitos secundários com a terapêutica

prévia e nos restantes por simplificação terapêutica. Os esquemas seguintes mais usados são DRV/c+RAL e TAF/FTC/DRV/c. Os efeitos secundários reportados foram osteopenia e hipercolesterolémia em regimes com FTC/TDF+DRV/r, vómitos e sintomas neuropsiquiátricos com ABC/3TC/DTG. Apenas num doente havia reporte de resistências: todos os NRTIs.
Dos dados recolhidos neste estudo, realçamos não só a supressão virológica sustentada de todos os doentes sob TARV, bem como uma melhoria na adesão à TARV nos regimes de comprimido único como o caso de BIC/FTC/TAF, tendo este sido uma opção na iminência de efeitos secundários com outros regimes, mantendo boa tolerabilidade e sem reporte de efeitos adversos/ou agravamento das comorbilidades pré-existentes.
Esperamos que esta pequena coorte possa contribuir globalmente para o maior conhecimento do VIH-2 e do seu tratamento.

CO 07

INCUMPRIMENTO NO VIH: UM CONVITE ÀS COMPLICAÇÕES...

Diane Pimenta; Tânia Silva; Maria Luís Santos; Clarisse Neves; Sandra Barbosa; Maria Elisa Torres; Jorge Cotter
ULSAAVE

Introdução: O Virus da Imunodeficiencia Humana (VIH) compromete progressivamente o sistema imunitario dos doentes, tornando-os mais vulneraveis a infeções oportunistas, que são a principal causa de morbi-mortalidade na SIDA.
Objetivos: É importamento relembrar a necessidade de implementação de estrategias de rastreio, profilaxia e tratamento precoce destas infeções oportunistas, afim de reduzir o seu impacto e melhorar a qualidade de vida destes doentes.
Material e métodos: Para este efeito, foi utilizado o caso clinico de uma mulher de 46 anos, com diagnostico em 2009 de VIH em estadio B3 a apresentação. Foi accompanhada desde então na Consulta Externa (CE), sem registos de intercorrencias até 2021, altura em que emigra para o estrangeiro e deixa de cumprir terapeutica antirretrovirica (TARV).
Passado 3 anos, regressa a Portugal e é observada no Serviço de Urgências (SU) por febre e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta. Diagnosticada com uma pneumonia multilobar associada a hipoxemia, ficou internada para estudo etiologico. O isolamento de Pneumocystis jiroveci foi feito a posteriori, tendo cumprido nesse sentido terapeutica com Cotrimoxazol e Prednisolona, com melhoria clinica progressiva. Reiniciou nessa altura terapeutica com BIKTARVY, tendo tido alta orientada para a CE.
Após 1 mês, recorre novamente ao SU por febre e alterações neurologicas, nomeadamente desorientação, paralisia facial central, hemiparesia e hemihipostesia do hemicorpo direito. Realizou TAC CE a descrever lesão ocupando espaço intraparenquimatosa talamo-capsular esquerda de 19mm, com edema perilesional e desvio das estruturas da linha media de 4.5mm. Realizou a posteriori RMN CE, que virá a levantar a hipotese de Toxoplasmose cerebral, pelo que foi medicada com Pirimetamina, Sulfadiazina e Acido folinico. Apresentou ao longo do internamento boa resposta clinica, tendo tido alta orientada para RNCCI para cumprir programa de reabilitação. Regressou ao SU após 10 dias, por febre, astenia e hipersudorese noturna. Ao exame objetivo apresentava uma massa cervical direita com 6cm, dolorosa e aderente aos planos profondos. Realizou exame de imagem a descrever massa necrotica sugestiva de conglomerado adenopatico cavitado vs abcesso. A biopsia da lesão evidenciou linfadenite granulomatosa de etiologia micobacteriana / tuberculose ganglionar. Iniciou nesse sentido terapeutica com Isoniazida, Rifabutina, Etambutol e Pirazinamida, acabando por ter alta contra parecer medico, orientada para o CDP

e para consulta de reavaliação a curto prazo.
Resultados e conclusões: A adesão rigoroa à TARV é essencial para manter uma carga viral suprimida e prevenir o aparecimento de infeções oportunistas. O cumprimento desta terapeutica continua a ser um desafio em alguns doentes, e cabe ao Médico Internista vigiar de forma apertada estes doentes em risco de desenvoler complicações possivelmente fatais.

