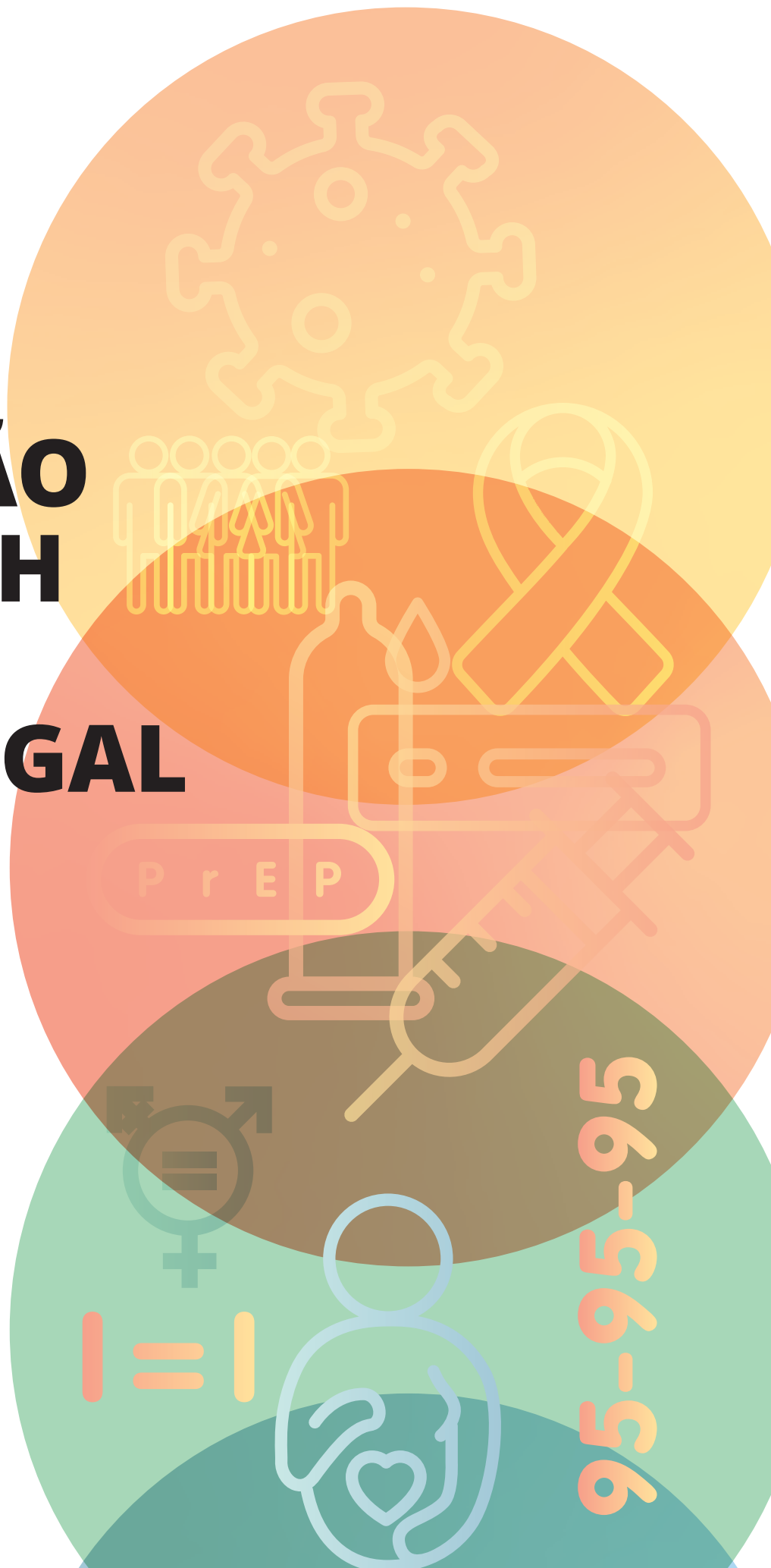
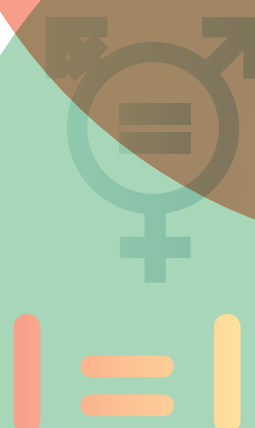


# INFEÇÃO POR VIH EM PORTUGAL

2022

PrEP

95-95-95





## FICHA TÉCNICA

**Título:** Infeção por VIH em Portugal - 2022

### AUTORES

Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional para as infeções sexualmente transmissíveis e infeção pelo vírus da imunodeficiência humana

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Departamento de Doenças Infeciosas

**Citação sugerida:** Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção por VIH em Portugal – 2022. Lisboa: DGS/INSA; 2022

### Contributos:

#### DGS

#### **Programa Nacional para as infeções sexualmente transmissíveis e VIH**

Joana Bettencourt, Ricardo Fuertes, Alexandre Gomes, Rogério Ruas

#### **Direção de Serviços de Informação e Análise**

Pedro Pinto Leite, Maria João Albuquerque, João Vieira Martins

#### INSA

#### **Departamento de Doenças Infeciosas**

Helena Cortes Martins, Celeste Moura

#### **Departamento de Epidemiologia**

Carlos Aniceto

### PALAVRAS CHAVE

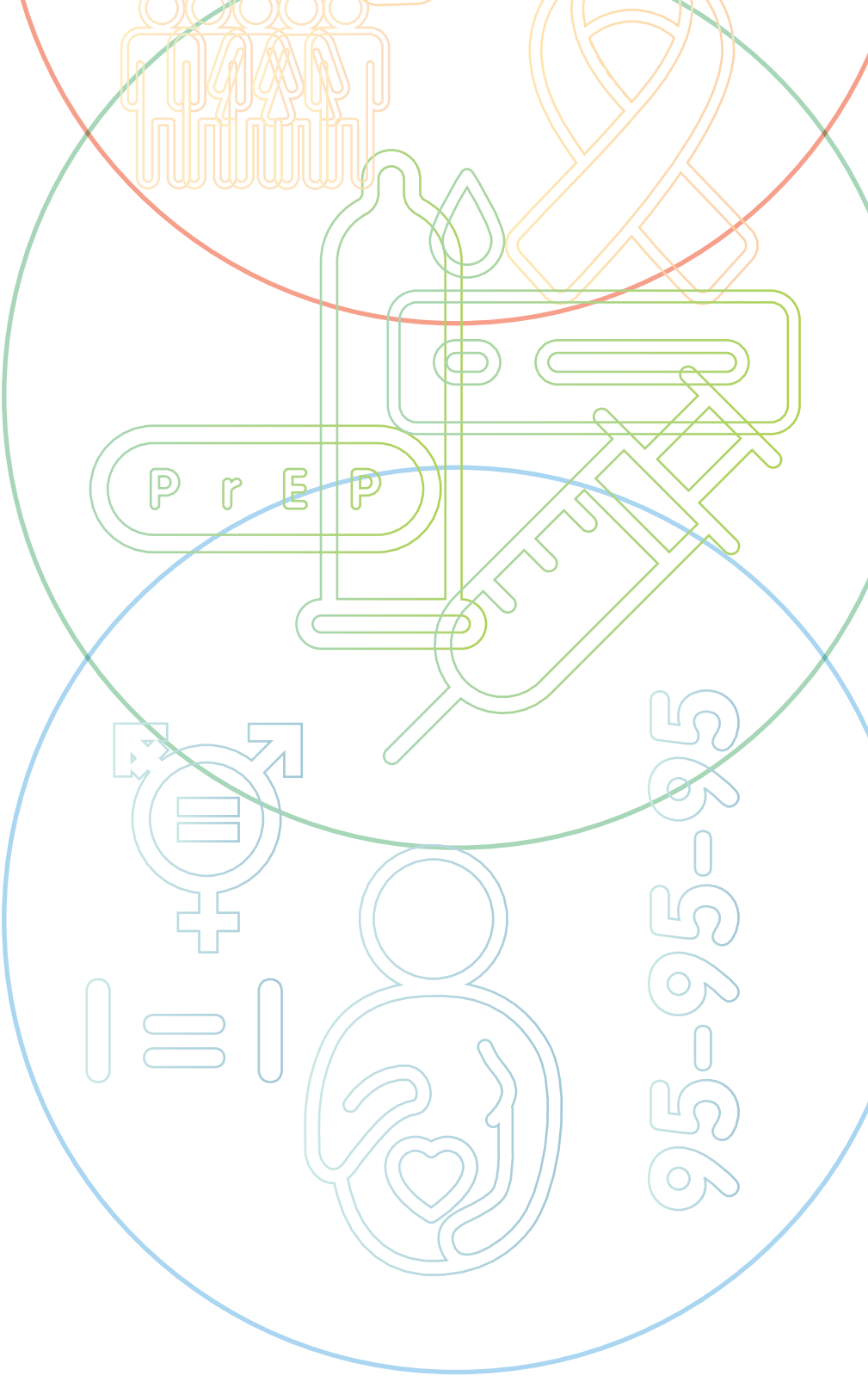
VIH, SIDA, IST, vigilância epidemiológica, prevenção, diagnóstico, PrEP.

**EDITORES:** Direção-Geral da Saúde e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Lisboa, novembro de 2022

ISBN (e-book): 978-972-675-334-6

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais.



PrEP

— = —  
♀ = ♀



95-95-95

# ÍNDICE

Resumo/Abstract	7/9
Lista de siglas e abreviaturas	11
<b>Nota introdutória</b>	13
<b>Capítulo I – Vigilância epidemiológica</b>	15
<b>I.1. Informação epidemiológica - 2020 e 2021</b>	17
I.1.1. Novos casos de infeção por VIH	17
I.1.2. Novos casos de SIDA	26
I.1.3. Óbitos em pessoas que viviam com VIH	30
<b>I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2021)</b>	32
I.2.1. Casos de infeção por VIH	32
I.2.2. Casos de SIDA	51
I.2.3. Óbitos em pessoas que viviam com VIH	58
<b>Capítulo II – Atividades desenvolvidas</b>	61
<b>II.1. Prevenção</b>	63
II.1.1. Acesso a materiais preventivos	63
II.1.2. Programa Troca de Seringas “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão”	67
II.1.3. Profilaxia Pré-Exposição ao VIH	68
<b>II.2. Rastreio, diagnóstico e referenciação</b>	70
II.2.1. Cuidados de Saúde Primários	70
II.2.2. Organizações Não-Governamentais/ Organizações de Base Comunitária	71
II.2.3. Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce de VIH	72
II.2.4. Testes prescritos no SNS	72
II.2.5. Autotestes VIH	73
<b>II.3. Apoio à Sociedade Civil</b>	74
<b>II.4. Literacia e ações públicas</b>	76
II.4.1. Semana Europeia do Teste	76
II.4.2. Dia Mundial do Preservativo	77
II.4.3. Dia Mundial da SIDA	78
<b>II.5. Estigma e Discriminação</b>	79
<b>II.6. Participação Internacional</b>	80
<b>Capítulo III – Orientações Programáticas</b>	81
<b>III. Orientações Programáticas</b>	83
Referências	89
<b>Anexos</b>	91
I – Métodos	93
II - Definição nacional de caso de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	95
III - Lista das doenças definidoras de SIDA	96

## Quadros

Quadro 1	Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2020 e 2021.	17
Quadro 2	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.	18
Quadro 3	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.	19
Quadro 4	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.	20
Quadro 5	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por origem geográfica e sexo.	20
Quadro 6	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por modo de transmissão e sexo.	22
Quadro 7	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por estágio inicial e sexo.	23
Quadro 8A	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: contagem de células TCD4+ na avaliação clínica inicial, por sexo e modo de transmissão.	24
Quadro 8B	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: diagnósticos tardios (%) segundo a nova definição, por sexo e modo de transmissão.	26
Quadro 9	Novos casos de SIDA diagnosticados em 2020 e 2021.	26
Quadro 10	Novos casos de SIDA ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.	27
Quadro 11	Novos casos de SIDA ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.	27
Quadro 12	Novos casos de SIDA ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.	27
Quadro 13	Novos casos de SIDA ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por origem geográfica e sexo.	28
Quadro 14	Novos casos de SIDA ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por modo de transmissão e sexo.	28
Quadro 15	Novos casos de SIDA ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo.	29
Quadro 16	Óbitos ocorridos em 2020 e 2021: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.	30
Quadro 17	Óbitos ocorridos em 2020 e 2021: distribuição por modo de transmissão e sexo.	30
Quadro 18	Óbitos ocorridos em 2020 e 2021: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão.	31
Quadro 19	Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por ano de diagnóstico e sexo.	33
Quadro 20	Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	37
Quadro 21	Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por residência (NUTS II e III) à data da notificação.	39
Quadro 22	Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.	41
Quadro 23	Casos de infeção por VIH (2012-2021): taxa de novos casos por 105 habitantes por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.	41

Quadro 24	Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2017-2021) nos 16 municípios do continente com as taxas mais elevadas.	42
Quadro 25	Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por estágio clínico inicial e ano de diagnóstico.	44
Quadro 26	Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	47
Quadro 27	Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.	49
Quadro 28	Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2021): distribuição por sexo, idade ao diagnóstico, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.	50
Quadro 29	Casos de SIDA (1983-2021): distribuição por sexo e ano de diagnóstico do estágio.	51
Quadro 30	Casos de SIDA (1983-2021): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	54
Quadro 31	Casos de SIDA (1983-2021): distribuição por distrito da residência à data da notificação do caso de SIDA e ano de diagnóstico do estágio.	55
Quadro 32	Casos de SIDA (2012-2021): taxa de novos casos por 105 habitantes por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estágio.	55
Quadro 33	Casos de SIDA (1983-2021): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	56
Quadro 34	Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2021): distribuição por ano de morte.	58
Quadro 35	Óbitos em casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano de morte.	59

## Figuras

Figura 1	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) do grupo etário por modo de transmissão.	19
Figura 2	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.	21
Figura 3	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infeção - todos os casos (A), casos com país de naturalidade diferente de Portugal (B).	21
Figura 4	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.	23
Figura 5	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) do estágio clínico por modo de transmissão.	24
Figura 6	Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) dos casos com contagens TCD4+ < 350 células/mm <sup>3</sup> de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.	25
Figura 7	Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos ( $\geq 15$ anos) diagnosticados em 2020 e 2021: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.	29
Figura 8	Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2021): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.	32
Figura 9	Casos de infeção por VIH (2012-2021): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.	34

Figura 10	Casos de infeção por VIH (2012-2019): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.	35
Figura 11	Casos de infeção por VIH (2012-2021): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.	36
Figura 12	Casos de infeção por VIH (2012-2021): distribuição (n) (A), (%) (B) e taxa de novos casos (C) por grupo etário e ano de diagnóstico.	38
Figura 13	Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2017-2021) por região NUTS III.	40
Figura 14	Casos de infeção por VIH (2012-2021): distribuição (n) (A) e (%) (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.	43
Figura 15	Casos de infeção por VIH (2013-2021): evolução nas proporções de casos com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada e de diagnóstico tardio, segundo a nova definição.	45
Figura 16	Casos de infeção por VIH (2013-2021): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.	46
Figura 17	Casos de infeção por VIH, distribuição segundo a forma de transmissão e ano de diagnóstico: A – período 1983 a 2021; B – detalhe para o período de 2012 a 2021.	48
Figura 18	Casos de SIDA (2012-2021): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.	52
Figura 19	Casos de SIDA (2012-2021): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio e sexo.	53
Figura 20	Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2012-2021): tendências temporais na frequência de diagnóstico.	57
Figura 21	Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH (2000-2021): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.	59
Figura 22	Número de preservativos externos distribuídos (2019-2022).	64
Figura 23	Número de preservativos internos distribuídos (2019-2022).	64
Figura 24	Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas (2019-2022).	65
Figura 25	Número de preservativos distribuídos, por população (2019-2021).	65
Figura 26	Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas, por população (2019-2021).	66
Figura 27	Número de pedidos de material preventivo, por tipologia de entidade (2019-2021).	66
Figura 28	Seringas distribuídas no âmbito do PTS: valores anuais e totais acumulados (1993-2021).	67
Figura 29	Número de pessoas que receberam PrEP (2019-2020).	69
Figura 30	Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CSP (2014-2021)	71
Figura 31	Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (2014-2021)	71
Figura 32	Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CAD (2000-2021)	72
Figura 33	Número de testes VIH prescritos nos CSP (2010-2021)	73
Figura 34	Número de autotestes VIH vendidos nas farmácias (2019-2021)	74
Figura 35	Imagem da campanha de promoção do uso de preservativo (Dia mundial do preservativo)	77
Figura 36	Imagem da campanha do Dia Mundial da SIDA 2021	78

## Resumo

Este relatório conjunto da DGS e INSA apresenta os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, bem como resultantes de iniciativas de prevenção e rastreio desenvolvidas no âmbito do PNISTVIH e as orientações estratégicas em implementação para resposta a esta infeção. Por não terem sido recolhidos e analisados os dados de 2020 e publicado o respetivo relatório, no presente número inclui-se a análise das características dos casos notificados com diagnóstico em 2020 e 2021.

Em Portugal, segundo os dados recolhidos a 31 de outubro de 2022, foram notificados 1 803 casos em que o diagnóstico de infeção por VIH ocorreu em 2020 e 2021, ao que corresponde uma taxa média de diagnósticos para o biénio de 8,7 casos por 10<sup>5</sup> habitantes, não ajustada para o atraso da notificação. A maioria dos casos corresponde a homens (2,5 casos por cada caso em mulheres), a mediana das idades ao diagnóstico foi de 39,0 anos e em 27,6% dos novos casos os indivíduos tinham idades  $\geq 50$  anos. A idade mediana mais baixa (31,0 anos) foi apurada em homens que têm sexo com homens (HSH), estes correspondem a 70,1% dos casos diagnosticados em indivíduos de idade inferior a 30 anos. A taxa de diagnóstico mais elevada registou-se no grupo etário 25-29 anos, 27,3 casos por 10<sup>5</sup> habitantes, em particular nos homens (45,1 casos por 10<sup>5</sup> habitantes). A residência de 48,9% dos indivíduos situava-se na Área Metropolitana de Lisboa (15,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e a região do Algarve apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (9,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes). A maioria dos novos casos ocorreu em indivíduos naturais de Portugal (53,0%), país no qual foram também adquiridas a maioria das infeções (73,4% dos casos com dados relativos ao país de provável transmissão). A via sexual foi referida em 92,0% dos casos com diagnóstico no biénio 2020-2021, sendo a transmissão heterossexual a mais frequente (51,8%). Os casos em HSH constituíram 56,0% dos novos diagnósticos em homens. Na primeira avaliação clínica predominaram os casos assintomáticos, contudo, em 17,7% houve um diagnóstico concomitante de SIDA e 55,4% foram diagnósticos tardios segundo a nova definição, proporções que se revelaram mais elevadas nos casos de homens que referem transmissão heterossexual (70,8%). Durante os anos 2020 e 2021 foram também diagnosticados 415 novos casos de SIDA (2,0 casos/10<sup>5</sup> habitantes). A pneumocistose foi a doença definidora de SIDA mais frequente, sendo referida em 33,0% dos casos. Foram ainda notificados 298 óbitos ocorridos no biénio, 26,8% dos quais ocorreram nos cinco anos subsequentes ao diagnóstico da infeção.

Entre 1983 e 2021 foram diagnosticados em Portugal 64 257 casos de infeção por VIH, dos quais 23 399 atingiram estágio SIDA. Entre 2012 e 2021 observou-se uma redução de 49% no número de novos casos de infeção por VIH e de 66% em novos casos de SIDA, valores provisórios uma vez que os totais relativos a 2021 não estão ajustados para o atraso na notificação. Não obstante a tendência decrescente sustentada, Portugal continua a destacar-se pelas elevadas taxas de novos casos de infeção VIH e SIDA entre os países da Europa Ocidental. O elevado número de novos diagnósticos de infeção por VIH em HSH de idades jovens continua a justificar forte investimento no desenho, implementação e alargamento de medidas preventivas dirigidas a esta população. Ainda, a elevada percentagem de diagnósticos tardios, com particular expressão entre os homens heterossexuais e as pessoas com 50 ou mais anos, valida a necessidade de compreender

melhor as razões e incrementar o desenvolvimento de ações dirigidas à prevenção da transmissão e promoção do diagnóstico precoce dirigidas a essas populações específicas.

Em 2021, foram distribuídos, através do PNISTVIH, cerca de quatro milhões de preservativos externos e internos e mais de quatrocentas mil embalagens de gel lubrificante. No âmbito do Programa Troca de Seringas (PTS) foram distribuídas mais de um milhão e cem mil seringas entre a população utilizadora de drogas por via injetável. No que diz respeito à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao VIH, até 31 de dezembro de 2020, 24 hospitais já tinham implementado a consulta, abrangendo um total de 1 586 pessoas que tiveram pelo menos uma consulta nesse ano. Foram realizados mais de quarenta e cinco mil testes rápidos para VIH em diversas estruturas de saúde e estruturas comunitárias, verificando-se uma redução do número de testes rápidos realizados, em comparação com o ano de 2019. Adicionalmente, foram dispensadas 8 133 unidades de autoteste para VIH pelas farmácias comunitárias, entre outubro de 2019 e dezembro de 2021.

## Abstract

*This report is a joint publication from the Directorate-General of Health and the National Institute of Health Doutor Ricardo Jorge and presents updated HIV surveillance data from Portugal, information on national prevention and testing initiatives, as well as the implemented strategic orientations regarding the HIV national response. Since the previous year's report has not been published, in the current issue the analysis of the most recent year diagnoses includes cases diagnosed in both 2020 and 2021.*

*In Portugal, 1 803 new HIV infection cases were diagnosed during 2020 and 2021, corresponding to a rate of 8.7 new cases/10<sup>5</sup> inhabitants, not adjusted for reporting delay. Those diagnoses were 2.5 times more frequent in men than in women. The median age of recently diagnosed individuals was 39.0 years; 27.6% of them were aged 50 years or older. The lowest median age (31.0 y/o) was found among men who have sex with men (MSM) cases that also account for 70.1% of cases diagnosed in individuals under the age of 30 years. The highest diagnosis rates occurred among the 25-29 y/o age group (27.3 cases/10<sup>5</sup> inhabitants), particularly in men (45.1 cases/10<sup>5</sup> inhabitants). Lisbon Metropolitan Area was the residence area for 48.9% of persons with a new diagnosis of HIV infection (15.3 cases/10<sup>5</sup> inhabitants) and the second larger rate of diagnoses was identified in the Algarve region (9.3 cases/10<sup>5</sup> inhabitants). Most cases occurred in individuals born in Portugal (53.0%), which was also the country more frequently referred as probable country of infection (73.4%). Sexual transmission was reported in 92.0% of cases diagnosed in the 2 years period; although cases of heterosexual transmission prevailed (51.8%), cases in MSM account for 56.0% of the new diagnoses between men. Clinical characteristics of newly diagnosed cases indicate that the majority were asymptomatic, however, a concurrent AIDS diagnosis occurred in 17.7%. According to the new definition, 55.4% of the new HIV diagnosis were late diagnoses, the highest proportion observed among heterosexual men (70.8%). During 2020 and 2021, 415 new AIDS cases were diagnosed in individuals aged ≥15 years (2.0 cases/10<sup>5</sup> inhabitants). Pneumocystosis was the most frequent AIDS-defining illness, reported in 33.0% of AIDS cases. In the same period, 298 deaths occurred in people with HIV infection, 26.8% of those happening five or less years after HIV diagnosis.*

*Between 1983 and 2021, 64 257 cases of HIV infection were cumulatively diagnosed in Portugal, of those 23 399 were AIDS cases. Although possibly affected by reporting delay, temporal trends show that between 2012 and 2021 both new HIV and AIDS diagnoses have declined, respectively 49% and 66%, although 2021 data are not adjusted for reporting delay. Despite the downward trend, Portugal still exhibits one of the highest rates of new HIV and AIDS diagnosis among European Union countries. As in previous years, the number of new HIV diagnoses in young MSM draws attention and reinforces the need for focused strategies for this specific population. In addition, the high proportion of late diagnoses, particularly among heterosexual men and persons aged 50 or plus years, highlights the importance of specific prevention activities and routine HIV testing.*

*National Programme for STI and HIV activities concerning prevention during 2021 included the supply of 4 million of external and internal condoms and 450 thousand lubricants, and the distribution of 1.1 million syringes among injecting drug users' population through the needle exchange programme. By December 2020, Pre-Exposure Prophylaxis was available in 24 hospitals covering a total of 1,586 persons who received PrEP at least once during the reporting period. HIV rapid testing performed in several settings including primary healthcare sector and community-based organizations, counted more than 45 thousand, representing a decreasing trend compared to 2019. A total of 8,133 self-tests were sold by community pharmacies from October 2019 until December 2021.*

## Lista de siglas e abreviaturas

**ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde  
**AFP** - Associação de Farmácias de Portugal  
**AIDS** - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*  
**A.M.** - Área metropolitana.  
**ANF** - Associação Nacional das Farmácias  
**ARS** - Administração Regional de Saúde  
**CAD** - Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH  
**COVID-19** - Doença por SARS-CoV-2  
**CSP** - Cuidados de saúde primários  
**DGRSP** - Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais  
**DGS** - Direção-Geral da Saúde  
**ECDC** - *European Centre for Disease Prevention and Control*  
**EPI** - Equipamentos de proteção individual  
**ERRMD** - Equipas de redução de riscos e minimização de danos  
**FNSC** - Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais  
**HSH** - Homens que têm sexo com homens  
**INE** - Instituto Nacional de Estatística, I.P.  
**INFARMED** - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.  
**INSA** - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.  
**IST** - Infeções sexualmente transmissíveis  
**LGBTI** - Lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo.  
**NUTS** - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos  
**OBC** - Organizações de base comunitária  
**ODS** - Objetivos de desenvolvimento sustentável  
**OMS** - Organização Mundial da Saúde  
**ONG** - Organizações não-governamentais  
**ONUSIDA** - Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA  
**PCB** - *Programme Coordinating Board (UNAIDS)*  
**PNISTVIH** - Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana  
**PNVIHSIDA** - Programa Nacional para a infeção por VIH e SIDA  
**PrEP** - Profilaxia pré-exposição  
**PSSA** - Pessoas em situação de sem-abrigo  
**PTS** - Programa Troca de Seringas  
**PVVIH** - Pessoas que vivem com VIH  
**R.A.** - Região Autónoma  
**SARS-CoV-2** - Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2  
**SI.VIDA** - Sistema de Informação para a Infeção VIH e SIDA  
**SICAD** - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
**SIDA** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
**SINAVE** - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica  
**SNS** - Serviço Nacional de Saúde  
**SPMS** - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.  
**TESSy** - *The European Surveillance System*  
**TS** - Trabalhadoras/es do sexo  
**UDI** - Utilizadores de drogas injetadas  
**UE/EEE** - União Europeia / Espaço Económico Europeu  
**UNAIDS** - *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*  
**VHB** - Vírus da hepatite B  
**VHC** - Vírus da hepatite C  
**VIH** - Vírus da imunodeficiência humana  
**VIH-1** - Vírus da imunodeficiência humana do tipo 1  
**VIH-2** - Vírus da imunodeficiência humana do tipo 2



## NOTA INTRODUTÓRIA

Depois de uma grave crise financeira que afetou todo o mundo e de forma particular Portugal, os três últimos anos ficam marcados por novas crises - a pandemia de COVID-19 e o ressurgir da guerra na Europa e até - embora com um impacto quantitativo muito menor, mas muito significativo na comunidade que afetou - a emergência de um surto de infeção por vírus Monkeypox (com nova designação recomendada pela Organização Mundial de Saúde em 28/11/2022 - Mpox) que afetou quase todos os países no mundo, com epicentro em Portugal, Espanha e Reino Unido, caracterizado por transmissão entre homens que têm sexo com homens. Todos estes acontecimentos criaram inevitavelmente dificuldades particulares na prevenção, diagnóstico, acesso e retenção nos cuidados de saúde, até estrangimentos na gestão e atualização dos sistemas de informação e mesmo na notificação e disponibilização de informação, com impacto na vigilância epidemiológica, mas também na resposta à infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) em Portugal, tal como aconteceu noutros países, nomeadamente europeus. Por outro lado, condicionaram alterações sociais, comportamentais e económicas com impacto significativo na dinâmica de transmissão da infeção VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis.

Este documento, elaborado em conjunto pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), reporta e analisa os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, as iniciativas desenvolvidas em 2021 pelo programa nacional e as orientações estratégicas em implementação para resposta a esta infeção. A reestruturação do Programa Nacional que passou a integrar, pela primeira vez, as infeções sexualmente transmissíveis (IST) como uma área prioritária, justificou a redefinição das atribuições do Diretor e do renomeado Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (PNISTVIH). Esta alteração coincidiu com a minha nomeação como diretora do programa em junho de 2021, funções que desempenhei até 16 de setembro de 2022<sup>1</sup>.

Internacionalmente, foi definida uma nova Estratégia para a infeção por VIH, adotada, por consenso, pelo PCB – *Programme Coordinating Board* do Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), durante uma sessão especial, realizada em 24 e 25 de março de 2021. A Estratégia *GLOBAL AIDS STRATEGY 2021–2026. END INEQUALITIES. END AIDS*<sup>2</sup> foca-se nas desigualdades para colmatar as lacunas que impedem o progresso para acabar com a infeção e estabelece novas e ambiciosas metas e políticas a serem alcançadas e implementadas até 2025.

Com igual relevância, foi adotada a Declaração Política *2021 Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030*<sup>3</sup>, aprovada na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre SIDA, realizada entre 8 e 10 de junho em Nova Iorque, que apela aos países para que disponibilizem o acesso a serviços de prevenção combinada, eficazes e centrados nas pessoas, a 95% de todas as pessoas em situação de risco de contrair a infeção. A Declaração reclama aos países o compromisso de que pelo menos 95% das pessoas que vivem com VIH conheçam o seu estatuto serológico, que destas, 95% estejam sob tratamento antirretrovírico e, destas, 95% tenham a carga vírica suprimida.

O primeiro capítulo deste relatório, dedicado à vigilância epidemiológica, vem repor o acesso à informação e à caracterização epidemiológica dos novos casos de infeção por VIH, e sua evolução em Portugal, tendo em conta que em 2021, o PNISTVIH não publicou, como habitualmente, o relatório sobre a evolução da infeção com a atualização dos dados relativos a 2020. A necessidade de desenvolvimento de sistemas de vigilância e monitorização da pandemia de COVID-19 em Portugal e mobilização de muitos dos recursos disponíveis, redundou em atrasos na atualização e manutenção do sistema de informação para a infeção VIH e SIDA, o SI.VIDA, que ficou gravemente comprometido em termos de funcionalidade, impossibilitando a recolha atempada da informação representativa da realidade nacional, que permitisse a elaboração e divulgação do relatório em 2021.

Durante o ano de 2022, o PNISTVIH empenhou-se, na criação de condições para repor o funcionamento do SI.VIDA, de forma continuada e em estreita articulação com a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, com os hospitais e até parceiros privados, o que não foi possível atingir numa proporção significativa de hospitais.

Nesse contexto, foi necessário encontrar uma solução de recurso, temporária e com múltiplas limitações em termos da abrangência e estrutura de dados obtidos que consistiu num programa de recuperação de notificações em atraso, particularmente focada nos anos 2019, 2020 e 2021, utilizando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE V.2). Esta solução, ao contrário do SI.VIDA se em pleno funcionamento, não permite a monitorização dos objetivos 95-95-95, dos contrato-programa dos hospitais no que diz respeito ao tratamento das pessoas que vivem com VIH, pondo nomeadamente em risco a continuidade de dados e atualização dos estádios de SIDA e ocorrência de morte. As necessidades de vigilância e monitorização do VIH estão para além das cobertas pelo referido sistema e a legislação associada, desenhados para doenças de declaração obrigatória com características muito distintas da infeção por VIH. Trata-se de uma infeção com curso crónico, com manifestações clínicas frustes, inespecíficas ou inexistentes aquando da infeção primária ou aguda e cujo diagnóstico nesta fase é exceção e não a regra. Adicionalmente, o tratamento instituído precocemente, como é a prática nacional, altera totalmente a sua transmissibilidade. Assim, os clássicos inquéritos e rastreio de contactos, como ferramenta de prevenção e controlo, são desajustados à realidade epidemiológica, sem falar no estigma que ainda rodeia a infeção e o potencial risco de discriminação contra o qual todos os esforços se justificam.

Assim, os dados relativos aos casos de VIH ocorridos nos anos 2020 e 2021, a nível nacional, foram obtidos, maioritariamente, por notificação através do formulário do SINAVE. O repto lançado pelo PNISTVIH, contou com uma forte adesão das equipas dos serviços hospitalares que seguem doentes VIH, permitindo, num intervalo de tempo muito curto, recolher, processar e analisar a informação presente no Relatório 2022, respondendo assim à grande necessidade de informação para a decisão e até à expectativa social em acompanhar a situação epidemiológica da infeção por VIH no nosso País.

Tendo em conta o período aqui analisado, este relatório não integra dados sobre as IST, dado o reduzido tempo desde a assunção desta responsabilidade pelo PNISTVIH e a ausência de uma definição e estruturação da vigilância epidemiológica e de monitorização clínica de outras infeções sexualmente transmissíveis, indispensável à sua concretização. Neste processo de transição, o PNISTVIH preconiza, para os próximos anos, a recolha e o tratamento da informação disponível, a identificação de estratégias preventivas efetivas e de boas práticas de prestação de cuidados clínicos. É no entanto fundamental e urgente conhecer, a realidade da sua magnitude, características e tendências, tanto na população geral como em populações chave, que permita a definição e adequação das políticas, a organização das respostas e dos objetivos a alcançar. Nos dados deste relatório, assim como nos anteriores, continuamos a utilizar as categorias de sexo binário (homem/mulher). Estamos conscientes de que o sexo e o género são caracterizações complexas que não se encaixam apenas nestas duas categorias. Esta limitação deve-se ao facto de o relatório utilizar dados provenientes de diversas fontes, com metodologias de registo que não permitem a especificação de género. Estamos conscientes da necessidade melhorar os nossos sistemas de vigilância e recolha de dados de forma a melhor se adequarem à diversidade. Ainda assim, os projetos financiados pelo PNISTVIH são, desde há anos, crescentemente sensíveis às questões de género, incluindo as necessidades das pessoas trans e não binárias.

O segundo capítulo deste relatório descreve as intervenções específicas de prevenção e controlo da epidemia por VIH em Portugal, desenvolvidas no âmbito do PNISTVIH. Alguns dados aqui apresentados já mostram o retomar de níveis de execução semelhantes aos do período pré-pandémico.

O terceiro capítulo apresenta as principais linhas estratégicas do que se pretende que venha a ser o Plano de Ação para os próximos anos, nas áreas das IST e VIH, enquadradas na visão global de eliminação dessas infeções até 2030.

Trata-se, portanto, de um documento aberto que reflete um processo dinâmico, em construção, cuja conclusão se prevê para o ano de 2023. Falamos naturalmente, da completude dos dados de vigilância epidemiológica da infeção por VIH, nomeadamente dos dados de monitorização das metas 95-95-95, da recolha, análise e divulgação de informação sobre as infeções sexualmente transmissíveis e da publicação do Plano de Ação do Programa, cuja elaboração se pretende alicerçar num processo participativo e colaborativo, baseada no melhor e mais recente conhecimento científico disponível.

Margarida Tavares



Vigilância  
**Epidemiológica**





## I.1- Informação epidemiológica - 2020 e 2021

### I.1.1. Novos casos de infeção por VIH

Por não ter sido publicado no ano transato o relatório anual homólogo, as características dos casos de infeção por VIH com diagnóstico nos dois anos mais recentes, 2020 e 2021, serão descritas de forma agregada. Na secção dedicada à análise de tendências a informação será apresentada de forma desagregada.

Até 31 de outubro de 2022 foram notificados 1 803 novos casos de infeção por VIH em que o diagnóstico ocorreu entre 1 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021. Destes, 870 foram diagnosticados em 2020 e 933 em 2021, sendo a maioria registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos (**quadro 1**). A taxa de novos diagnósticos apurada para o biénio foi de 8,7 casos por 10<sup>5</sup> habitantes; quando desagregadas para os anos 2020 e 2021 as taxas obtidas foram, respetivamente, 8,4 e 9,0 novos casos por 10<sup>5</sup> habitantes. Nenhuma das taxas foi corrigida para o atraso de notificação.

**Quadro 1** - Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2020 e 2021.

	Ano de diagnóstico		Total
	2020	2021	
Adolescentes e adultos (≥15 anos)	868	931	1 799
Crianças (<15 anos)	2	2	4
<b>Total</b>	<b>870</b>	<b>933</b>	<b>1 803</b>

#### Novos casos de infeção por VIH em crianças (<15 anos)

Foram notificados quatro casos de infeção por VIH em crianças, com idade inferior a 15 anos, cujo diagnóstico ocorreu em 2020 e 2021. Em dois destes casos a idade ao diagnóstico foi 14 anos, ambos correspondentes a crianças nascidas fora de Portugal. Apenas num desses casos foi identificado o modo de transmissão, transfusão ocorrida fora de Portugal. Os restantes dois casos correspondem a casos de transmissão mãe-filho, de crianças nascidas em Portugal, um dos quais diagnosticado em 2020, no primeiro ano de vida, e o outro em 2021 aos 3 anos de idade.

#### Novos casos de infeção por VIH em adolescentes e adultos (≥15 anos)

Os 1 799 casos diagnosticados durante os anos 2020 e 2021 em adolescentes e adultos, ocorreram maioritariamente em homens (71,8%), representando os casos em mulheres 28,2% do total, o que corresponde a uma razão homem/mulher (H/M) de 2,5.

A idade à data de diagnóstico situou-se entre os 25 e os 49 anos em 63,6% dos novos casos, enquanto 27,6% foram diagnosticados em indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos. Embora o maior número de novos diagnósticos tenha ocorrido em indivíduos com idades entre 30 e 39 anos (**quadro 2**), a taxa mais elevada, 27,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes, registou-se no grupo etário dos 25-29 anos. Após estratificação por sexo este padrão foi também observado nos casos em homens, para os quais se apurou uma taxa de diagnósticos de 45,1 casos/10<sup>5</sup> homens no grupo etário dos 25-29 anos. Nas mulheres, o maior número de novos casos e a taxa mais elevada de diagnósticos registaram-se no grupo etário dos 30-39 anos, respetivamente, 133 casos e 11,2 casos/10<sup>5</sup> mulheres.

**Quadro 2** - Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

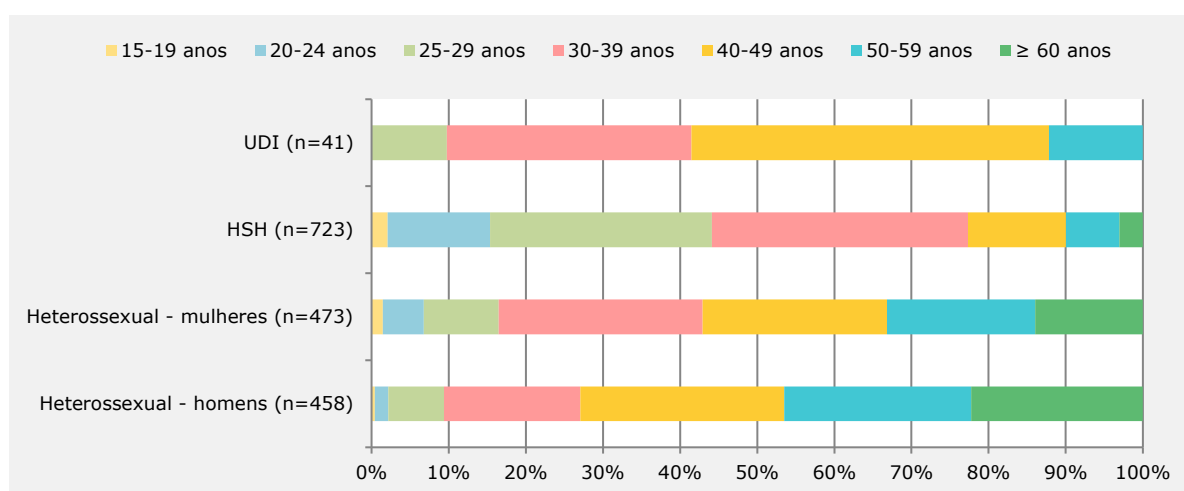
Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes	n	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes	N	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes
15-19 anos	19	1,5	3,5	7	1,4	1,3	26	1,4	2,4
20-24 anos	106	8,2	18,6	26	5,1	4,6	132	7,3	11,7
25-29 anos	247	19,1	45,1	50	9,9	9,1	297	16,5	27,3
30-39 anos	342	26,5	28,9	133	26,2	11,2	475	26,4	19,6
40-49 anos	247	19,1	16,6	125	24,7	8,4	372	20,7	11,9
50-59 anos	191	14,8	13,7	95	18,7	6,8	286	15,9	9,6
≥ 60 anos	140	10,8	5,4	71	14,0	2,8	211	11,7	3,4
<b>Total</b>	<b>1 292</b>	<b>100,0</b>	<b>13,3</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>5,2</b>	<b>1 799</b>	<b>100,0</b>	<b>8,7</b>

A idade mediana à data do diagnóstico apurada para o total de casos diagnosticados em adolescentes e adultos foi de 39,0 anos [Percentil 25 e 75 – (P25-P75): 29,0-51,0] (**quadro 3**). Os casos relativos a homens que têm sexo com homens (HSH), apresentaram uma mediana de idades de 31 anos, que é 13 anos inferior à apurada para os casos em utilizadores de drogas injetadas (UDI) (44 anos) e 14 anos inferior aos que referem transmissão heterossexual (45 anos). Em 44,1% (319/723) dos casos de transmissão em HSH a idade à data de diagnóstico foi inferior a 30 anos (**figura 1**), enquanto apenas 13,0% (121/931) dos casos de transmissão por contacto heterossexual foram diagnosticados em indivíduos com idades equivalentes. Ainda, 70,1% (319/455) dos casos diagnosticados em pessoas com idades entre 15 e 29 anos referiam transmissão por relações sexuais entre homens. Por outro lado, 39,7% (370/931) dos casos em que a transmissão ocorreu por contacto heterossexual registaram-se em indivíduos com 50 ou mais anos, correspondendo a 74,4% (370/497) dos novos casos registados em indivíduos desse grupo etário.