CO 08

NOVOS DIAGNÓSTICOS DE INFEÇÃO VIH – ESTUDO RETROSPETIVO

Sara Oliveira Maia Barbosa; Inês Correia; Marta Mello Vieira; Leonor Soares; Luísa Azevedo; Umbelina Caixas; Isabel Germano
Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: Não obstante tendência decrescente dos novos casos de infeção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), Portugal mantém ainda uma das taxas anuais mais elevadas da Europa. Os últimos dados oficiais destacam: aumento da proporção de diagnósticos em migrantes; maioria dos casos em homens, sobretudo em homens que têm sexo com homens (HSH), e em faixas etárias jovens; elevada prevalência de diagnósticos tardios.
Objetivos: Caracterizar os diagnósticos de novo de infeção VIH em consulta especializada, realizada por internistas, num hospital terciário universitário.
Metodologia: Estudo retrospetivo dos casos de infeção VIH diagnosticados nos últimos 5 anos, com tónica em variáveis demográficas, epidemiológicas e clínico-laboratoriais.
Resultados: Incluídos 96 doentes, com idade média de 34.6 anos, predomínio de cisgénero masculino (62.5%) e de origem não portuguesa (75%, sobretudo Brasil e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), ainda que com diagnóstico maioritariamente efetuado em Portugal (78.1%), categoria de transmissão não apurada em 6 casos e sexual nos restantes (50% em HSH, 43.7% heterossexual). A infeção por VIH1 foi quase exclusiva (96.9%), verificando-se na genotipagem basal, disponível em 64 doentes, heterogeneidade de subtipos, com maior frequência do B (35.9%) mas com representatividade de vários outros, nomeadamente formas recombinantes (21.9%), e importante prevalência de resistências transmitidas (28.1%), envolvendo todas as classes menos a dos inibidores da protease. Nos motivos que levaram ao teste de rastreio salientam-se autoperceção de risco (31.2%) e gravidez (17.7%), destacando-se referenciação por organizações de base comunitária (47.9%) e consulta de obstetrícia (18.7%). Objetivadas coinfeção com vírus de hepatites em 13.5%, sífilis em 19.8% e outras doenças sexualmente transmissíveis em 15.6% dos doentes. Houve 6 casos de apresentação sob a forma de doença definidora; adicionalmente registou-se elevada prevalência de diagnósticos tardios- "late presenters" em 44.8% dos 81 doentes com avaliação imunológica basal conhecida. À data atual mantêm seguimento na consulta 82 doentes, 81 sob terapêutica antiretrovírica, na sua larga maioria com regimes baseados em inibidores da integrase, com carga viral < 50 cópias/mL em 91% e $<$ 200 cópias/mL em 7.7% dos que completaram já 6 meses.
Conclusão: A amostra analisada, ainda que de reduzidas dimensões, identificou, à semelhança dos dados nacionais, preponderância de idades jovens, de HSH e de pessoas nascidas fora de Portugal, bem como significativa prevalência de apresentações tardias. Mantém-se fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde para estratégias de prevenção e diagnóstico precoce, particularmente centradas em populações de vulnerabilidade acrescida, assim como a aposta em ações de literacia em saúde e colaboração com organizações de base comunitária.

RESUMOS | POSTERS

PO 02

AUTOIMUNIDADE E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH): ANÁLISE DE UMA COORTE

Juliana Andrade[1]; Margarida França[2]; Isabel Almeida[2]; Fernanda Almeida[2]
[1]Unidade Local de Saúde de Braga; [2]Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: Há várias hipóteses sobre a relação entre o estado imunológico de pessoas que vivem com VIH (PVVIH) e o desenvolvimento de doenças autoimunes (DAI). Estas incluem a imunoativação despoletada pelo mimetismo molecular, a imunodeficiência de linfócitos T CD4 grave, com predomínio de linfócitos T CD8, além da reconstituição imunológica após a terapêutica antiretroviral (TARV).
Objetivos e metodologia: Identificação e caracterização das PVVIH com DAI, seguidos em consulta externa durante 2024, através de análise retrospectiva de 507 processos clínicos.
Resultados e conclusões: Na coorte de 39 dentes identificados, a maioria é do sexo feminino (60,5%) e tem uma média de idade de 53,4 anos. Foram registados 11 doentes com psoríase/artrite psoriática, 9 com patologia tiroideia (doença de Graves e tiroidite de Hashimoto) e 3 casos de colangite biliar primária. As doenças com 2 casos cada foram a hepatite autoimune, doença de Behçet, Lupus (Lupus cutâneo subaguda e Lupus eritematoso sistémico), púrpura trombocitopénica imune, síndrome antifosfolipídico, doença de Crohn e vitiligo. Foram identificados 1 caso de esclerodermia e 1 de espondiloartropatia inflamatória. Em 8 casos, a DAI precedeu a infeção por VIH. O seguimento médio antes da infeção por VIH foi de 4.6 anos. Em 6 doentes, a infeção por VIH foi diagnosticada simultaneamente à DAI, com inicio de TARV ao diagnóstico. Nestes, a contagem média de linfócitos T CD4 ao diagnóstico foi de 416/mm³ (28.2%). Vinte e cinco doentes tiveram diagnóstico da DAI após infeção pelo VIH. Nestes, o intervalo de tempo entre início de TARV e diagnóstico da DAI foi de 6.7 anos e a contagem média de linfócitos T CD4 de 404,2/mm³ (24,6%); a carga viral do VIH era detetável em 12 deles. Neste subgrupo, 76% tinham boa adesão à TARV à data do diagnóstico da DAI.
Ao longo do seguimento, 12 doentes (30,8%) estiveram sob algum tratamento imunossupressor (corticoterapia, metotrexato, azatioprina, adalimumab, etanercept, risankizumab) e/ou imunomodulador (hidroxicloroquina, sulfassalazina), dois deles a manter DAI ativa por má adesão terapêutica.
Nesta coorte, as DAI predominantes foram a psoríase e a patologia tiroidéia. Em 2 doentes com Doença de Graves, esta DAI manifestou-se como síndrome inflamatória de reconstituição imune e todos os doentes com psoríase tinham menos de 200 linfócitos T CD4/mm³ e virémias detectáveis (> 150 000 cópias, em média), à data do diagnóstico.

A TARV é imprescindível no tratamento da infeção pelo VIH. No entanto, em alguns casos, pode contribuir para o desenvolvimento ou exacerbação de doenças autoimunes. É importante ressaltar a importância do controlo imunovirológico eficaz e da adesão terapêutica, para uma gestão optimizada dos doentes.

PO 03

IMPACTO DO VIH NA HOSPITALIZAÇÃO POR MONKEYPOX EM LISBOA: UMA ANÁLISE DE CASOS CONFIRMADOS EM 2022

Raffaele Junior Aliberti[1]; Íris Galvão[1]; Maria Inês Candeias[1]; Isabel da Costa e Silva[1]; André Almeida[2]

[1]ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A infeção pelo vírus Monkeypox (Mpox) tem sido um desafio emergente para a saúde pública global, com uma incidência particularmente elevada entre homens que têm sexo com homens (HSH) e pessoas que vivem com VIH (PLWHIV). Estudos sugerem que indivíduos seropositivos podem apresentar um risco aumentado de complicações e hospitalização, especialmente quando imunossuprimidos. No entanto, a evidência disponível permanece heterogénea, e a associação entre o estado serológico para o VIH e a necessidade de hospitalização por Mpox continua por esclarecer.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo caracterizar os casos confirmados de Mpox notificados em Lisboa durante o ano de 2022, analisando o impacto da infeção por VIH na necessidade de hospitalização e na apresentação clínica da doença. Pretende-se, ainda, comparar a distribuição etária e a sintomatologia entre pacientes internados, estratificando os resultados consoante o estado serológico para o VIH.

Materiais e métodos: Foi realizada uma análise retrospetiva dos casos confirmados de Mpox notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), com dados obtidos através da plataforma TESSy do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC). A análise estatística foi conduzida no R-Studio, aplicando testes do qui-quadrado, teste exato de Fisher e odds ratio (OR) para avaliar associações entre estado serológico e hospitalização. A normalidade da distribuição etária foi testada com Shapiro-Wilk, confirmando uma distribuição normal, pelo que se utilizou o t-test de Student para comparação entre grupos.