**Quadro 3** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os novos casos ( $\geq 15$ anos)	39,0	29,0	51,0
Homens	37,0	29,0	50,0
Mulheres	42,0	33,0	54,0
Heterossexual	45,0	35,0	56,0
HSH	31,0	26,0	38,0
UDI	44,0	33,0	47,0

Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas



Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

**Figura 1** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) do grupo etário por modo de transmissão.

De entre os novos casos com informação relativa à residência, verifica-se que a Área Metropolitana (A.M.) de Lisboa, de acordo com a definição dada pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II de 2013<sup>4</sup>, foi a região com maior proporção de novos casos (48,9%; 880/1 799) e também a que registou a taxa mais elevada de novos diagnósticos (15,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes) (quadro 4). O número de novos diagnósticos em residentes na região Norte do país foi o segundo maior registado no país, contudo, foi no Algarve que se detetou a segunda taxa de diagnóstico mais elevada. A Região Autónoma (R.A.) da Madeira apresentou a terceira taxa de diagnósticos VIH mais elevada do país.

A análise das taxas de novos diagnósticos por distrito revelou que os três distritos com as taxas mais elevadas foram o distrito de Lisboa (16,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes), o distrito de Faro (9,7 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e o distrito de Setúbal (9,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes).

**Quadro 4** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	n	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes
Norte	421	23,4	5,9
Centro	286	15,9	6,4
Área Metropolitana de Lisboa	880	48,9	15,3
Alentejo	39	2,2	2,8
Algarve	84	4,7	9,3
Região Autónoma dos Açores	6	0,3	1,3
Região Autónoma da Madeira	34	1,9	6,7
Residência no estrangeiro	26	1,4	n.a.
Sem informação	23	1,3	n.a.
<b>Total</b>	<b>1 799</b>	<b>100,0</b>	<b>8,7</b>

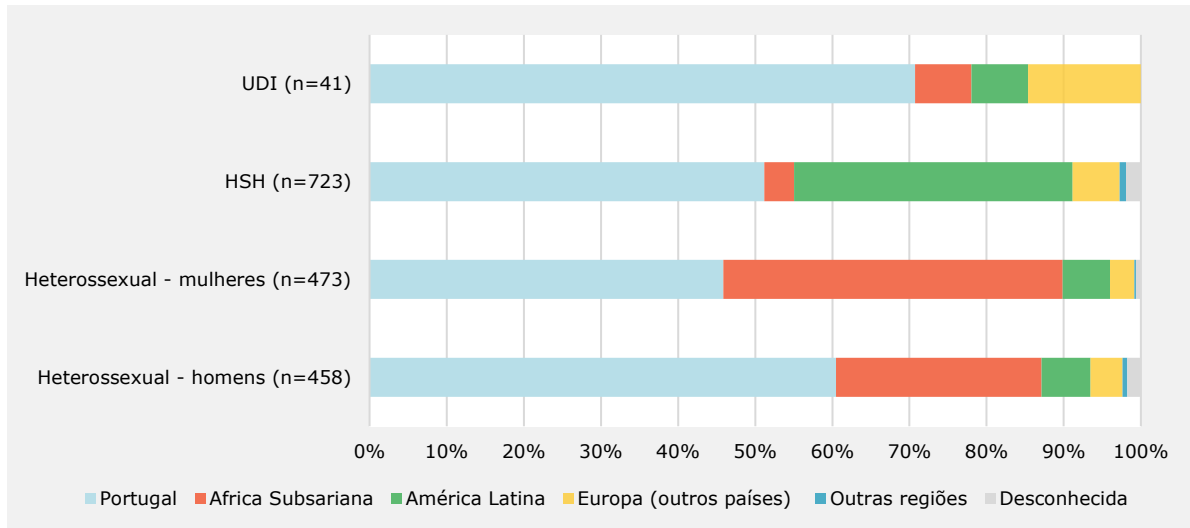
A informação relativa ao país ou região geográfica de origem é apurada com base no país de naturalidade, para os indivíduos com um novo diagnóstico de infeção por VIH em Portugal (quadro 5).

**Quadro 5** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	723	56,0	230	45,4	953	53,0
África Subsariana	165	12,8	222	43,8	387	21,5
América Latina	304	23,5	31	6,1	335	18,6
Europa (outros países)	68	5,3	20	3,9	88	4,9
Outra	9	0,7	1	0,2	10	0,6
Sem informação	23	1,8	3	0,6	26	1,4
<b>Total</b>	<b>1 292</b>	<b>100,0</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>1 799</b>	<b>100,0</b>

Portugal foi indicado como país de naturalidade na maioria dos casos (53,0%). Dos 820 casos que referiam ter nascido noutro país, 47,2% eram originários de países situados na África Subsariana e 40,9% de países da América Latina. A estratificação por sexo revelou para as mulheres que a proporção de casos que referem ter nascido em Portugal é inferior à dos casos que nasceram noutros países (45,4% vs 54,0%), situação que não se observa nos casos em homens, que maioritariamente nasceram em Portugal. Nos homens nascidos no estrangeiro, o maior número de casos corresponde a indivíduos originários da América Latina (304/546; 55,7%), enquanto as mulheres nascidas fora de Portugal foram, maioritariamente, originárias de países africanos (81,0%; 222/274).

A análise da informação referente à região de naturalidade, desagregada para as três principais formas de transmissão (figura 2), revelou para os casos de transmissão heterossexual em mulheres que 44,0% eram oriundas de países da África Subsariana, enquanto nos casos de transmissão heterossexual em homens 60,5% nasceram em Portugal. Nos casos de transmissão em UDI e HSH predominou a naturalidade Portuguesa, contudo, observa-se que nos 339 casos em HSH com naturalidade conhecida e diferente de Portugal, 261 (77,0%) eram originários de países da América Latina.



Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Figura 2 - Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.

Na notificação dos casos de infeção por VIH é também recolhida informação relativa ao país onde terá ocorrido a infeção. Na figura 3 apresenta-se a distribuição dos casos com diagnóstico no período em análise, segundo o país ou região onde existe maior probabilidade de ter ocorrido o contágio, para o total dos casos (A) e para os casos em indivíduos nascidos fora de Portugal (B).

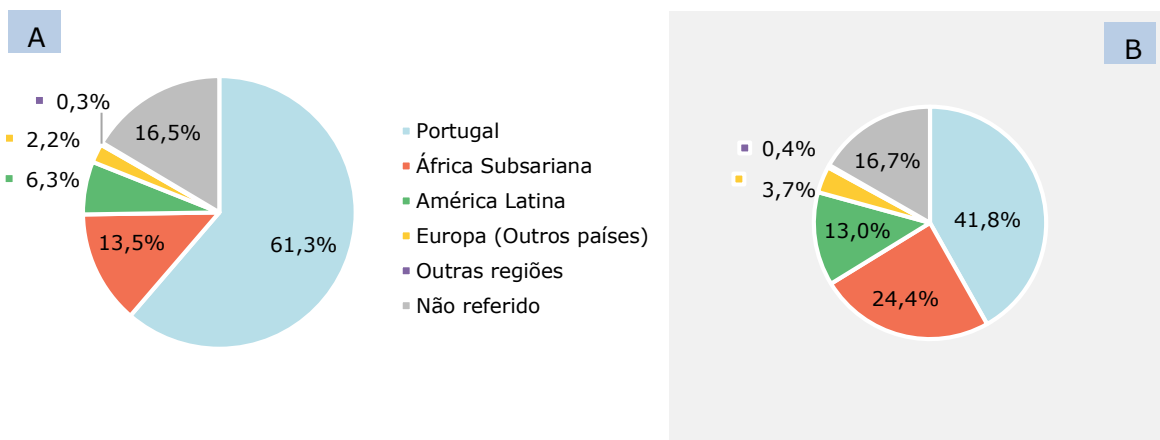


Figura 3 - Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infeção - todos os casos (A), casos com país de naturalidade diferente de Portugal (B).

É possível constatar que em 61,3% do total de casos a infeção terá ocorrido em Portugal (figura 3A), contudo, se forem considerados apenas os casos em que existe informação para esta variável (1 503/1 799), esta proporção ascende a 73,4% (1 103/1 503). Nos casos que nasceram no estrangeiro, 41,8% referem Portugal como o país em que terão contraído a infeção (figura 3B). Ao serem analisados apenas os casos com informação (703/804), essa proporção aumenta para 50,2% (353/703).

O tipo de vírus foi reportado em 97,9% (1 761/1 799) dos novos casos notificados, verificando-se que na maioria dos casos com informação (97,1%; 1 710/1 761) a infeção foi causada por VIH do tipo 1 (VIH-1). No período em análise foram diagnosticadas 47 infeções por VIH do tipo 2 (VIH-2). Esses diagnósticos ocorreram maioritariamente em mulheres (61,7%; 29/47), em indivíduos com 50 ou mais anos (74,5%; 35/47) e em nascidos na Guiné-Bissau (66,0%; 31/47).

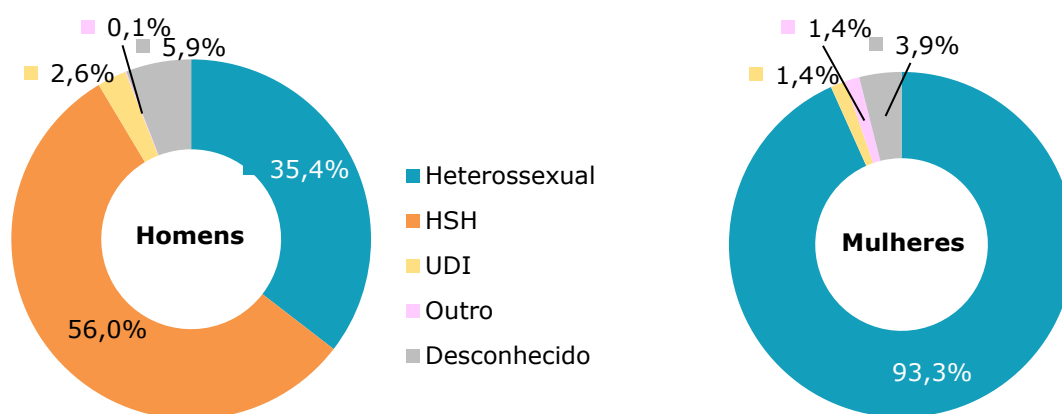
Em 91,9% dos casos com diagnóstico em 2020 e 2021 a transmissão ocorreu através de relações sexuais (quadro 6). Destas, 51,8% por contactos heterossexuais e 40,2% em HSH. Os casos em UDI corresponderam a 2,3% do total.

**Quadro 6** - Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	458	35,4	473	93,3	931	51,8
HSH	723	56,0	0	-	723	40,2
UDI	34	2,6	7	-	41	2,3
Outra	1	0,1	7	1,4	8	0,4
Desconhecido	76	5,9	20	3,9	96	5,3
<b>Total</b>	<b>1 292</b>	<b>100,0</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>1 799</b>	<b>100,0</b>

Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

A distribuição percentual dos novos casos por modo de transmissão e sexo é ilustrada na figura 4. Os casos com diagnóstico no biénio 2020 e 2021 associados a transmissão por relações sexuais entre homens (n=723) constituíram 56,0% dos novos diagnósticos em homens, valor que ascende a 59,5% se forem considerados apenas os casos com informação sobre o modo de transmissão (n=1 216).



Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

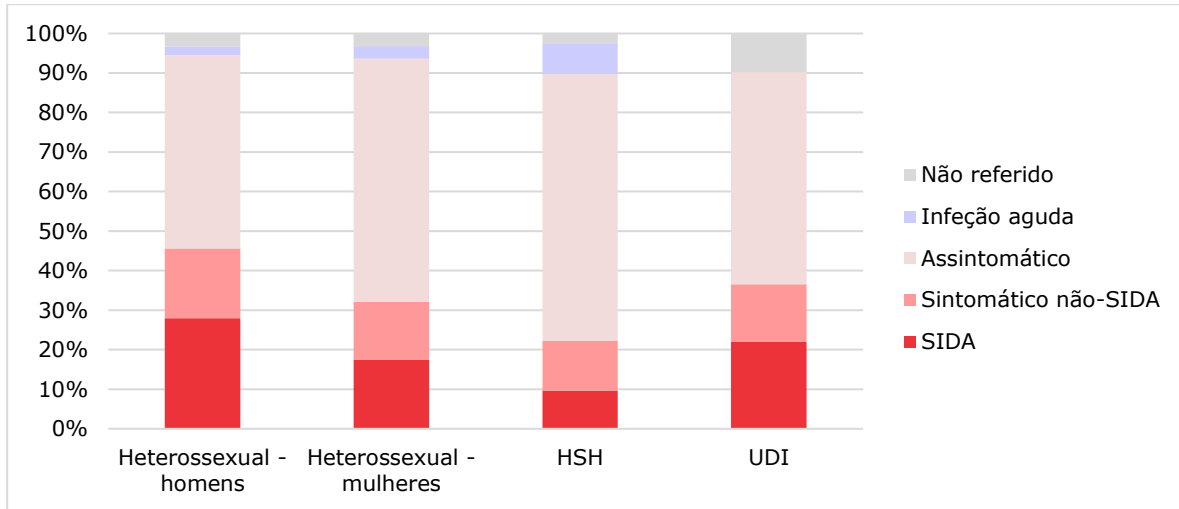
**Figura 4** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.

Em 96,1 % (1 728/1 799) dos casos com diagnóstico nos anos em análise esteve disponível informação relativa ao estágio clínico apurado na avaliação inicial, a maioria (59,2%) apresentando-se como assintomáticos (quadro 7). Identificaram-se 83 casos em que o diagnóstico foi efetuado na fase aguda da infeção, 80,7% (67/83) dos quais correspondiam a homens, e nestes, 83,6% (56/67) referiam transmissão por relações sexuais com outros homens. A estratificação por sexo não revelou diferenças nas proporções dos casos nos diferentes estádios.

**Quadro 7** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por estágio inicial e sexo.

Estádio clínico	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Infeção Aguda	67	5,2	16	3,2	83	4,6
Portador Assintomático	758	58,7	307	60,6	1 065	59,2
Sintomático Não-SIDA	189	14,6	73	14,4	262	14,6
SIDA	228	17,6	90	17,8	318	17,7
Sem informação	50	3,9	21	4,1	71	3,9
<b>Total</b>	<b>1 292</b>	<b>100,0</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>1 799</b>	<b>100,0</b>

A análise do estágio clínico segundo o modo de transmissão evidencia que a maior proporção de casos com diagnóstico concomitante de SIDA (27,9%) ocorreu em homens que referem transmissão heterossexual e a menor (9,7%) em HSH (figura 5). No total foram identificados 318 casos (17,7%) em que ocorreu um diagnóstico de SIDA concomitantemente com o diagnóstico de infeção por VIH.



Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

**Figura 5** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) do estágio clínico por modo de transmissão.

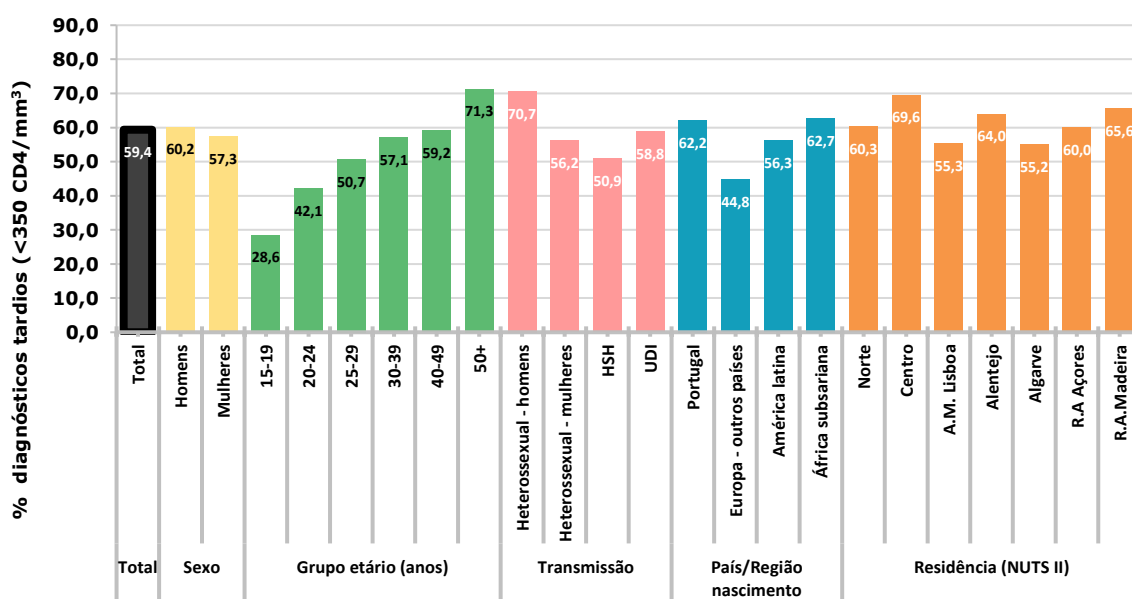
O número de células TCD4+ da primeira avaliação clínica tem sido usado como indicador de precocidade dos diagnósticos de infeção por VIH, estando consensualizado que os valores inferiores a 350 células/mm<sup>3</sup> corresponderão a apresentação tardia aos cuidados de saúde<sup>5</sup>. Esta informação esteve disponível para 83,0% dos casos diagnosticados em 2020 e 2021 e é apresentada no **quadro 8A**. Uma vez que é frequente verificar-se uma redução transitória do número de células TCD4+ no período inicial da infeção por VIH, o que eventualmente poderia levar à classificação incorreta desses casos como correspondendo a apresentação tardia, foram excluídos da análise os casos em que foi reportado o estágio clínico “Infeção aguda”. Constatou-se que 59,4% dos casos diagnosticados no período em análise referiam valores <350 células/mm<sup>3</sup>, revelando uma apresentação tardia aos cuidados clínicos. Esta situação foi mais frequente entre os indivíduos do sexo masculino (60,2%) e nos casos de transmissão heterossexual em homens (70,7%). Em 37,9% dos casos observaram-se valores <200 células/mm<sup>3</sup>, indicador de doença avançada, também mais frequente nos homens (39,1%) e nos casos de transmissão heterossexual em homens (51,0%).

**Quadro 8A** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: contagem de células TCD4+ na avaliação clínica inicial, por sexo e modo de transmissão.