Resultados e conclusões: Foram analisados 654 casos confirmados de Mpox, dos quais 34 (5,2%) necessitaram de hospitalização. Entre os casos notificados, 245 eram PLWHIV (37,45%), dos quais 8 foram hospitalizados (32% dos PLWHIV), e 317 eram PNHIV (48,47%), com 17 hospitalizações (68% dos PNHIV). O odds ratio de hospitalização para PLWHIV foi de 0,60, sem significância estatística ($p = 0,303$). A idade média dos PLWHIV hospitalizados foi de 34,38 anos (mediana: 36,5), enquanto nos PNHIV foi de 32 anos (mediana: 32). O t-test de Student não identificou diferenças significativas ($p = 0,350$).

No que diz respeito à sintomatologia, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre PLWHIV e PNHIV hospitalizados. No entanto, verificou-se uma tendência para maior prevalência de febre, fadiga, linfoadenopatia e exantema cutâneo entre os PLWHIV.

Apesar de os resultados não evidenciarem uma relação estatisticamente significativa entre o estado serológico para o VIH e a hospitalização por Mpox, as limitações do estudo impedem conclusões definitivas. A existência de fatores de risco específicos dentro da população PLWHIV não pode ser excluída, sendo necessários estudos adicionais, para melhor compreender o impacto do estado imunológico na evolução da Mpox.

PO 04

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DA MPOX ENTRE PESSOAS COM E SEM VIH EM LISBOA

Raffaele Junior Aliberti[1]; Íris Galvão[1];
Maria Inês Candeias[1]; Isabel da Costa e Silva[1];
André Almeida[2]
[1]ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A infeção pelo vírus Monkeypox (Mpox) tornou-se uma preocupação de saúde pública em 2022, particularmente entre populações de maior risco, como homens que têm sexo com homens (HSH) e pessoas que vivem com VIH (PLWHIV). Estudos prévios sugerem que a coinfeção VIH-Mpox pode influenciar a sintomatologia da doença, embora os achados variem consoante a população estudada. Assim, este estudo pretende analisar a distribuição dos sintomas da Mpox entre indivíduos com e sem VIH na cidade de Lisboa.
Objetivos: O objetivo deste estudo foi comparar a frequência dos sintomas da Mpox entre indivíduos que vivem com VIH e aqueles sem diagnóstico de VIH, avaliando possíveis diferenças estatisticamente significativas.
Material e métodos: Foram analisados dados de 654 indivíduos com diagnóstico confirmado de Mpox em Lisboa durante o ano de 2022. Os dados foram recolhidos através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), no âmbito da notificação obrigatória de doença, e posteriormente obtidos através da plataforma TESSy do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC). Trata-se, portanto, de um estudo baseado em dados secundários.
A amostra era maioritariamente masculina (650 homens, 99,4%, e 4 mulheres, 0,6%). Entre os participantes, 450 (68,8%) foram identificados como HSH. Relativamente ao estado serológico, 245 indivíduos (37,5%) eram PLWHIV, enquanto 317 (48,5%) eram PNHIV. Foram analisadas variáveis sintomatológicas, incluindo linfadenopatia, lesões cutâneas, envolvimento genital, cefaleia e outros sintomas. A análise estatística foi baseada no teste do qui-quadrado para determinar a associação entre o estado serológico para o VIH e a presença de cada sintoma. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para cada grupo.
Resultados e conclusões: A análise demonstrou que não houve diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos sintomas entre PLWHIV e PNHIV ($p > 0,05$ para todos os sintomas analisados). A frequência de linfadenopatia, lesões genitais e cefaleia foi semelhante nos dois grupos, sugerindo que o estado serológico para o VIH não teve um impacto relevante na manifestação clínica da infeção.
Os Odds Ratios calculados para cada sintoma apresentaram valores próximos de 1, com intervalos de confiança de 95% que incluem o valor 1, reforçando a ausência de uma associação estatística entre o estado serológico para o VIH e os sintomas da Mpox.
Estes resultados sugerem que, no contexto da população analisada, a apresentação sintomatológica da Mpox não diferiu significativamente entre indivíduos com e sem VIH.

PO 05

RASTREIO COMUNITÁRIO CASCAIS E OEIRAS, TAXA DE REATIVIDADE DE VIH, VHB, VHC E SÍFILIS (2015 – 2024)

Alexandra Aguiar; Rita Jorge; Marta Esteves
Ser+

Introdução: Nos últimos anos, Portugal tem enfrentado diversos desafios no controlo de infeções como o vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatite B (VHB), hepatite C (VHC) e sífilis. O projeto de rastreio comunitário da SER+, abrange os municipios de Cascais e Oeiras. Apesar da redução do número de novos casos, o VIH continua a afetar as populações mais vulneráveis, e continuam a

ocorrer novas infeções.Relativamente às hepatites, a inclusão da vacina contra a hepatite B no plano nacional de vacinação pode ter contribuído para a redução de novos casos, contudo, a transmissão desta infeção continua a ser um desafio, principalmente em pessoas migrantes de países endémicos. A hepatite C tem vindo a decrescer e o seu tratamento apresenta elevada eficácia.No que concerne à sífilis, observamos um aumento nos últimos anos, acompanhado a tendência a nível nacional.

Objetivos: Analisar a evolução da taxa de reatividade das infecções VIH, VHB, VHC e Sífilis nos municípios de Cascais e Oeiras entre 2015 e 2024.

Material e métodos: Rastreio integrado e comunitário a populações mais vulneráveis, como as pessoas em situação de sem-abrigo (PSSA), pessoas que usam drogas (PUD), trabalhadores do sexo (TS), homens que têm sexo com homens (HSH), migrantes (M) e reclusos (R). O projeto abranfe:

1) Prevenção: Distribuição de preservativos, gel lubrificante e folhetos infrmativos; Troca de seringas; Sessões de formação para as comunidades e entidades locais;

2) Rastreio: Teste rápido de VIH, VHB, VHC e Sífilis, na Ser+ e através de Unidade Móvel (UM); Notificação anónima de parceiro; contacto direto e de proximidade com profissionais do sexo indoor;

3) Acompanhamento, apoio psicossocial e de pares às pessoas com resultados reativos.

Resultados e conclusões:A ocorrência de novos casos de VIH tem permanecido estável nos últimos anos, apresentando uma taxa de reatividade de 0,60% em 2015 e de 0,52% em 2024, evidenciando uma tendência decrescente. A terapêutica antirretroviral e a melhoria de acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP) podem estar na origem da redução da transmissão desta infeção. Contudo, ainda existem alguns desafios, como as novas infeções em populações mais jovens.Por sua vez, a hepatite B apresentou um declínio significativo. Em 2015 apresentava uma taxa de reatividade de 1,53% em comparação com 0,32% apresentados em 2024. Relativamente à hepatite C, verifica-se um decréscimo acentuado. Em 2015, a taxa de reatividade era de 1,32% e em 2024 de 0,21%. Quanto à sífilis, foi a única infeção onde se verificou uma tendência de crescimento nos últimos anos. Em 2015 apresentava uma taxa de reatividade de 2,67%, tendo descido até 2021, altura em que apresentava 0,34%, tendo agora atingido 1,29%. Para reverter esta tendência, as estratégias poderão passar por campanhas eficazes, distribuição de material preventivo e testagem gratuita e acessível a todos, com especial enfoque nas populações mais vulneráveis.

PO 06

ABORDAGEM PALIATIVA DO DOENTE COM VIH E DOENÇA NEOPLÁSICA

Viorela Bianca Cristea[1]; Roman Khomynets[2]; Sandra Rebelo[3]; Juan Carlos Puentes[1]
[1]IPO Lisboa; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; [3]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

As doenças oportunistas representam um grave problema de saúde pública em pacientes com imunodeficiência causada pelo HIV, sendo frequentemente associadas a um prognostico reservado. Na ausência de um diagnostico atempado e um tratamento adequado, a evolução do doente pode vir a ser desfavorável, com um desfecho mesmo fatal. Mulher com 36 anos de idade, natural de Angola, casada, com 2 filhos, sem comportamentos sexuais de risco, com diagnostico inaugural e simultâneo em 2024 de infeção por VIH, estádio C1 e carcinoma pavimentocelular associado ao HPV do colo de útero em contexto de internamento no serviço de Ginecologia por hemorragia vaginal a condicionar