	Sexo				Modo de transmissão								Total	
	Homens		Mulheres		Hetero - H		Hetero - M		HSH		UDI			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Total com contagens TCD4+	996	81,3	429	87,4	392	87,5	409	89,3	528	79,2	34	82,9	1 425	83,0
<b>Nº células TCD4+ &lt;350 cél/mm<sup>3</sup></b>	<b>600</b>	<b>60,2</b>	<b>246</b>	<b>57,3</b>	<b>277</b>	<b>70,7</b>	<b>230</b>	<b>56,2</b>	<b>269</b>	<b>50,9</b>	<b>20</b>	<b>58,8</b>	<b>846</b>	<b>59,4</b>
Nº células TCD4+ <200 cél/mm <sup>3</sup>	389	39,1	151	35,2	200	51,0	142	34,7	152	28,8	13	38,2	540	37,9

Legenda: Hetero-H – heterossexual-homens; Hetero-M - heterossexual-mulheres; HSH – homens que têm sexo com homens; UDI –utilizadores de drogas injetadas

A informação relativa à proporção de diagnósticos tardios para diferentes características encontra-se resumida na **figura 6**. À semelhança do observado nos anos anteriores<sup>6</sup>, verifica-se que a estratificação por sexo revela uma pequena diferença, sem significado estatístico. Observa-se uma tendência crescente nas proporções de diagnósticos tardios que acompanha o aumento da idade à data de diagnóstico, atingindo o valor de 71,3% nos casos com idades de 50 ou mais anos ao diagnóstico. Relativamente à origem geográfica, constata-se entre os casos nascidos em Portugal e na região de África Subsariana a proporção de diagnóstico tardio foi superior à verificada entre os nascidos noutros países europeus ou da América Latina. A região NUTS II de residência em que se observou a percentagem mais elevada de diagnósticos tardios foi a Região Centro, 69,6%, tal como verificado em anos anteriores<sup>6</sup>.



Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

**Figura 6** - Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição (%) dos casos com contagens TCD4+<350 células/mm<sup>3</sup> de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.

Recentemente, foi consensualizada e publicada uma atualização da abordagem para avaliação dos diagnósticos tardios<sup>7</sup>, que se distancia do método até agora usado, por se ter constatado que este poderá sobrestimar os diagnósticos tardios, quer por classificação errada de infeções recentes como diagnósticos tardios, com base nos valores baixos de células TCD4+, como atrás explicado, quer por redução do denominador se as mesmas forem retiradas da avaliação. Segundo a nova abordagem, são identificados como diagnósticos “não tardios” os casos que correspondam a infeções agudas (com evidência laboratorial ou clínica), bem como os casos que tenham um teste VIH negativo nos 12 meses antes do diagnóstico, em ambas as situações independentemente do valor das contagens de TCD4+. Nos casos em que não se verifique nenhuma destas condições, a classificação é feita segundo os valores obtidos na contagem de células TCD4+, sendo classificados como diagnósticos “não tardios” se estes forem superiores ou iguais a 350 células/mm<sup>3</sup>, desde que não refiram diagnóstico concomitante de doença definidora de SIDA.

Com base nestas novas premissas, foi efetuada a análise dos dados relativos aos casos com diagnóstico em 2020 e 2021 cujos resultados se apresentam no **quadro 8B**. Os valores apurados para o diagnóstico tardio são inferiores aos obtidos na abordagem assente apenas na contagem de TCD4+ e apresentada no **quadro 8A**, as diferenças entre ambas as abordagens serão no futuro alvo de análise mais detalhada.

**Quadro 8B** - Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) diagnosticados em 2020 e 2021: diagnósticos tardios (%) segundo a nova definição, por sexo e modo de transmissão.

Diagnóstico tardio	Sexo				Modo de transmissão									
	Homens		Mulheres		Hetero - H		Hetero - M		HSH		UDI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<b>SIM</b>	<b>608</b>	<b>55,0</b>	<b>254</b>	<b>56,2</b>	<b>289</b>	<b>70,8</b>	<b>238</b>	<b>55,2</b>	<b>260</b>	<b>42,3</b>	<b>20</b>	<b>58,8</b>	<b>862</b>	<b>55,4</b>
NÃO	497	45,0	198	43,8	119	29,2	193	44,8	355	57,7	14	41,2	695	44,6

Legenda: Hetero-H – heterossexual-homens; Hetero-M - heterossexual-mulheres; HSH – homens que têm sexo com homens; UDI –utilizadores de drogas injetadas

### I.1.2. Novos casos de SIDA

Durante os anos 2020 e 2021 foram diagnosticados 415 novos casos de SIDA, 202 casos em 2020 e 213 casos em 2021, todos em adolescentes ou adultos com idade igual ou superior a 15 anos (**quadro 9**). A taxa de novos diagnósticos de SIDA para os anos 2020 e 2021 foi, respetivamente, 2,0 e 2,1 casos/ $10^5$  habitantes. O diagnóstico de SIDA foi concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH em 76,6% dos casos (318/415); nos restantes verificou-se evolução para estágio SIDA.

**Quadro 9** – Novos casos de SIDA diagnosticados em 2020 e 2021.

	Ano de diagnóstico estágio SIDA		
	2020	2021	Total
Adolescentes e adultos ( $\geq 15$ anos)	202	213	415
Crianças (<15 anos)	0	0	0
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>213</b>	<b>415</b>

Dos 415 casos de SIDA diagnosticados no biénio em análise, 291 (70,1%) registaram-se em homens e 124 (29,9%) em mulheres, o que revela uma razão H/M de 2,3. A maioria dos novos casos de SIDA (67,0%) ocorreu em indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, no entanto, a incidência mais elevada, 4,0 casos/ $10^5$  habitantes, observou-se no grupo etário 30-39 anos. A desagregação por sexo revelou para as mulheres igualmente uma incidência maior no grupo dos 30 aos 39 anos (2,7 casos/ $10^5$  habitantes) enquanto a incidência mais elevada nos homens foi observada no escalão 40-49 anos (6,1 casos/ $10^5$  habitantes) (**quadro 10**). A idade mediana à data do diagnóstico de SIDA para o total de novos casos de 2020 e 2021 foi de 46,0 anos (P25-75: 37,0-54,0) (**quadro 11**). As medianas de idades dos casos de SIDA foram mais elevadas em mulheres (46,0 anos) e entre os que referiam transmissão heterossexual (47,5 anos), as mais baixas registaram-se nos HSH (37,0 anos).

A distribuição dos novos casos de SIDA por região NUTS II da residência à data da notificação, mostrada no **quadro 12**, revela que o maior número de diagnósticos de SIDA (n=186) ocorreu na área metropolitana de Lisboa, onde também se observou a incidência de SIDA mais elevada (3,2 casos de SIDA/10<sup>5</sup> habitantes).

**Quadro 10** - Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes	n	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes	n	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes
15-19 anos	1	0,3	0,2	0	0,0	-	1	0,2	0,1
20-24 anos	9	3,1	1,6	2	1,6	0,4	11	2,7	1,0
25-29 anos	21	7,2	3,8	6	4,8	1,1	27	6,5	2,5
30-39 anos	64	22,0	5,4	34	27,4	2,7	98	23,6	4,0
40-49 anos	91	31,3	6,1	32	25,8	1,9	123	29,6	3,9
50-59 anos	67	23,0	4,8	28	22,6	1,8	95	22,9	3,2
≥ 60 anos	38	13,1	1,5	22	17,7	0,6	60	14,5	1,0
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100,0</b>	<b>3,0</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>1,1</b>	<b>415</b>	<b>100,0</b>	<b>2,0</b>

**Quadro 11** – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os novos casos de SIDA (≥15 anos)	46,0	37,0	54,0
Homens	45,0	37,0	53,0
Mulheres	46,0	37,0	55,0
Heterossexual	47,5	40,0	56,0
HSH	37,0	31,0	44,0
UDI	46,0	38,0	49,0

Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

**Quadro 12** – Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	Nº casos de SIDA	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes
Norte	106	25,5	1,5
Centro	83	20,0	1,9
Área Metropolitana de Lisboa	186	44,8	3,2
Alentejo	12	2,9	0,9
Algarve	12	2,9	1,3
Região Autónoma dos Açores	1	0,2	0,2
Região Autónoma da Madeira	3	0,7	0,6
Residência no estrangeiro	9	2,2	n.a.
Sem informação	3	0,7	n.a.
<b>Total</b>	<b>415</b>	<b>100,0</b>	<b>2,0</b>

A maioria dos novos casos de SIDA de 2020 e 2021 (58,3%) registou-se em indivíduos nascidos em Portugal, o mesmo se observando para ambos os sexos (quadro 13).

**Quadro 13** - Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Portugal	184	63,2	58	46,8	242	58,3
África Subsariana	52	17,9	57	46,0	109	26,3
América Latina	36	12,4	3	2,4	39	9,4
Europa (outros países)	10	3,4	3	2,4	13	3,1
Outra	1	0,3	2	1,6	3	0,7
Sem informação	8	2,7	1	0,8	9	2,2
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100,0</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>415</b>	<b>100,0</b>

A distribuição dos novos casos de SIDA por modo de transmissão é apresentada no quadro 14 e mostra que a maioria dos casos (62,7%) ocorreu em indivíduos que contraíram a infeção por contacto heterossexual.

**Quadro 14** - Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	150	51,5	110	88,7	260	62,7
HSH	89	30,6	0	-	89	21,4
UDI	27	9,3	8	6,5	35	8,4
Outra	1	0,3	1	0,8	2	0,5
Desconhecido	24	8,2	5	4,0	29	7,0
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100,0</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>415</b>	<b>100,0</b>

Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Segundo as definições europeia e nacional de caso de SIDA<sup>8,9</sup> (Anexo II), a classificação obedece apenas a critérios clínicos sendo necessária a presença de pelo menos uma das doenças definidoras de SIDA que constam da lista publicada em 1993<sup>8</sup> e apresentada no Anexo III deste relatório, não sendo considerado o critério imunológico (contagem de células TCD4+) como noutras regiões do mundo. Em cada caso podem ser registadas até quatro doenças que constituam o quadro inaugural de SIDA. A pneumocistose e a candidose esofágica, referidas respetivamente em 33,0% e 17,1% dos casos, foram as doenças definidoras de SIDA mais frequentes nos casos com diagnóstico em 2020 e 2021, em ambos os sexos, como pode ser constatado no quadro 15 onde são mostradas as frequências das doenças definidoras de SIDA mais

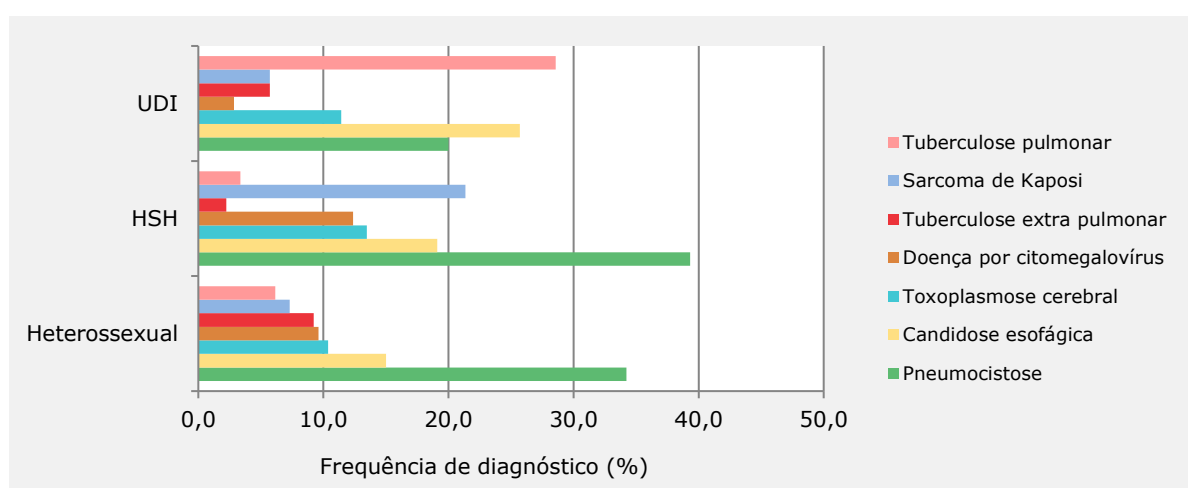
comummente registadas. A desagregação por sexo revela diferenças nas frequências das restantes doenças.

**Quadro 15** - Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo.

Doença definidora de SIDA	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Pneumocistose	95	32,6	42	33,9	137	33,0
Candidose esofágica	49	16,8	22	17,7	71	17,1
Toxoplasmose cerebral	32	11,0	14	11,3	46	11,1
Sarcoma de Kaposi	35	12,0	8	6,5	43	10,4
Doença por citomegalovírus	28	9,6	14	11,3	42	10,1
Tuberculose pulmonar	28	9,6	6	4,8	34	8,2
Tuberculose extrapulmonar	16	5,5	13	10,5	29	7,0
Criptococose extra-pulmonar	18	6,2	5	4,0	23	5,5
Encefalopatia por VIH	15	5,2	6	4,8	21	5,1
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	15	5,2	5	4,0	20	4,8

*Nota:* Pode ser referida mais do que uma doença definidora de SIDA por caso.

Na **figura 7** é apresentada a frequência em que ocorreu o diagnóstico das doenças definidoras de SIDA mais comuns, após desagregação dos casos de acordo com o modo de transmissão. A análise revela que a pneumocistose foi a doença mais frequente nos casos de transmissão sexual, heterossexual (34,2%) e HSH (39,3%), enquanto a tuberculose pulmonar foi a mais frequente em UDI (28,6%), enquanto a tuberculose pulmonar foi a mais frequente em UDI (28,6%). A candidose esofágica foi segunda doença mais frequente nos casos de transmissão heterossexual e em UDI, sendo referida, respetivamente, em 15,0% e 25,7% dos casos de SIDA associados a essas formas de transmissão. O sarcoma de Kaposi foi diagnosticado em 21,3% dos casos de SIDA em HSH.



**Figura 7** – Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥15 anos) diagnosticados em 2020 e 2021: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.

### I.1.3. Óbitos em pessoas que vivem com VIH

Foram comunicados 298 óbitos em doentes infetados por VIH ocorridos no biénio 2020-2021 (148 em 2020 e 150 em 2021), dos quais 139 (46,6%) em estágio SIDA. A taxa de mortalidade, bruta e não ajustada para o atraso de notificação, foi de 1,4 mortes/10<sup>5</sup> habitantes em 2020 e 1,5 mortes/10<sup>5</sup> habitantes em 2021.

Os óbitos ocorreram maioritariamente em homens (72,1%; 215) e a idade mediana à data de óbito foi de 58,0 anos (P25-75: 48,0-68,0) (quadro 16). Como tem sido verificado nos anos anteriores<sup>6</sup>, os UDI apresentaram a idade mediana mais baixa, 49,0 anos (P25-75: 44,0-55,0) à data do óbito.

**Quadro 16** - Óbitos ocorridos em 2020 e 2021: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os óbitos	58,0	48,0	68,0
Homens	58,0	49,0	68,0
Mulheres	57,0	47,0	68,0
Heterossexual	63,0	53,0	71,0
HSH	56,0	47,0	69,0
UDI	49,0	44,0	55,0

Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

A análise dos óbitos por sexo e modo de transmissão revelou que o maior número de óbitos foi registado em casos do sexo masculino e que referiam transmissão heterossexual (n=120), tal como mostrado no quadro 17.

**Quadro 17** - Óbitos ocorridos em 2020 e 2021: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	120	55,8	67	80,7	187	62,8
HSH	33	15,3	0	0,0	33	11,1
UDI	53	24,7	14	16,9	67	22,5
Outro	1	0,5	2	2,4	3	1,0
Desconhecido	8	3,7	0	0,0	8	2,7
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

O tempo decorrido entre o diagnóstico de infeção por VIH e a morte foi superior a 20 anos em 24,5% dos óbitos ocorridos em 2020 e 2021 (quadro 18). Por outro lado, 19,8% dos óbitos ocorreram no primeiro ano após o diagnóstico e nestes a estratificação por modo de transmissão revelou que a proporção mais elevada de óbitos no primeiro ano após o diagnóstico (36,4%) se verificou em HSH. Denota-se ainda que em 49,3% dos óbitos registados em casos de UDI o diagnóstico tinha acontecido há mais de 20 anos.

**Quadro 18** - Óbitos ocorridos em 2020 e 2021: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão.

Tempo	Sexo				Modo de transmissão						Total	
	Homens		Mulheres		Heterossexual		UDI		HSH			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
≤1 ano	44	20,5	15	18,1	37	19,8	2	3,0	12	36,4	59	19,8
2 a 5 anos	16	7,4	5	6,0	19	10,2	1	1,5	0	0,0	21	7,0
6 a 10 anos	30	14,0	7	8,4	29	15,5	4	6,0	4	12,1	37	12,4
11-15 anos	42	19,5	15	18,1	39	20,9	15	22,4	2	6,1	57	19,1
16-20 anos	28	13,0	23	27,7	36	19,3	12	17,9	3	9,1	51	17,1
> 20 anos	55	25,6	18	21,7	27	14,4	33	49,3	12	36,4	73	24,5

## I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2021)

Até 31 de dezembro de 2021, foram diagnosticados cumulativamente em Portugal, 64 257 casos de infeção por VIH, dos quais 23 399 atingiram o estágio de SIDA, segundo a informação recolhida das notificações recebidas até 31 de outubro de 2022. Foram ainda comunicados 15 555 óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH, ocorridos no mesmo período. A distribuição temporal destes diagnósticos e óbitos está representada na [figura 8](#).

Nas secções seguintes apresentam-se os resultados da análise detalhada dos totais acumulados e das tendências observadas para os principais aspetos demográficos, clínicos e epidemiológicos dos casos de infeção por VIH, dos casos de SIDA e dos óbitos notificados.

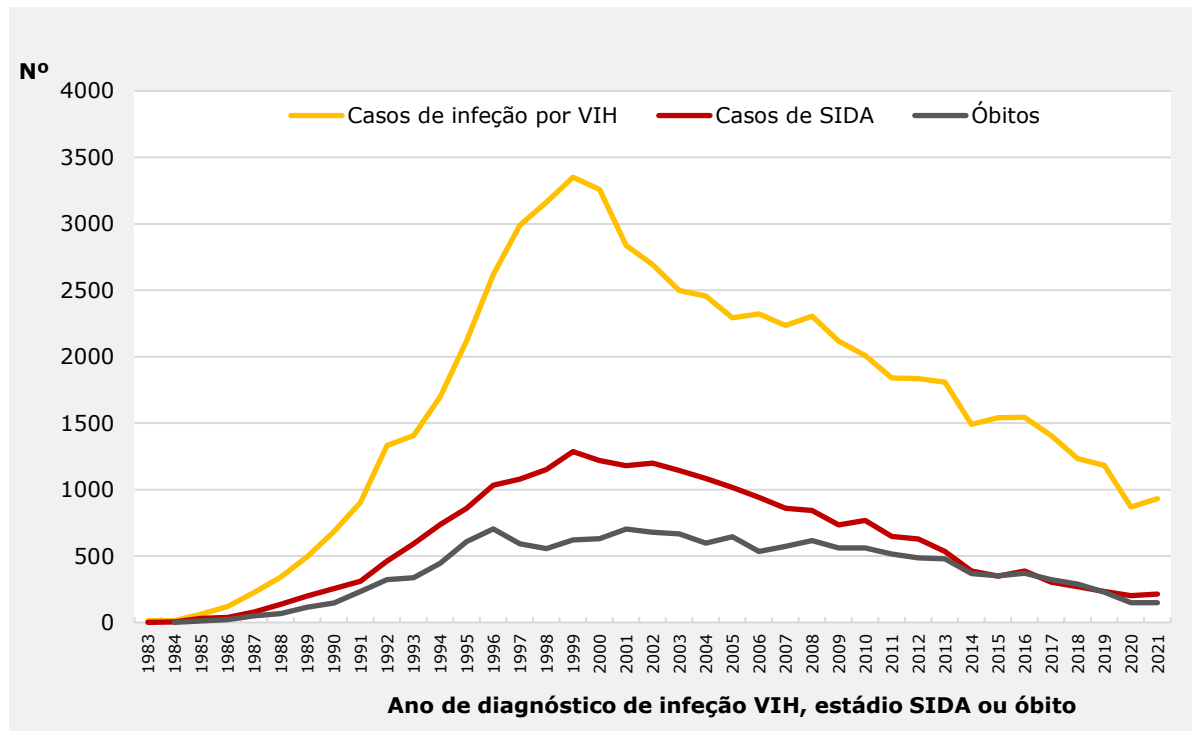


Figura 8 - Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2021): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.

### I.2.1. Casos de infeção por VIH

#### Distribuição temporal

No [quadro 19](#) é apresentada a distribuição dos 64 257 casos de infeção por VIH acumulados, de acordo com o ano de diagnóstico. Após a identificação dos primeiros casos de infeção por VIH no país, que ocorreu em 1983, o maior valor anual de novos diagnósticos, 3 351, foi atingido em 1999. A partir daí observou-se um decréscimo sustentado no número anual de novos casos, que se apurou ser de 43% entre os

diagnósticos ocorridos nos anos 2000 e 2011 e de 49% quando comparados os anos 2012 e 2021. No ano de 2021 é observado um número superior de diagnósticos relativamente aos notificados para 2020, podendo esta situação estar associada ao impacto da pandemia COVID-19, não sendo ainda claro se a redução se deve a restrições no acesso ao diagnóstico para a infeção por VIH, a alterações de comportamentos ou a outros fatores ainda não identificados.

Para efeitos da avaliação das tendências temporais relativas à infeção por VIH, SIDA e óbitos associados, a comparação é habitualmente realizada com o penúltimo ano de diagnóstico da série em análise, uma vez que o valor obtido para o ano mais recente poderá estar mais afetado pelo atraso na notificação. No presente relatório, tendo em conta os eventuais efeitos da pandemia acima referidos nas estatísticas respeitantes ao ano 2020 e o esforço recente de recuperação das notificações em atraso, foi decidido não usar a mesma abordagem, optando-se por efetuar a análise com o ano mais recente, 2021, que se estima estar menos afetado pelo atraso na notificação que em anos anteriores. Contudo, as tendências identificadas deverão ser assumidas como provisórias.

**Quadro 19** - Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por ano de diagnóstico e sexo.

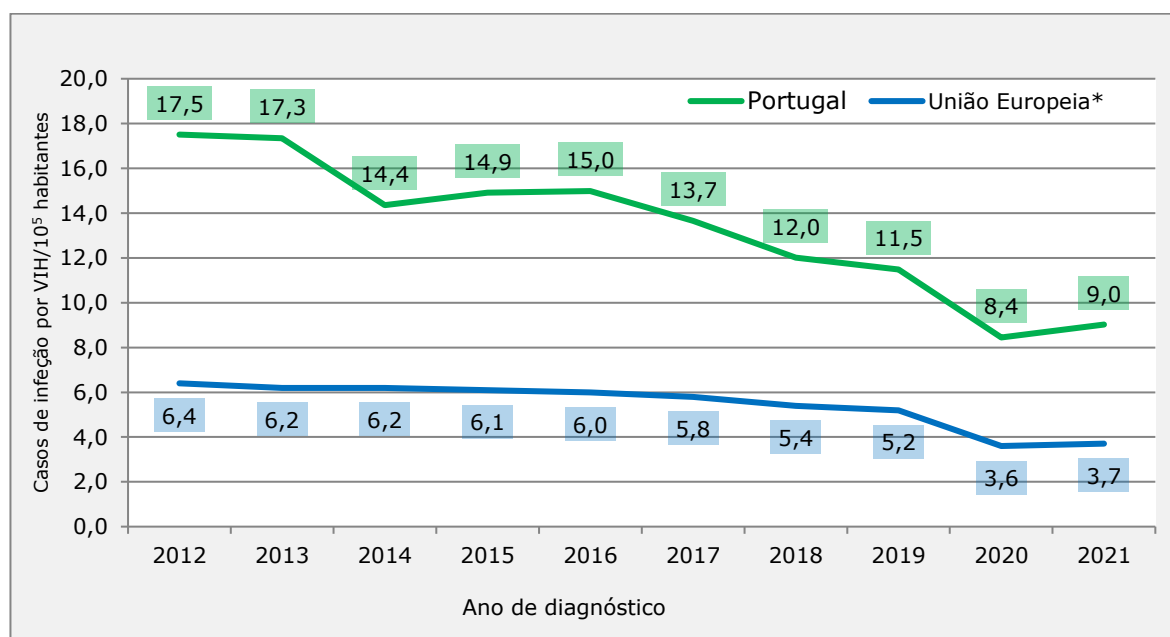
Ano de diagnóstico	Nº de casos			H/M
	Homens	Mulheres	Total	
≤1990	1 601	353	1 955	4,5
1991	720	184	904	3,9
1992	1 062	269	1 333	3,9
1993	1 112	295	1 407	3,8
1994	1 317	381	1 699	3,5
1995	1 639	482	2 122	3,4
1996	1 972	646	2 618	3,1
1997	2 319	670	2 989	3,5
1998	2 352	811	3 164	2,9
1999	2 557	794	3 351	3,2
2000	2 396	862	3 259	2,8
2001	1 995	842	2 838	2,4
2002	1 831	863	2 694	2,1
2003	1 700	799	2 499	2,1
2004	1 632	825	2 457	2,0
2005	1 566	726	2 292	2,2
2006	1 556	767	2 323	2,0
2007	1 472	764	2 236	1,9
2008	1 562	743	2 305	2,1
2009	1 420	697	2 117	2,0
2010	1 345	663	2 008	2,0
2011	1 281	559	1 840	2,3
2012	1 289	547	1 836	2,4
2013	1 284	525	1 809	2,4
2014	1 072	418	1 490	2,6
2015	1 137	405	1 542	2,8
2016	1 118	427	1 545	2,6
2017	1 012	394	1 406	2,6
2018	884	350	1 234	2,5
2019	827	355	1 182	2,3
2020	630	240	870	2,6
2021	662	271	933	2,4
<b>Total</b>	<b>46 322</b>	<b>17 927</b>	<b>64 257</b>	<b>2,6</b>

Legenda: H - Homens; M – Mulheres.

Nota: estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.

Como seria de esperar, as taxas anuais de novos diagnósticos refletem também a tendência decrescente verificada para o número de casos (figura 9), registando-se uma redução de 45% quando analisadas as taxas apuradas para o ano 2000 (31,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e para o ano 2011 (17,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes). Na década mais recente, comparativamente com 2012 (17,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes), verificou-se uma redução de 48% para 9,0 casos/10<sup>5</sup> habitantes em 2021.

Apesar da redução acima indicada, a taxa anual de novos diagnósticos em Portugal mantém-se como uma das mais elevadas na União Europeia (UE). Nos anos mais recentes, corresponde aproximadamente ao dobro da taxa calculada pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) para o conjunto dos países que integram a UE<sup>10</sup>.



\*Fonte: WHO Europe/ECDC. *HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2022* (2021 data).

Figura 9 - Casos de infeção por VIH (2012-2021): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.

## Distribuição por sexo

A epidemia nacional atinge maioritariamente os indivíduos do sexo masculino, à semelhança do que se observa na maioria dos países do hemisfério norte. Em todos os anos em observação o número de casos em homens superou o número de casos registados em mulheres (quadro 19). Cumulativamente, encontram-se registados 46 322 casos em homens, 72,1% do total de casos, o que corresponde a um valor de 2,6 para a razão entre o número de casos em homens (H) e em mulheres (M) - razão H/M. O período em que se observou um maior equilíbrio entre o número de casos em homens e em mulheres foi o decorrido entre 2002 e 2010, no qual o valor da razão H/M foi aproximadamente 2,0. A partir de 2011 observou-se um novo aumento da proporção de diagnósticos em homens, verificando-se anualmente valores superiores ou iguais a 2,4.

As tendências observadas no número de novos diagnósticos e nas respetivas taxas apuradas por sexo seguem o padrão anteriormente descrito para o total de novos casos, registando-se, a partir do ano 2000, uma tendência decrescente em ambos os sexos (quadro 19 e figura 10). Pontualmente, verificou-se um ligeiro aumento de diagnósticos em homens que, no entanto, não se transformou numa tendência. As taxas apuradas para 2021 foram de 13,5 novos casos/10<sup>5</sup> homens e de 5,0 novos casos/10<sup>5</sup> mulheres, valores que, como referido anteriormente, se espera ainda virem a sofrer variações devido ao atraso na notificação. A análise da variação percentual entre o número anual de novos casos registados nos anos 2012 e 2021 revelou, para a última década, uma redução ligeiramente menor para os diagnósticos ocorridos em homens do que em mulheres (49% vs. 50%). Idêntica situação é observada na variação das taxas de diagnóstico apuradas para ambos os sexos e para os mesmos anos, onde se regista um decréscimo de 50% para o sexo feminino, enquanto para o sexo masculino a redução encontrada foi de 48%.

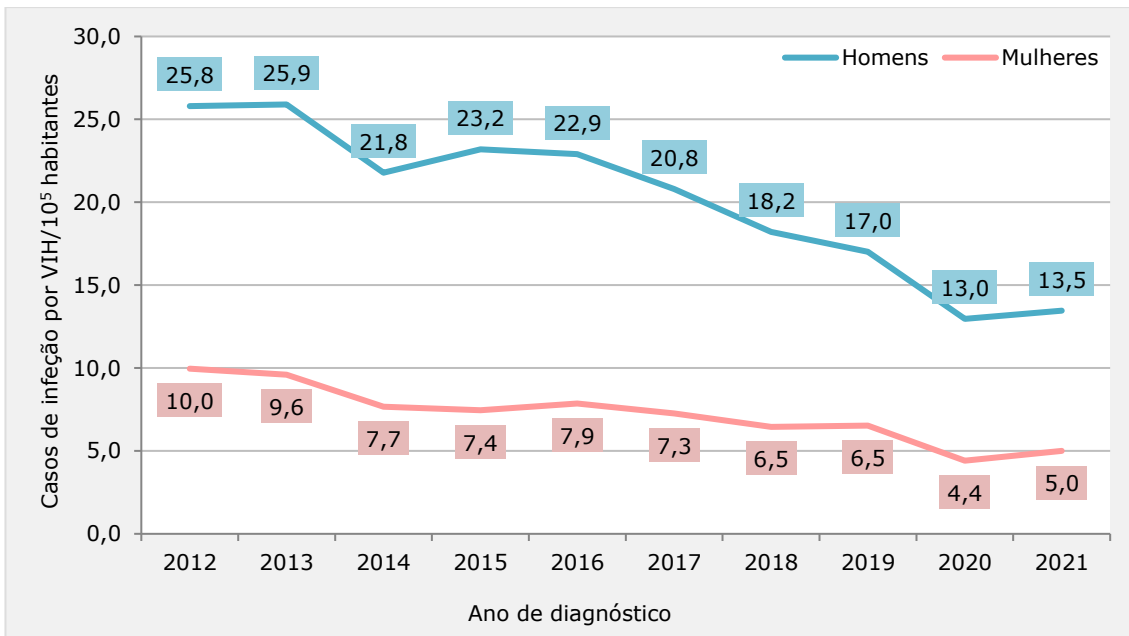
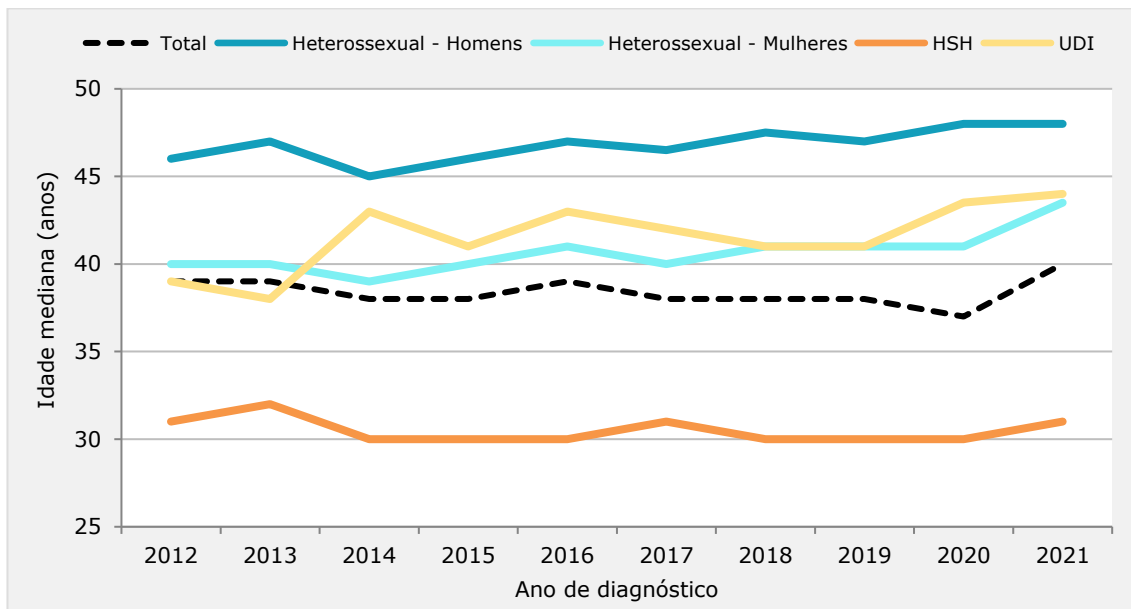


Figura 10 - Casos de infecção por VIH (2012-2019): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

### Idade ao diagnóstico

As tendências nas idades medianas à data do diagnóstico da infecção por VIH, apuradas para o período 2012-2021, são apresentadas na figura 11, sendo excluídos da análise os casos com diagnóstico em idades inferiores a 15 anos. Embora nas décadas passadas se tenha verificado um aumento da mediana da idade apurada para o total de casos, na década em análise observa-se uma estabilização, com

valores que maioritariamente se situam entre 38,0 e 39,0 anos. A análise após desagregação por modo de transmissão, revelou que, ao longo de todo o período, a idade mediana mais elevada é observada consistentemente nos casos de transmissão heterossexual em homens, sendo superior em cerca de 6 anos à observada nas mulheres que registam a mesma forma de transmissão. No sentido inverso, os casos em HSH com diagnóstico neste intervalo temporal apresentam sempre a idade mediana mais baixa, com valores que diferem em mais de 15 anos das idades medianas apuradas para os casos de transmissão heterossexual em homens. O maior aumento da idade mediana ao diagnóstico, 6 anos, foi observado nos UDI, contudo, o número reduzido de diagnósticos associado a esta forma de transmissão origina variações que devem ser interpretadas com reserva.



Legenda: HSH -homens que têm sexo com homens; UDI - utilizadores de drogas injetadas

Figura 11 - Casos de infeção por VIH (2012-2021): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

A informação referente à distribuição temporal dos casos notificados por escalão etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo, é apresentada no [quadro 20](#). Cumulativamente, a maioria dos diagnósticos de infeção por VIH ocorreu em indivíduos entre os 15 e os 39 anos (64,6%; 41 541) e o grupo etário com maior número de casos acumulados é o grupo 30-39 anos.

**Quadro 20** - Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Grupo etário		Ano de Diagnóstico											Total	
		≤2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%
<15 anos	<b>Subtotal</b>	<b>587</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>634</b>	<b>1,0</b>
	H	285	3	6	2	1	0	4	2	0	0	0	303	
	M	300	2	5	5	4	4	3	2	0	2	2	329	
15-19 anos	<b>Subtotal</b>	<b>1 516</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>1 782</b>	<b>2,8</b>
	H	865	30	24	28	22	23	18	11	14	11	8	1 054	
	M	651	13	13	14	6	5	7	4	8	4	3	728	
20-24 anos	<b>Subtotal</b>	<b>6 207</b>	<b>182</b>	<b>147</b>	<b>150</b>	<b>191</b>	<b>163</b>	<b>142</b>	<b>122</b>	<b>121</b>	<b>68</b>	<b>64</b>	<b>7 557</b>	<b>11,8</b>
	H	4 241	152	116	115	159	128	118	108	103	55	51	5 346	
	M	1 966	30	31	35	32	35	24	14	18	13	13	2 211	
25-29 anos	<b>Subtotal</b>	<b>9 819</b>	<b>226</b>	<b>229</b>	<b>199</b>	<b>225</b>	<b>219</b>	<b>205</b>	<b>178</b>	<b>184</b>	<b>154</b>	<b>143</b>	<b>11 781</b>	<b>18,3</b>
	H	7 054	159	162	154	186	186	162	133	144	130	117	8 587	
	M	2 763	67	67	45	39	33	43	45	40	24	26	3 192	
30-39 anos	<b>Subtotal</b>	<b>16 719</b>	<b>488</b>	<b>516</b>	<b>405</b>	<b>403</b>	<b>396</b>	<b>371</b>	<b>340</b>	<b>308</b>	<b>231</b>	<b>244</b>	<b>20 421</b>	<b>31,8</b>
	H	12 540	332	368	294	286	281	252	246	211	166	176	15 152	
	M	4 178	156	148	111	117	115	119	94	97	65	68	5 268	
40-49 anos	<b>Subtotal</b>	<b>8 603</b>	<b>447</b>	<b>422</b>	<b>321</b>	<b>343</b>	<b>361</b>	<b>294</b>	<b>257</b>	<b>264</b>	<b>180</b>	<b>192</b>	<b>11 684</b>	<b>18,2</b>
	H	6 469	313	292	230	246	262	208	172	175	119	128	8 614	
	M	2 133	134	130	91	97	99	86	85	89	61	64	3 069	
50-59 anos	<b>Subtotal</b>	<b>4 296</b>	<b>269</b>	<b>284</b>	<b>222</b>	<b>208</b>	<b>230</b>	<b>211</b>	<b>197</b>	<b>175</b>	<b>141</b>	<b>145</b>	<b>6 378</b>	<b>9,9</b>
	H	3 034	182	202	148	145	155	148	131	116	97	94	4 452	
	M	1 262	87	82	74	63	75	63	66	59	44	51	1 926	
≥60 anos	<b>Subtotal</b>	<b>2 446</b>	<b>175</b>	<b>163</b>	<b>144</b>	<b>139</b>	<b>144</b>	<b>151</b>	<b>121</b>	<b>108</b>	<b>79</b>	<b>132</b>	<b>3 802</b>	<b>5,9</b>
	H	1 751	117	114	101	92	83	102	81	64	52	88	2 645	
	M	695	58	49	43	47	61	49	40	44	27	44	1 157	
Desconhecido	<b>Subtotal</b>	<b>217</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>218</b>	<b>0,3</b>
	H	217	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	218	
<b>Total</b>		<b>50 410</b>	<b>1 836</b>	<b>1 809</b>	<b>1 490</b>	<b>1 542</b>	<b>1 545</b>	<b>1 406</b>	<b>1 234</b>	<b>1 182</b>	<b>870</b>	<b>933</b>	<b>64 257</b>	<b>100,0</b>

Legenda: H- Homens; M – Mulheres.

Nota: estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.

A tendência observada no número de novos casos nos diferentes grupos etários mostrou-se decrescente, à exceção do grupo etário referente aos indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos, que em 2021 sofreu um incremento que carece de uma análise mais detalhada e monitorização futura (figura 12A). Os resultados da análise comparativa relativa ao número de casos com diagnóstico em 2012 e 2021 mostraram que o escalão 15-19 anos apresentou a maior redução (74,4%), seguido dos escalões 20-24 anos (64,8%) e 40-49 anos (57,0%). À exceção do escalão ≥60 anos, que apresenta uma redução de apenas 24,6% devido ao aumento de diagnósticos verificado em 2021, o escalão com menor redução é o escalão 25-29 anos (36,7%). Na última década, a proporção de novos diagnósticos em indivíduos com 50 ou mais anos situou-se sempre acima dos 20%, sendo uma das mais elevadas da Europa<sup>10,11</sup> (figura 12B). As taxas mais elevadas ocorrem, desde 2012, no escalão 25-29 anos (figura 12C) que, nos cinco anos mais recentes, apresentou

uma taxa média de 31,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes, seguido do escalão 30-39 anos (23,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes).