anemia grave (Hb 4g/dL) com necessidade de suporte transfusional. Analiticamente na altura do diagnostico apresentava teste diferenciação positivo para VIH1, TCD4+ 575/ul (28%), TCD8+ 1053/ul (51%). Apos a alta a doente manteve seguimento na Consulta de Doenças Infeciosas do hospital da área de residência, com início de terapêutica antirretroviral e foi encaminhada para a Consulta de Ginecologia Oncológica e Oncologia Médica de outra instituição. Quatro meses após início de quimioterapia, teve evolução desfavorável em contexto da progressão da doença oncológica, com metastização ganglionar e carcinomatose peritoneal com perfuração intestinal, sem indicação de tratamento cirurgico. Face a complicação grave e irreversibilidade do queadro, verificou-se um descontrolo sintomático, com dor abdominal, angustia e sofrimento existencial que vieram a requerer uma intervenção multidisciplinar da parte da Oncologia Médica, Radioterapia e da Equipa de Cuidados Paliativos, nas suas várias vertentes – apoio médico para sedação ligeira e controlo das queixas álgicas, apoio psicológico e espiritual. A intervenção paliativa revelou-se a ser eficaz, proporcionando o alívio dos sintomas e promovendo a qualidade de vida nos momentos finais.

A imunodeficiência por VIH, mesmo na era da terapêutica antirretroviral altamente ativa, continua a ser uma doença grave, progressiva, incurável e que acarreta um risco elevado de doenças oportunistas. Vale salientar que os cuidados paliativos dirigidos ao paciente com HIV adotam os mesmos fundamentos básicos sugeridos pela OMS, em que se destacam a promoção do alívio da dor e outros sintomas; a integração entre as necessidades espirituais e psicológicas no cuidado dispensado ao doente com doença grave e/ou incurável.

PO 07

TRÍADE VIH, TUBERCULOSE E NEOPLASIA

Isaac S. Pereira
ULSBA

Objetivos: O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) condiciona alterações no estado imunitário na pessoa infetada, diretamente relacionadas com o aumento da prevalência de infeções e neoplasias.

Neste trabalho apresenta-se o Caso Clinico de um doente diagnosticado com Adenocarcinoma do Cárdia; Infeção por VIH (estadio C3 da CDC) e Tuberculose Pulmonar, em menos de 1 mês.

Realce neste Caso Clínico, para o "timing" dos diversos diagnósticos e o seguimento regular das diversas patologias num Serviço de Medicina Interna e Consulta Externa de Doenças Infeciosas, com o apoio de outras especialidades, sempre que necessário.

Material e métodos: Revisão baseada no processo clínico do doente.

Resultados e conclusões: Apresenta-se o Caso Clinico de um doente de 47 anos, português, heterossexual e autónomo. Antecedentes pessoais conhecidos de comportamentos sexuais de risco; hábitos tabágicos ativos; hábitos etanólicos mantidos e história familiar de patologia neoplásica do tubo digestivo. Sem medicação habitual.

Em maio de 2022 foi encaminhado pelo Médico de Família para o IPO de Lisboa por quadro de Adenocarcinoma do Cárdia, já com necessidade de colocação de SNG. Nos exames colhidos nessa instituição verificou-se serologia positiva para VIH, sendo pedida Consulta de Doenças Infeciosas para o nosso Hospital. Teve previsão de iniciar quimioterapia em junho, no entanto no inicio desse mês recorreu ao nosso Serviço de Urgência com quadro de 2 semanas de astenia, anorexia, diarreia e tosse produtiva com expetoração purulenta. Apresentava-se hipotenso, febril e

eupneico em ar ambiente. Auscultação com MV rude difusamente, sem RA aparentes. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, antigenúrias positivas para Streptococcuspneumoniae e radiografia de tórax com extensa condensação a nível do 1/3 superior do hemitórax direito. Foi então internado ao cuidado da Medicina Interna por quadro de Pneumonia a pneumococos.

Durante o internamento confirmou-se infeção por VIH com CD4 de 15 células/uL, além de infeção por Mycobacteriumtuberculosis pulmonar, tendo iniciado terapêutica dirigida, com melhoria progressiva, permitindo alta para a Consulta. Apesar de cumprimento terapêutico regular, manteve sempre os hábitos tabágicos e etanólicos, verificando-se degradação progressiva do quadro clínico, vindo a falecer 1 ano após a alta.