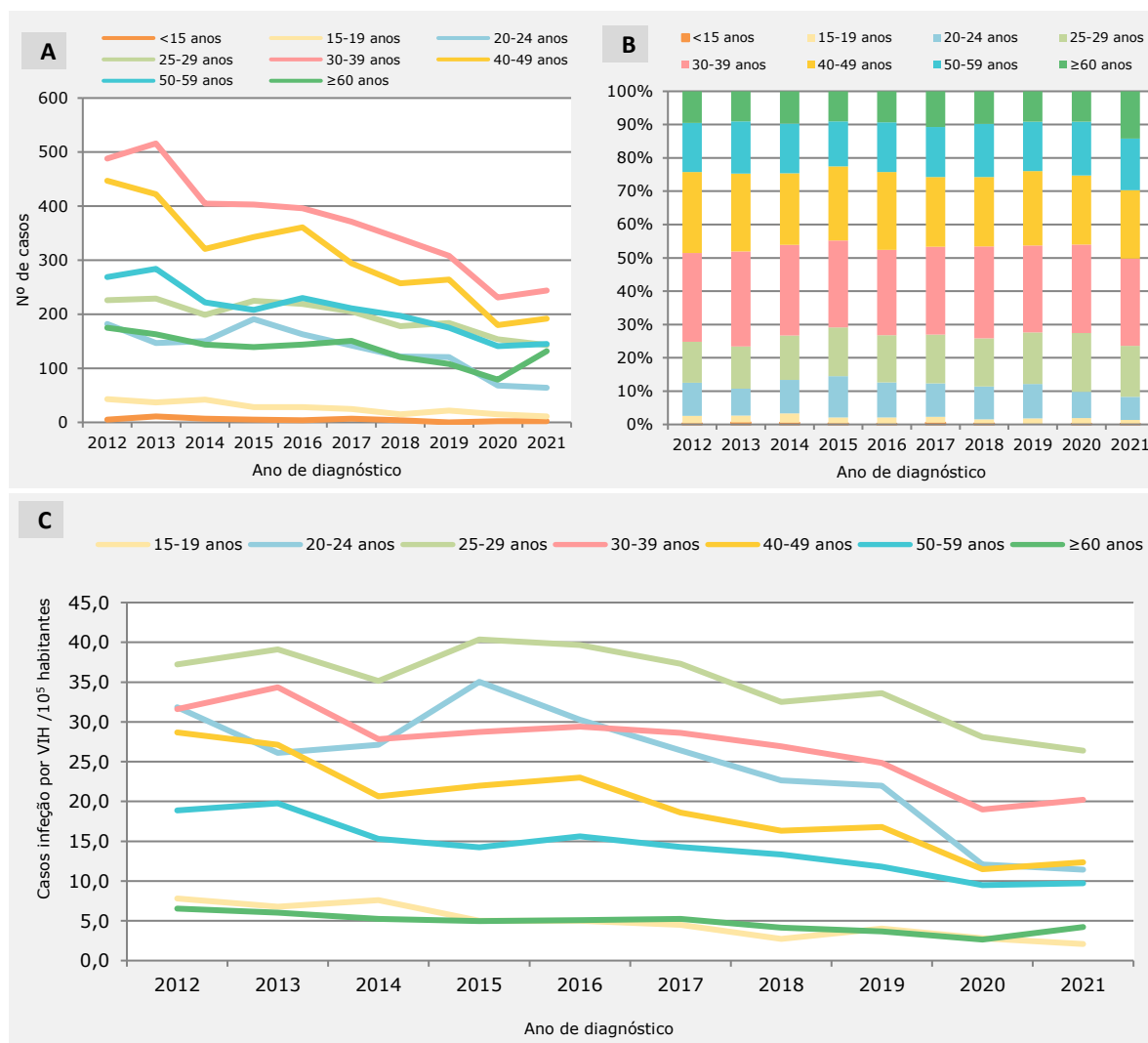


Figura 12 - Casos de infeção por VIH (2012-2021): distribuição (n) (A), (%) (B) e taxa de novos casos (C) por grupo etário e ano de diagnóstico.

### Distribuição geográfica

A informação relativa ao distrito e concelho de residência, veiculada na notificação de casos de infeção por VIH, é também sistematizada de acordo com as regiões definidas pela NUTS de 2013<sup>4</sup> e o quadro 21 apresenta a distribuição anual do número de casos diagnosticados segundo essa representação territorial. À data da notificação, 51,7% dos casos acumulados residiam na A.M. de Lisboa e 25,0% na região Norte. A região NUTS III que acumula maior número de casos a seguir à A.M. de Lisboa é a A.M. do Porto.

**Quadro 21** - Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por residência (NUTS II e III) à data da notificação.

NUTS II	NUTS III	Ano de diagnóstico											Total	
		≤2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%
<b>Norte</b>	<b>Subtotal</b>	<b>12 852</b>	<b>409</b>	<b>416</b>	<b>350</b>	<b>337</b>	<b>355</b>	<b>337</b>	<b>305</b>	<b>284</b>	<b>201</b>	<b>222</b>	<b>16 068</b>	<b>25,0</b>
	Alto Minho	356	22	14	14	21	13	16	15	9	5	14	499	
	Cávado	834	37	24	34	27	24	30	10	24	16	22	1 082	
	Ave	563	18	23	29	22	21	13	22	17	10	16	754	
	A. M. do Porto	9 879	285	295	218	208	248	223	202	190	133	132	12 013	
	Alto Tâmega	82	2	2	4	1	3	2	1	2	3	0	102	
	Tâmega e Sousa	654	32	41	39	46	35	40	35	26	22	22	992	
	Douro	299	11	5	7	9	7	7	15	12	7	10	389	
	Terras de Trás-os-Montes	185	2	12	5	3	4	6	5	4	5	6	237	
<b>Centro</b>	<b>Subtotal</b>	<b>4 914</b>	<b>262</b>	<b>240</b>	<b>243</b>	<b>235</b>	<b>223</b>	<b>224</b>	<b>186</b>	<b>168</b>	<b>139</b>	<b>148</b>	<b>6 982</b>	<b>10,9</b>
	Oeste	901	39	35	33	44	41	26	17	24	28	31	1 219	
	Região de Aveiro	829	71	49	48	61	53	62	46	50	33	20	1 322	
	Região de Coimbra	1 134	59	58	69	59	49	49	51	45	30	28	1 631	
	Região de Leiria	719	36	40	40	28	23	25	25	13	20	22	991	
	Viseu Dão-Lafões	428	11	22	18	21	19	16	23	16	9	22	605	
	Beira Baixa	196	11	8	8	4	7	11	8	3	2	9	267	
	Médio Tejo	459	21	15	18	13	20	21	11	8	7	6	599	
	Beiras e Serra da Estrela	248	14	13	9	5	11	14	5	9	10	10	348	
<b>A. M. de Lisboa</b>	<b>Subtotal</b>	<b>26 432</b>	<b>951</b>	<b>915</b>	<b>733</b>	<b>772</b>	<b>745</b>	<b>650</b>	<b>574</b>	<b>565</b>	<b>425</b>	<b>455</b>	<b>33 217</b>	<b>51,7</b>
	A. M. de Lisboa	26 432	951	915	733	772	745	650	574	565	425	455	33 217	
<b>Alentejo</b>	<b>Subtotal</b>	<b>1 868</b>	<b>49</b>	<b>69</b>	<b>50</b>	<b>59</b>	<b>57</b>	<b>51</b>	<b>40</b>	<b>35</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>2 317</b>	<b>3,6</b>
	Alentejo Litoral	282	5	19	9	13	7	5	2	2	3	1	348	
	Baixo Alentejo	303	8	6	6	9	11	1	3	1	1	3	352	
	Lezíria do Tejo	830	18	29	18	19	24	31	19	20	12	6	1 026	
	Alto Alentejo	173	7	2	7	9	5	4	5	8	3	5	228	
	Alentejo Central	280	11	13	10	9	10	10	11	4	0	5	363	
<b>Algarve</b>	<b>Subtotal</b>	<b>2 558</b>	<b>99</b>	<b>104</b>	<b>84</b>	<b>87</b>	<b>83</b>	<b>72</b>	<b>81</b>	<b>65</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>3 318</b>	<b>5,2</b>
	Algarve	2 558	99	104	84	87	83	72	81	65	42	43	3 318	
<b>R. A. dos Açores</b>	R. A. dos Açores	<b>336</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>432</b>	<b>0,7</b>
<b>R. A. da Madeira</b>	R. A. da Madeira	<b>540</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>745</b>	<b>1,2</b>
<b>Residência no estrangeiro</b>		<b>244</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>332</b>	<b>0,5</b>
<b>Não referida</b>		<b>666</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>846</b>	<b>1,3</b>
<b>TOTAL</b>		<b>50 410</b>	<b>1 836</b>	<b>1 809</b>	<b>1 490</b>	<b>1 542</b>	<b>1 545</b>	<b>1 406</b>	<b>1 234</b>	<b>1 182</b>	<b>870</b>	<b>933</b>	<b>64 257</b>	<b>100,0</b>

Foram apuradas as taxas médias de novos diagnósticos de infeção por VIH para as diferentes regiões NUTS III do continente, relativas ao último quinquénio (2017 a 2021) (figura 13). À semelhança do apurado em anos anteriores<sup>6</sup>, o valor mais elevado (18,7 casos/10<sup>5</sup> habitantes) verificou-se na Área Metropolitana de Lisboa,

seguinte-se a região do Algarve (13,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e a região de Aveiro (11,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes). As taxas de novos diagnósticos apuradas para estas regiões foram superiores à taxa nacional determinada para esse período (10,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes).

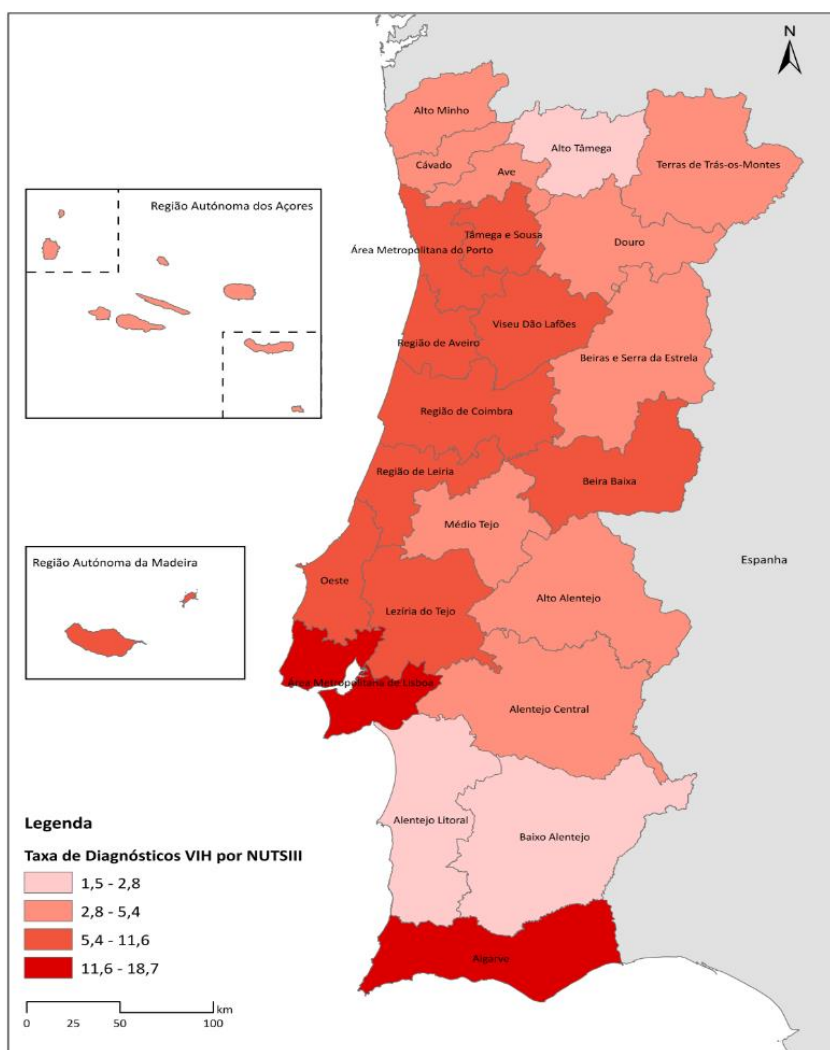


Figura 13 - Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2017-2021) por região NUTS III.

Os distritos com maior número de casos de infeção por VIH acumulados, em todo o período em análise e também na última década, são, por ordem decrescente, Lisboa, Porto e Setúbal (quadro 22). Portalegre é o distrito do país com menor número de casos diagnosticados até ao final de 2021.

No quadro 23 apresentam-se as taxas anuais dos novos diagnósticos ocorridos entre 2012 e 2021, por distrito ou região autónoma. Ao longo desta década, a taxa anual mais elevada foi sempre observada no distrito de Lisboa, que registou uma taxa média de 25,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes. O distrito de Faro com uma taxa média de novos diagnósticos de 17,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes e o de Setúbal com 13,8 casos/10<sup>5</sup> habitantes foram, respetivamente o segundo e terceiro com as taxas mais elevadas. No ano 2021, o distrito de Faro apresentou a segunda taxa mais elevada, seguido do distrito de Setúbal.

**Quadro 22** - Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de Diagnóstico											Total	
	≤2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%
Aveiro	1 372	102	75	72	83	77	84	65	76	51	39	2 096	3,3
Beja	356	10	10	8	11	13	1	3	1	2	3	418	0,7
Braga	1 406	56	47	63	50	45	46	32	43	26	38	1 852	2,9
Bragança	192	2	12	5	4	5	6	6	5	5	6	248	0,4
Castelo Branco	310	19	13	12	5	15	17	13	5	7	10	426	0,7
Coimbra	1 107	56	51	64	58	48	47	51	43	28	26	1 579	2,5
Évora	280	11	13	10	9	10	10	11	4	0	5	363	0,6
Faro	2 558	99	104	84	87	83	72	81	65	42	43	3 318	5,2
Guarda	168	9	10	5	4	6	8	2	8	6	12	238	0,4
Leiria	1 231	55	56	59	42	42	36	33	20	36	38	1 648	2,6
Lisboa	21 304	803	805	658	664	650	547	480	494	372	385	27 162	42,3
Portalegre	173	7	2	7	9	5	4	5	8	3	5	228	0,4
Porto	9 947	285	316	235	228	259	237	217	188	139	135	12 186	19,0
Santarém	1 175	34	39	35	32	34	49	27	25	15	11	1 476	2,3
Setúbal	5 832	174	148	97	149	129	126	106	93	70	87	7 011	10,9
Viana do Castelo	356	22	14	14	21	13	16	15	9	5	14	499	0,8
Vila -Real	322	8	4	10	5	7	6	8	10	6	4	390	0,6
Viseu	535	18	25	22	29	22	22	31	20	13	27	764	1,2
R.A. Açores	336	14	8	6	4	15	13	14	16	5	1	432	0,7
R.A. Madeira	540	28	25	13	29	17	22	13	24	22	12	745	1,2
Estrangeiro	244	5	6	3	5	15	7	8	13	11	15	332	0,5
Desconhecido	666	19	26	8	14	35	30	13	12	6	17	846	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>50 410</b>	<b>1 836</b>	<b>1 809</b>	<b>1 490</b>	<b>1 542</b>	<b>1 545</b>	<b>1 406</b>	<b>1 234</b>	<b>1 182</b>	<b>870</b>	<b>933</b>	<b>64 257</b>	<b>100,0</b>

**Quadro 23** - Casos de infeção por VIH (2012-2021): taxa de novos casos por 10<sup>5</sup> habitantes por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aveiro	14,4	10,6	10,1	11,7	11,0	12,0	9,3	10,9	7,3	5,6
Beja	6,6	6,7	5,3	7,4	8,8	0,7	2,1	0,7	1,4	2,1
Braga	6,6	5,6	7,4	5,9	5,4	5,5	3,8	5,2	3,1	4,6
Bragança	1,5	9,1	3,7	3,0	3,9	4,7	4,7	4,0	4,0	4,8
Castelo Branco	9,9	6,9	6,3	2,6	8,0	9,2	7,1	2,8	3,9	5,6
Coimbra	13,3	12,2	15,1	13,9	11,6	11,4	12,4	10,5	6,9	6,4
Évora	6,7	8,0	6,1	5,5	6,3	6,3	7,0	2,6	0,0	3,3
Faro	22,3	23,5	18,9	19,7	18,8	16,3	18,3	14,8	9,6	9,8
Guarda	5,7	6,5	3,2	2,6	3,9	5,3	1,3	5,5	4,2	8,4
Leiria	11,8	12,0	12,6	9,0	9,1	7,8	7,2	4,4	7,9	8,3
Lisboa	35,8	36,0	29,3	29,7	29,1	24,4	21,4	21,9	16,4	16,8
Portalegre	6,1	1,8	6,1	7,9	4,5	3,6	4,6	7,5	2,8	4,8
Porto	15,8	17,6	13,0	12,7	14,5	13,3	12,2	10,6	7,8	7,6
Santarém	7,6	8,7	7,8	7,2	7,7	11,2	6,2	5,8	3,5	2,6
Setúbal	20,4	17,4	11,4	17,5	15,1	14,8	12,4	10,9	8,2	10,2
Viana do Castelo	9,1	5,8	5,8	8,7	5,5	6,8	6,4	3,9	2,2	6,1
Vila -Real	3,9	2,0	4,9	2,5	3,5	3,1	4,1	5,2	3,1	2,1
Viseu	4,8	6,8	5,9	7,9	6,0	6,0	8,6	5,6	3,7	7,6
R.A. Açores	5,7	3,2	2,4	1,6	6,1	5,3	5,7	6,6	2,1	0,4
R.A. Madeira	10,6	9,6	4,9	11,1	6,6	8,6	5,1	9,4	8,7	4,7
<b>Total</b>	<b>17,5</b>	<b>17,3</b>	<b>14,2</b>	<b>14,8</b>	<b>14,9</b>	<b>13,6</b>	<b>12,0</b>	<b>11,5</b>	<b>8,5</b>	<b>9,1</b>

A análise das taxas de novos casos de infeção por VIH foi também efetuada ao nível dos concelhos. No **quadro 24** são apresentados os resultados para os 16 municípios que no quinquénio 2017 a 2021 apresentaram as taxas médias mais elevadas. Embora os três municípios com maior número de novos casos tenham sido, por ordem decrescente, Lisboa, Sintra e Porto, foi o município de Portimão o que apresentou a taxa mais elevada (31,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes), seguindo-se o município de Lisboa, Amadora e Porto. Alguns destes valores poderão sofrer alterações devido ao atraso na notificação, que poderá ter maior impacto nos resultados da análise a um nível geográfico mais granular.

A taxa média de diagnósticos de infeção por VIH no país, no quinquénio em análise, foi de 10,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes, constatando-se que, no mesmo período, as taxas de diagnóstico em 7 municípios do país foram superiores ou iguais ao dobro da taxa nacional.

**Quadro 24** – Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2017-2021) nos 16 municípios do continente com as taxas mais elevadas.

Concelho	Nº total de casos (2017-2021)	Nº casos/10 <sup>5</sup> habitantes	Rate ratio (RR)
Portimão	88	31,2	2,9
Lisboa	708	27,5	2,5
Amadora	247	27,4	2,5
Porto	277	25,3	2,3
Sintra	471	24,2	2,2
Cascais	236	22,1	2,0
Almada	183	21,5	2,0
Sever do Vouga	12	21,2	1,9
Odivelas	161	20,4	1,9
Lagos	26	16,8	1,5
Loures	173	16,5	1,5
Seixal	134	16,0	1,5
Faro	48	15,4	1,4
Albufeira	31	14,8	1,4
Oliveira do Bairro	17	14,2	1,3
Aveiro	54	13,7	1,3

*Nota:* Rate ratio é a razão entre a taxa de diagnóstico de infeção por VIH observada no concelho e a taxa de diagnóstico calculada para o país no período equivalente, que foi de **10,9** casos/10<sup>5</sup> habitantes.