Este caso confirmaa existência para a elevada taxa de diagnósticos tardios da Infeção VIH no nosso país, com todas as consequências clínicas que lhes estão associadas. Realce também para o seguimento regular do doente na Consulta de Doenças Infeciosas, com a articulação e apoio de outras especialidades sempre que necessário.

PO 08

GRAVIDEZ SOB BICTEGRAVIR: UMA OPÇÃO?

Diana Briosa Reis; Isabel V. Rodrigues; Fátima Cereja; Pedro Reboredo; José Manuel Ferreira
Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) perinatal é hoje inferior a 1%, no entanto, em grávidas não aderentes o desafio da escolha da terapêutica antiretroviral (TARV) é complexo.

Objetivos: Relatar um caso de uma doente VIH-1 não aderente a terapêutica, que engravida sem planeamento e cuja opção terapêutica tomada foi manter medicação com Bictegravir/ Emtricitabina/ Tenofovir alafenamida (BIC/FTC/TAF) apesar de não estar aprovado na gravidez.

Resultados: Descreve-se caso de jovem de 21 anos de idade, diagnóstico aos 12 anos (2014), via transmissão mãe-filha. Seguimento irregular em consulta, baixa aderência a TARV, retoma seguimento em contexto de repescagem após infeção oportunista, classificação CDC - C3. Sob BIC/FTC/TAF desde Novembro de 2020. História ginecológica prévia: 2 gravidezes e 2 abortos espontâneos.

Doente aparece em consulta urgente por se encontrar grávida de 9,5 semanas, gravidez não planeada, refere estar motivada para TARV e ter retomado a mesma RNA HIV1-carga viral desceu de 0.638 x10^3 c/mL para 0.153 x10^3 c/mL, CD4+ 80cel/µL. Atendendo a todo o historial de não aderência prolongado a TARV e dada a motivação opta-se por não trocar TARV. À reavaliação analítica em 2 meses apresentava carga viral indetetável. Consultas de saúde materna acompanhantes sem alterações fetais identificáveis. Às 27 semanas de gestação por queixas de náuseas e vómitos que associa a BIC/FTC/TAF tendo novamente tomas irregulares com subidada de carga viral troca-se para TDF/FTC/RAL, 1 mês depois estando grávida de 36 semanas constata-se falência virulógica: CD4+ 76cel/µL, carga viral 33.229 x10^3 c/mL. Inicia TDF/FTC/RTV que após 1 semana de terapêutica doente refere não tolerar. Solicitado teste de resistências que mostra presença de mutação M184V associada a resistência de alto grau à lamivudina e à emtricitabina, retoma BIC/FTC/TAF.

Do ponto de vista de controlo fetal sem complicações durante a restante gravidez. Submetida a cesariana eletiva às 38 semanas e 6dias por início de trabalho de parto com alta carga viral ao nascimento 77.641 x10^3 c/mL. Recém-nascido sexo masculino, de termo, peso 3190gr, APGAR 10/10/10, ficou in-

ternado 15 dias apenas para cumprir protocolo de antiretrovirais. Última avaliação médica aos 19 meses idade, sem transmissão vertical e com desenvolvimento normal. O purpério decorreu sem intercorrências, a doente voltou a apresentar seguimento irregular em consulta.

Conclusão: Este é um relato de um caso complexo, os dados sob a utilização de BIC/FTC/TAF apesar de limitados mostram cerca de 300 casos que indicam ausência de toxicidade malformativa ou fetal/neonatal do qual este caso é mais um exemplo, mesmo tendo sido administrado no primeiro trimestre. A opção neste caso individual foi priorizar a tentativa de adesão à TARV que temporariamente foi bem sucedida tendo sido o único período em que esteve virulogicamente suprimida.

Organização

SPMI NEDVIH NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VIH

SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Comissão Organizadora

Consulta de Medicina/Imunodeficiência
ULS S. José
Hospital de Cascais

Patrocínios

GILEAD Creating Possible

Johnson&Johnson Innovative Medicine

ViiV Healthcare

Apoio

MSD

Secretariado

admédic+

paula.cordeiro@admedic.pt
raquel.ferreira@admedic.pt