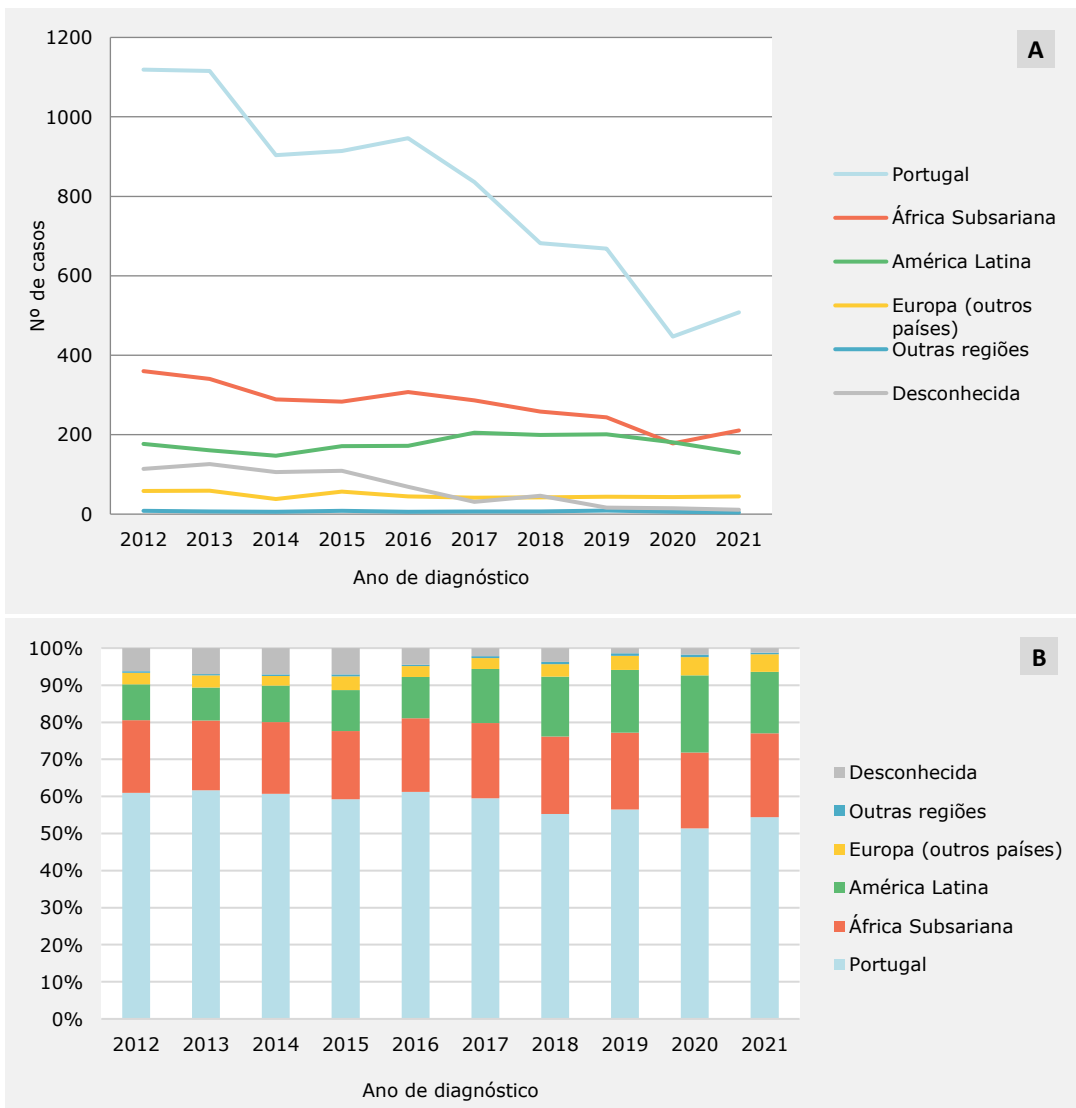
## Origem geográfica

A informação relativa ao país de nascimento é usada para a análise dos dados referentes à origem geográfica dos casos, à semelhança do que é efetuado pela vigilância epidemiológica europeia, e os países de origem são agrupados segundo as regiões geográficas indicadas pelo sistema de vigilância europeu, TESSy. Esta

informação só começou a ser recolhida pelo sistema de vigilância nacional em 2003, pelo que na maioria dos casos notificados antes desse ano só está disponível informação relativa ao país de nacionalidade.

Apurou-se que dos 47 405 casos em que há registo do país de naturalidade, 71,4% nasceram em Portugal e 19,0% na região da África Subsariana, a maioria dos quais em países africanos de língua oficial portuguesa.

A distribuição dos casos do último decénio segundo a origem geográfica e o ano de diagnóstico é apresentada na **figura 14**. A análise comparativa do número de novos casos nos anos 2012 e 2021 mostrou um decréscimo nos casos em indivíduos nascidos em Portugal (55%), em países da África Subsariana (41%) e em indivíduos nascidos na América Latina (13%). Embora a proporção de novos casos em indivíduos nascidos no estrangeiro tenha sofrido um aumento contínuo, embora lento, Portugal mantém-se como o país de nascimento referido anualmente em mais de 50% dos novos casos.



**Figura 14** - Casos de infeção por VIH (2012-2021): distribuição (n) (A) e (%) (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

## Estádio clínico inicial

Para efeitos de vigilância epidemiológica, na UE, o estadiamento dos casos da infeção por VIH baseia-se exclusivamente em critérios clínicos, nomeadamente a presença ou ausência de sintomas e o diagnóstico de uma doença definidora de SIDA, tal como referido no enquadramento legal atual<sup>8,9</sup> não incluindo os valores das contagens de células TCD4+, ou seja, o critério imunológico.

Em Portugal, a informação relativa ao estágio clínico é recolhida desde o início do sistema de vigilância. Estão resumidos no **quadro 25** os resultados da análise dessa informação, que revelam que na maioria dos casos (58,9%) o diagnóstico ocorreu em fase assintomática da infeção e que a proporção de casos acumulados com diagnóstico concomitante de SIDA corresponde a 24,6%. No entanto, quando são analisados apenas os diagnósticos ocorridos na última década, a proporção de casos assintomáticos aumenta para 66,0% (9 844/13 847) e a de casos com diagnóstico concomitante de SIDA decresce para 16,0% (2 211/13 847), o que denota uma melhoria na precocidade do diagnóstico.

**Quadro 25** - Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por estágio clínico inicial e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Estádio inicial										Total N
	Infeção aguda		Assintomático		Sintomático Não-SIDA		SIDA		Não referido		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
≤2011	14	0,0	28 695	56,9	5 266	10,4	13 619	27,0	2 816	5,6	50 410
2012	9	0,5	1 176	64,1	269	14,7	343	18,7	39	2,1	1 836
2013	5	0,3	1 206	66,7	268	14,8	292	16,1	38	2,1	1 809
2014	14	0,9	1 036	69,5	159	10,7	250	16,8	31	2,1	1 490
2015	25	1,6	1 102	71,5	163	10,6	215	13,9	37	2,4	1 542
2016	28	1,8	1 031	66,7	158	10,2	266	17,2	62	4,0	1 545
2017	34	2,4	958	68,1	163	11,6	195	13,9	56	4,0	1 406
2018	56	4,5	808	65,5	146	11,8	170	13,8	54	4,4	1 234
2019	69	5,8	760	64,3	139	11,8	162	13,7	52	4,4	1 182
2020	35	4,0	519	59,7	117	13,4	153	17,6	46	5,3	870
2021	49	5,3	548	58,7	146	15,6	165	17,7	25	2,7	933
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>0,5</b>	<b>37 839</b>	<b>58,9</b>	<b>6 994</b>	<b>10,9</b>	<b>15 830</b>	<b>24,6</b>	<b>3 256</b>	<b>5,1</b>	<b>64 257</b>

## Diagnósticos tardios

Embora não seja utilizada para apuramento do estágio no contexto da vigilância epidemiológica, a informação relativa ao valor das contagens de células TCD4+ da primeira avaliação clínica é de conhecida importância por permitir a identificação dos casos de diagnóstico e/ou apresentação tardia aos cuidados de saúde, quando com valores <350 células/mm<sup>3</sup> ou de doença avançada se contagem <200 células/mm<sup>3</sup>)<sup>5</sup>,

cuja proporção anual deve ser monitorizada. Como referido anteriormente, foi publicada recentemente uma definição revista e consensualizada para o diagnóstico de infeção por VIH tardio<sup>7</sup> que, entre outras coisas, clarifica os critérios aplicados especificamente em relação às infeções agudas, que não devem ser classificadas erradamente como diagnósticos tardios, quando observada descida transitória de TCD4+, nem excluídas do denominador.

Nos anos mais recentes, a percentagem de casos para os quais esteve disponível a informação referente às contagens de TCD4+ ultrapassou os 80%, sendo superior à média observada para os países da UE em 2020 (58,4%)<sup>10</sup>. A figura 15 apresenta as tendências temporais das percentagens anuais de casos com valores de TCD4+ compatíveis com a anterior definição de apresentação tardia e de doença avançada, acima especificados, e ainda a proporção de diagnósticos tardios segundo a definição atualizada. Pelos motivos já descritos anteriormente, os casos que referiam estágio inicial “Infeção aguda” foram retirados da análise que usa exclusivamente os valores obtidos nas contagens de células TCD4+.

Embora com percentagens diferentes, as tendências apresentadas nas duas abordagens para a identificação de diagnósticos ou apresentação tardios são idênticas, observando-se valores inferiores para a maioria dos anos, se aplicada a definição revista. Nos anos 2020 e 2021 e em ambas as abordagens, tanto as proporções de diagnósticos tardios como as de doença avançada são superiores às registadas nos anos antecedentes em análise.

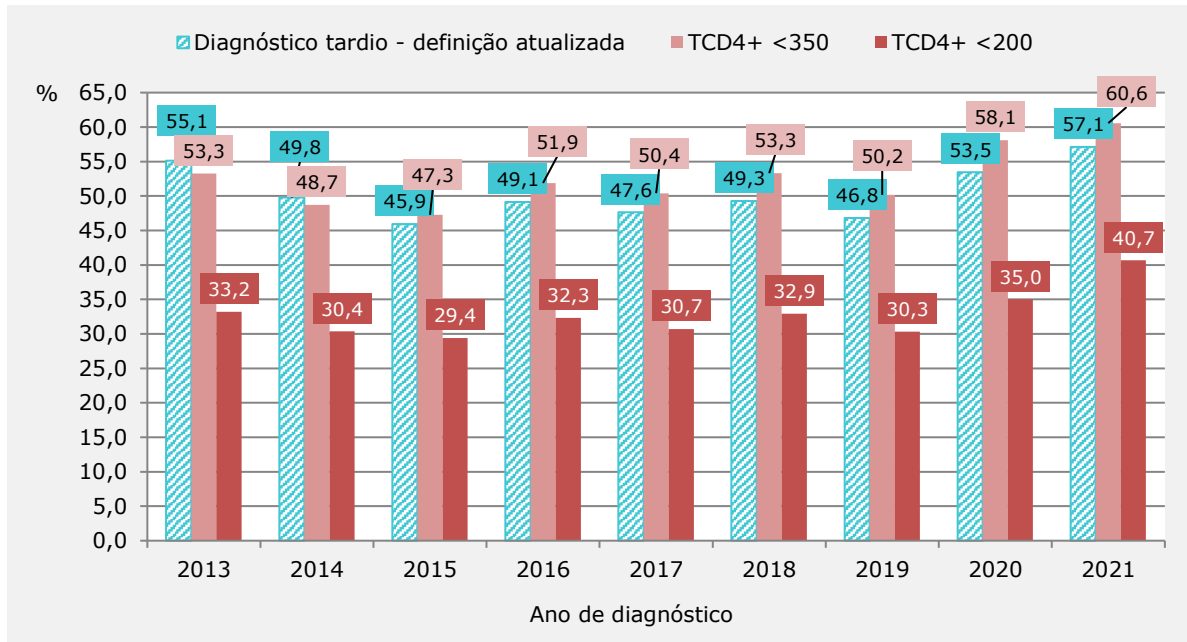
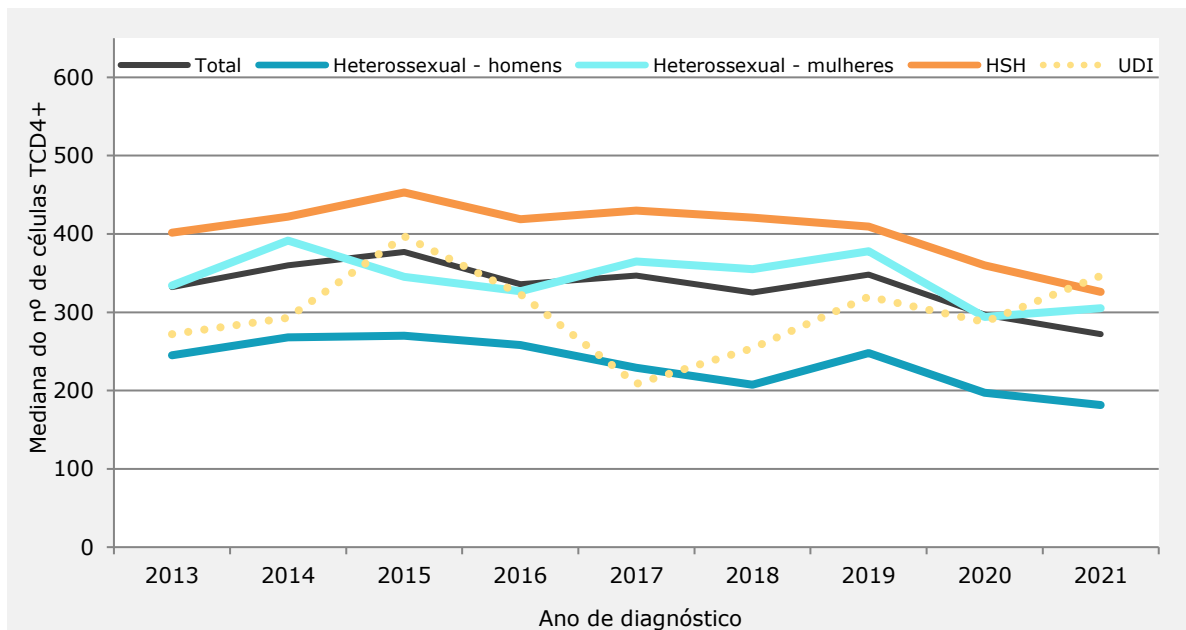


Figura 15 - Casos de infeção por VIH (2013-2021): evolução nas proporções de casos com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada e de diagnóstico tardio, segundo a nova definição.

A análise das medianas dos valores das contagens de células TCD4+, após desagregação dos casos por modo de transmissão, revelou que, entre 2013 e 2021, os casos referentes a HSH apresentaram consistentemente as medianas mais elevadas e os casos de transmissão heterossexual em homens apresentaram as medianas mais baixas, consistentemente inferiores a 300 células/mm<sup>3</sup>, o que evidencia, para estes últimos, um diagnóstico mais tardio (figura 16). Mostrou também que nos casos em UDI as medianas variaram consideravelmente em cada ano, facto explicado pelo reduzido número de diagnósticos entre UDI nos anos em observação, pelo que os valores e a tendência deverão ser interpretados com prudência. Nos casos em HSH e nos que referiam transmissão heterossexual em homens, as medianas apuradas para os anos 2020 e 2021 mostraram-se inferiores às obtidas nos anos anteriores.



Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

**Figura 16** - Casos de infeção por VIH (2013-2021): tendências temporais nas medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

## Modo de transmissão

Em 66,2% dos casos com diagnóstico em Portugal, acumulados ao longo das quase quatro décadas da epidemia, é identificada transmissão por via sexual. Constatou-se que as relações heterossexuais foram referidas como forma provável de aquisição da infeção em 46,3% do total de casos diagnosticados no país até final de 2021, sendo a forma de transmissão mais frequente na última década (56,0%; 7 754/13 847). Ainda, que os casos de transmissão entre HSH, que constituem 19,9% do total acumulado, representam 36,3% (5 029/13 847) dos casos diagnosticados entre 2012 e 2021 (quadro 26). A segunda maior fração do total acumulado (30,3%) corresponde a casos de transmissão associada ao consumo de drogas injetadas, no entanto, apenas em 3,1% desse total (597/19 479) o diagnóstico ocorreu nos últimos dez anos.

No total acumulado dos casos em pessoas do sexo masculino a maior proporção corresponde a casos em UDI (34,7%; 16 084/46 322) que, como já referido, foram maioritariamente diagnosticados em décadas passadas, a que se segue os casos de transmissão heterossexual (34,4%; 15 954/46 322) e em HSH (27,6%; 12 780/46 322).

**Quadro 26** - Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	%
		≤2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
<b>Heterossexual</b>	Subtotal	21 991	1 079	1 061	882	818	853	796	696	638	433	498	29 745	46,3
	H	11 876	573	568	488	442	450	420	372	307	208	250	15 954	
	M	10 112	506	493	394	376	403	376	324	331	225	248	13 788	
<b>HSH</b>	Subtotal	7 751	579	573	499	617	596	531	457	454	361	362	12 780	19,9
<b>UDI</b>	Subtotal	18 882	144	124	63	65	47	36	34	43	24	17	19 479	30,3
	H	15 588	116	108	57	51	39	30	24	37	21	13	16 084	
	M	3 293	28	16	6	14	8	6	10	6	3	4	3 394	
<b>Mãe-filho</b>	Subtotal	463	5	9	7	6	5	6	1	0	1	2	505	0,8
	H	208	3	4	2	1	1	3	0	0	0	1	223	
	M	253	2	5	5	5	4	3	1	0	1	1	280	
<b>Transusão ou hemoderivados</b>	Subtotal	454	7	4	5	0	4	1	6	3	3	1	488	0,8
	H	307	3	2	2	0	1	0	3	1	0	0	319	
	M	147	4	2	3	0	3	1	3	2	3	1	169	
<b>Outro/Não Determinado</b>	Subtotal	88	5	10	10	3	3	2	2	5	1	3	132	0,2
	H	50	2	7	3	1	3	1	1	1	0	0	69	
	M	38	3	3	7	2	0	1	1	4	1	3	63	
<b>Não referido</b>	Subtotal	781	17	28	24	33	37	34	38	39	47	50	1 128	1,8
<b>Total</b>		<b>50 410</b>	<b>1 836</b>	<b>1 809</b>	<b>1 490</b>	<b>1 542</b>	<b>1 545</b>	<b>1 406</b>	<b>1 234</b>	<b>1 182</b>	<b>870</b>	<b>933</b>	<b>64 257</b>	<b>100,0</b>

Legenda: H - Homens; M – Mulheres; HSH- homens que têm sexo com homens; UDI –utilizadores de drogas injetadas

Notas: estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes. Os casos associados a transmissão por transfusão e diagnosticados depois do ano de 2000 referem transfusão anterior a 1990 ou recebida no estrangeiro.

As tendências observadas na frequência dos casos segundo os diferentes modos de transmissão revelam grandes variações ao longo das diferentes décadas da epidemia (figura 17A). A mais evidente foi verificada para os casos associados ao consumo de drogas injetadas que, embora na atualidade representem uma fração diminuta do total anual de novos casos, na década de 90 tiveram um aumento muito acentuado até 1999, seguido de um decréscimo também acentuado até 2010 e a comparação do número de casos com diagnóstico em 2012 e 2021 revelou também uma redução de 88% nos casos em UDI. Embora com tendências menos vincadas, os casos de transmissão heterossexual atingiram um máximo em 2000, mantendo-se em *plateau* durante cerca de dez anos. Na última década verificou-se também uma redução do número de casos de transmissão heterossexual em ambos os sexos (56% em homens e 51% em mulheres), quando comparamos o número de diagnósticos ocorridos em 2012 e 2021. Os diagnósticos em HSH apresentaram uma tendência crescente entre 2005 e 2012. Após esse ano observam-se algumas variações que se revelam ainda

difíceis de interpretar, contudo, na comparação entre os diagnósticos ocorridos em 2012 e 2021 verifica-se um decréscimo de 32%. Em todos os anos da última década, os casos em HSH correspondem à maioria dos casos reportados em homens, superando em número os novos casos que referem transmissão heterossexual, de forma mais evidente a partir de 2015 (figura 17B).

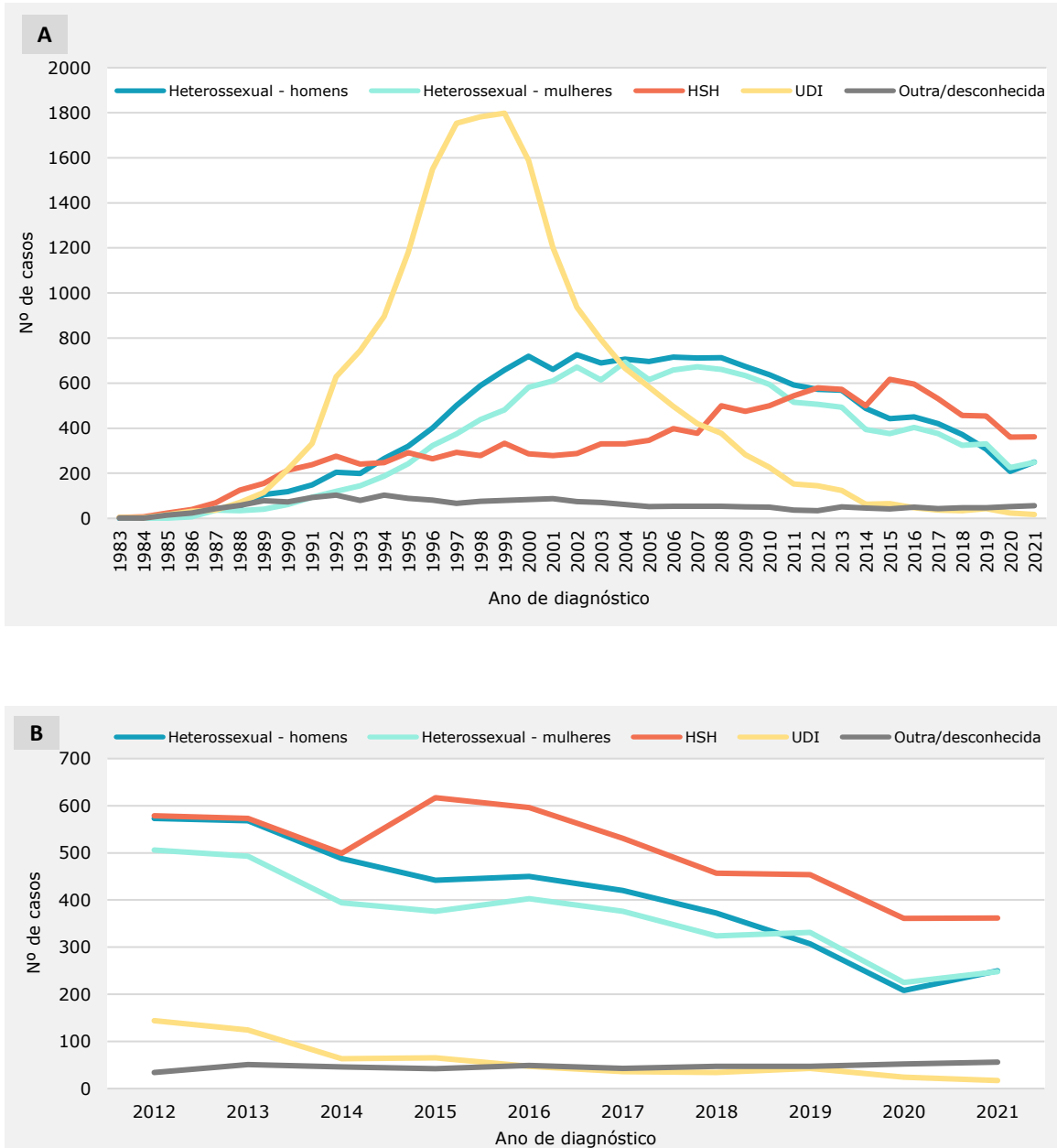


Figura 17 - Casos de infeção por VIH, distribuição segundo a forma de transmissão e ano de diagnóstico: A – período 1983 a 2021; B – detalhe para o período de 2012 a 2021.

## Tipo de vírus

No total dos casos acumulados de infeção por VIH, 95,4% correspondem a infeções por VIH-1 e 3,3% dos casos a infeções por VIH-2 (quadro 27). Os casos registados como VIH1+VIH2 são maioritariamente casos de infeção por VIH em que o tipo de vírus não foi identificado ou, mais raramente, infeções duplas.

Quadro 27 - Casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Tipo de vírus				Total
	VIH 1	VIH 2	VIH 1+2	Não referido	
≤2011	48 040	1 703	448	219	50 410
2012	1 769	55	6	6	1 836
2013	1 744	37	10	18	1 809
2014	1 408	43	7	32	1 490
2015	1 486	43	4	9	1 542
2016	1 469	57	4	15	1 545
2017	1 348	47	2	9	1 406
2018	1 181	39	3	11	1 234
2019	1 137	31	0	14	1 182
2020	835	19	0	16	870
2021	879	28	4	22	933
<b>Total</b>	<b>61 296</b>	<b>2 102</b>	<b>488</b>	<b>371</b>	<b>64 257</b>

Todos os anos são diagnosticados e notificados casos de infeção por VIH-2 em Portugal. Nos 2 102 casos acumulados as infeções ocorreram maioritariamente em mulheres (52,6%; 1 105/2 102), a idade mediana à data do diagnóstico foi de 44,0 anos e 64,4% (1 354/2 102) residiam da Área Metropolitana de Lisboa à data de notificação. Nos 1 445 casos em que foi disponibilizada informação relativa à naturalidade, apurou-se que 63,8% (922/1 445) eram originários de países da África Subsariana, a maioria destes (72,3%; 667/922) da Guiné-Bissau. Foi referida transmissão por contacto heterossexual em 83,6% (1 757/2 102) dos casos que reportaram infeção por VIH-2. Entre 2012 e 2021 constata-se uma estabilidade no número anual de diagnósticos da infeção por VIH-2. As características dos casos notificados com diagnóstico nesse período são idênticas às descritas para os casos acumulados, contudo, observa-se uma maior proporção de casos com residência na Área Metropolitana de Lisboa (72,9% vs. 64,4%).

## Casos de infeção por VIH em crianças

Até 31 de dezembro de 2021 foram diagnosticados e notificados, em Portugal, 633 casos de infeção por VIH em crianças com idade inferior a 15 anos à data do diagnóstico. O resumo das características dos casos notificados é apresentado no **quadro 28**, onde é possível constatar que os casos se distribuem equitativamente entre sexos, que a maior percentagem dos diagnósticos ocorreu no primeiro ano de vida, que a via de transmissão mais frequentemente referida foi a transmissão mãe-filho. No entanto, importa realçar que 92,6% destes casos foram diagnosticados há mais de uma década, e que as medidas implementadas em Portugal, para a prevenção da transmissão vertical, resultaram num decréscimo dos novos casos em crianças.

**Quadro 28** - Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2021): distribuição por sexo, idade ao diagnóstico, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.

Características	Ano de diagnóstico											Total	%
	≤2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
<b>Sexo</b>													
Masculino	284	3	6	2	1	0	4	2	0	0	0	302	47,7
Feminino	300	2	5	5	4	4	3	2	0	2	2	329	52,0
<b>Idade</b>													
0-11 meses	280	2	2	2	1	1	3	0	0	1	0	292	46,1
1-4 anos	121	0	2	3	0	3	1	2	0	0	1	133	21,0
5-9 anos	82	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	89	14,1
10-12 anos	39	0	3	1	2	0	0	0	0	0	0	45	7,1
13-14 anos	64	1	2	0	1	0	2	2	0	1	1	74	11,7
<b>País de nascimento</b>													
Portugal	265	3	3	3	2	1	4	0	0	1	1	283	44,7
África Subsariana	87	2	6	4	2	2	3	3	0	1	1	111	17,5
Outra	29	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	31	4,9
Não referida	205	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	208	32,9
<b>Modo de transmissão</b>													
Mãe-filho	460	4	8	7	5	4	6	1	0	1	1	497	78,5
Transfusão ou hemoderivados	57	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	58	9,2
Heterossexual	24	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	25	3,9
HSH	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1,1
UDI	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	3,2
Outro/não determinado	9	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	14	2,2
Não referido	9	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	12	1,9
<b>Total</b>	<b>586</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>633</b>	<b>100,0</b>

Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Notas: estão registados 2 casos sem informação relativa ao sexo pelo que, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes. Os casos associados a transfusão e diagnosticados depois do ano de 2000 referem transfusão anterior a 1990 ou recebida no estrangeiro.

## I.2.2. Casos de SIDA

O enquadramento legal vigente determina a obrigatoriedade de notificação dos casos de SIDA, cuja definição de caso<sup>8,9</sup> integra como requisito a presença de uma doença definidora de SIDA.

A análise estatística dos casos de SIDA, que tem como eixo o ano de diagnóstico do estágio, inclui aqueles em que o diagnóstico de SIDA é concomitante com o diagnóstico da infeção por VIH, bem como os casos em que a evolução para SIDA acontece posteriormente.

Até 31 de dezembro de 2021, foram diagnosticados cumulativamente, em Portugal, 23 399 casos de SIDA e em 15 830 destes (67,7%) o diagnóstico ocorreu em simultâneo com o diagnóstico da infeção por VIH.

### Distribuição temporal

A distribuição dos casos de SIDA por ano de diagnóstico da condição definidora de SIDA é apresentada no [quadro 29](#). O número anual de novos diagnósticos de SIDA atingiu o valor máximo em 1999 e, a partir de 2003, apresenta tendência decrescente, interrompida em 2016, e retomada no ano seguinte. A comparação do número de casos de SIDA com diagnóstico nos anos 2012 e 2021 revela uma redução de 66%. Consequentemente, na comparação das taxas apuradas para os mesmos anos, respetivamente, 6,0 casos/10<sup>5</sup> habitantes e 2,1 casos/10<sup>5</sup> habitantes, observa-se também um decréscimo de 66% ([figura 18](#)).

**Quadro 29** - Casos de SIDA (1983-2021): distribuição por sexo e ano de diagnóstico do estágio.

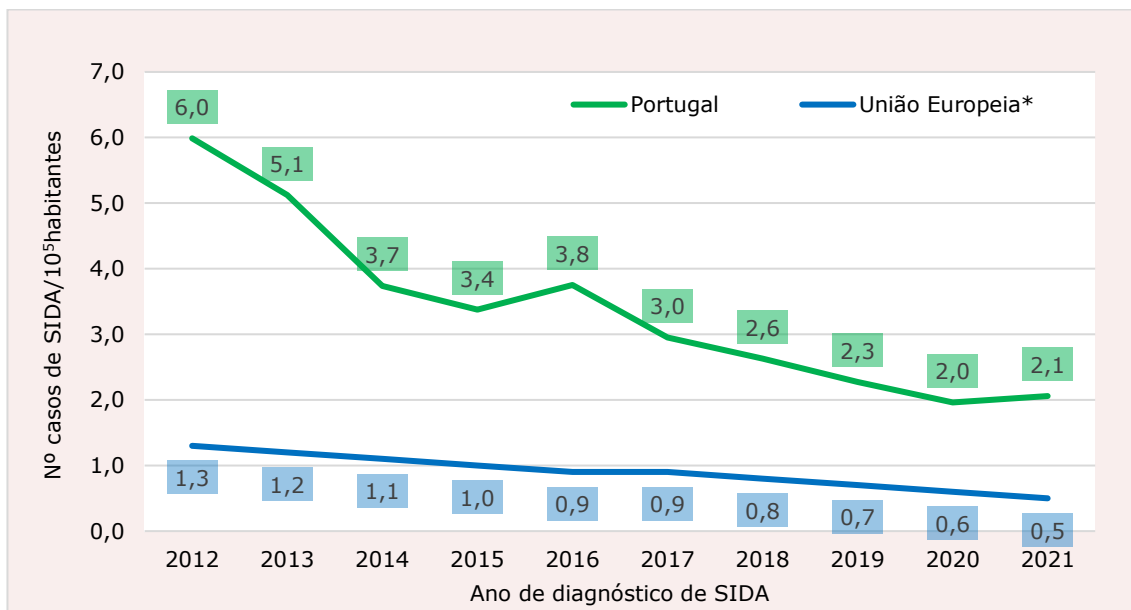
Ano de diagnóstico SIDA	Homens	Mulheres	Total	H/M
≤1990	648	96	744	6,8
1991	261	49	310	5,3
1992	377	83	461	4,5
1993	488	104	592	4,7
1994	606	131	737	4,6
1995	718	142	860	5,1
1996	849	184	1 033	4,6
1997	910	168	1 078	5,4
1998	949	202	1 151	4,7
1999	1 045	241	1 286	4,3
2000	981	237	1 218	4,1
2001	978	203	1 181	4,8
2002	980	220	1 200	4,5
2003	890	254	1 144	3,5
2004	858	225	1 083	3,8
2005	812	205	1 017	4,0
2006	689	253	942	2,7
2007	655	204	859	3,2
2008	618	225	843	2,7
2009	532	202	734	2,6
2010	539	230	769	2,3
2011	481	167	648	2,9
2012	445	183	628	2,4
2013	371	163	534	2,3
2014	299	89	388	3,4
2015	251	98	349	2,6
2016	276	111	387	2,5
2017	219	85	304	2,6
2018	180	90	270	2,0
2019	155	79	234	2,0
2020	148	54	202	2,7
2021	143	70	213	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>18 351</b>	<b>5 047</b>	<b>23 399</b>	<b>3,6</b>

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

Nota: está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo pelo que, nesse ano e no global, o total é diferente da soma das partes.

Como anteriormente referido, relativamente à interpretação das tendências temporais observadas nos casos de infeção por VIH, recomenda-se igualmente reserva na interpretação das tendências da incidência de SIDA, que neste relatório são, excecionalmente, calculadas por comparação com o número de casos do ano mais recente, o qual poderá sofrer alterações por causa de atraso na notificação.

Portugal foi, durante vários anos, o país da União Europeia com a taxa mais elevada de diagnósticos de SIDA. Desde 2012 ocupa a segunda posição atrás da Letónia, contudo, as taxas anuais observadas têm valores de aproximadamente o triplo da taxa média europeia<sup>10</sup>.



\*Fonte: WHO Europe/ECDC. *HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2022* (2021 data).

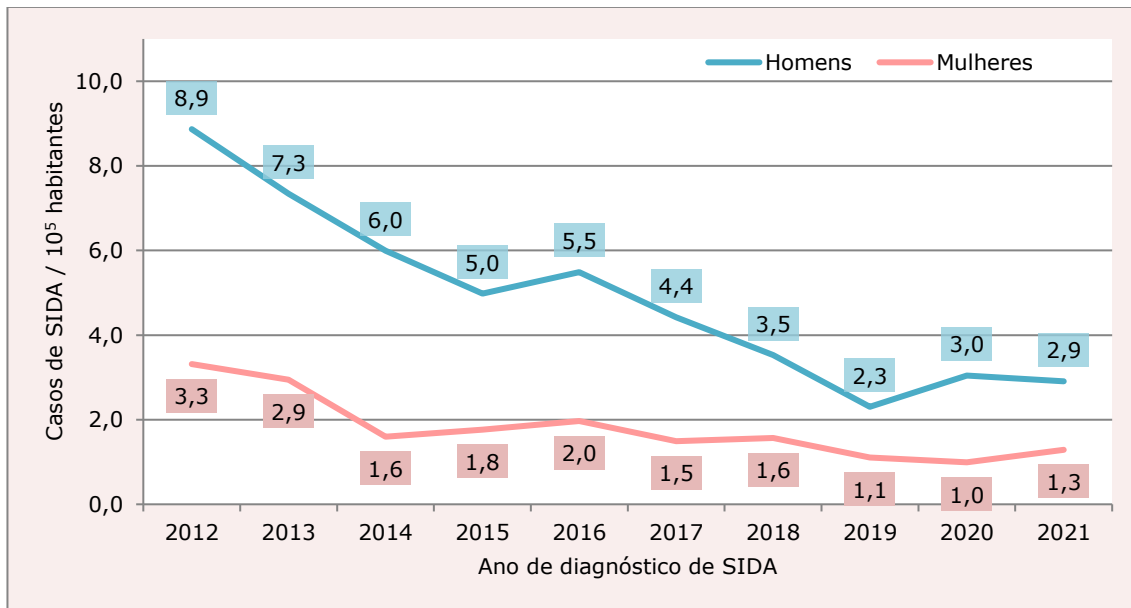
**Figura 18** - Casos de SIDA (2012-2021): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.

### Distribuição por sexo

Os casos de SIDA acumulados registaram-se maioritariamente em homens (78,4%) e a razão H/M calculada para o total de casos é de 3,6 (quadro 29).

A desagregação da informação, por sexo e ano de diagnóstico do estágio, revelou diferenças entre sexos nas tendências observadas. O número de casos de SIDA de indivíduos do sexo masculino apresenta tendência decrescente a partir de 2003, enquanto os casos em mulheres mantiveram-se relativamente estáveis entre 1998 e 2012, decrescendo no período posterior. A análise comparativa do número de casos registados em 2012 e 2021 mostra reduções de 68% e de 62%, respetivamente, em homens e em mulheres.

Na **figura 19** são apresentadas as taxas de novos diagnósticos de SIDA por sexo. As taxas apuradas para os anos 2012 e 2021 nos casos de homens foram, respetivamente de 8,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes e 2,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes e a sua comparação revela uma redução de 67%. Relativamente às taxas apuradas para os mesmos anos no sexo feminino verificam-se valores de 3,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes em 2012 e 1,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes em 2021, correspondendo a uma redução de 61%.



**Figura 19** - Casos de SIDA (2012-2021): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio e sexo.

### Idade ao diagnóstico de SIDA

Em 58,9% dos casos de SIDA acumulados o diagnóstico de SIDA ocorreu em indivíduos com idades entre 30 e 49 anos à data do diagnóstico de SIDA (**quadro 30**), contudo, a análise dos casos identificados na última década mostrou que em 66,0% a idade ao diagnóstico do estágio era superior ou igual a 40 anos.

**Quadro 30** - Casos de SIDA (1983-2021): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.

Grupo etário		Ano de diagnóstico de SIDA											Total	
		≤2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%
<b>&lt;15 anos</b>	Sub-total	<b>144</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>156</b>	<b>0,7</b>
	H	75	2	2	1	1	0	3	1	0	0	0	85	
	M	69	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	71	
<b>15-19 anos</b>	Sub-total	<b>187</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>203</b>	<b>0,9</b>
	H	119	2	1	3	1	1	1	0	0	0	1	129	
	M	68	2	1	0	1	0	0	0	2	0	0	74	
<b>20-29 anos</b>	Sub-total	<b>4 683</b>	<b>45</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>4 975</b>	<b>21,3</b>
	H	3 572	33	20	29	22	34	26	16	12	14	16	3 794	
	M	1 110	12	12	7	9	9	4	7	2	4	4	1 180	
<b>30-39 anos</b>	Sub-total	<b>7 533</b>	<b>180</b>	<b>141</b>	<b>99</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>65</b>	<b>60</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>42</b>	<b>8 407</b>	<b>35,9</b>
	H	6 198	127	93	72	63	59	46	37	32	39	25	6 791	
	M	1 335	53	48	27	25	29	19	23	23	17	17	1 616	
<b>40-49 anos</b>	Sub-total	<b>4 243</b>	<b>207</b>	<b>181</b>	<b>124</b>	<b>108</b>	<b>126</b>	<b>92</b>	<b>78</b>	<b>88</b>	<b>57</b>	<b>66</b>	<b>5 370</b>	<b>22,9</b>
	H	3 454	149	130	100	81	95	62	50	58	46	45	4 270	
	M	789	58	51	24	27	31	30	28	30	11	21	1 100	
<b>50-59 anos</b>	Sub-total	<b>1 901</b>	<b>112</b>	<b>103</b>	<b>66</b>	<b>71</b>	<b>70</b>	<b>62</b>	<b>66</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>2 592</b>	<b>11,1</b>
	H	1 512	76	70	53	53	51	41	46	35	33	34	2 004	
	M	389	36	33	13	18	19	21	20	11	12	16	588	
<b>≥60 anos</b>	Sub-total	<b>1 146</b>	<b>78</b>	<b>72</b>	<b>59</b>	<b>48</b>	<b>58</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>34</b>	<b>1 643</b>	<b>7,0</b>
	H	886	56	55	41	30	36	40	30	18	16	22	1 230	
	M	260	22	17	18	18	22	11	12	11	10	12	413	
Desconhecido	Sub-total	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0,2
<b>Total</b>		<b>19 890</b>	<b>628</b>	<b>534</b>	<b>388</b>	<b>349</b>	<b>387</b>	<b>304</b>	<b>270</b>	<b>234</b>	<b>202</b>	<b>213</b>	<b>23 399</b>	<b>100,0</b>

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

Nota: está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo pelo que, nesse ano e no global, o total é diferente da soma das partes.

## Distribuição geográfica

O padrão de distribuição geográfica dos casos de SIDA, segundo a residência à data da notificação, mostra-se semelhante ao observado para o total dos casos de infeção por VIH, com os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal a registarem, cumulativamente e para a maioria dos anos, o maior número de casos e as taxas de diagnóstico de SIDA mais elevadas (quadros 31 e 32). Em 2021, o distrito de Viseu apresentou a terceira taxa mais elevada de diagnóstico de SIDA (2,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes), a seguir a Lisboa e Setúbal (respetivamente com 3,4 e 2,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes).

**Quadro 31** - Casos de SIDA (1983-2021): distribuição por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estágio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico de SIDA											Total	
	≤2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%
Aveiro	479	28	23	12	16	22	16	11	19	16	11	653	2,8
Beja	116	3	4	1	2	3	0	1	0	2	2	134	0,6
Braga	492	31	13	18	6	6	14	0	12	9	6	607	2,6
Bragança	79	2	3	2	1	1	0	0	1	2	3	94	0,4
Castelo Branco	126	9	8	7	2	5	7	3	1	4	3	175	0,7
Coimbra	339	17	10	11	16	14	8	6	3	8	2	434	1,9
Évora	123	3	2	3	2	5	4	0	0	0	0	142	0,6
Faro	806	39	50	15	16	24	15	17	17	7	8	1 014	4,3
Guarda	70	3	3	3	3	1	2	3	3	1	3	95	0,4
Leiria	393	14	18	17	8	7	7	6	4	12	8	494	2,1
Lisboa	8 249	258	228	175	154	153	117	113	94	76	79	9 696	41,4
Portalegre	50	2	0	1	0	1	1	2	1	1	1	60	0,3
Porto	4 538	115	88	54	54	68	40	41	40	26	34	5 098	21,8
Santarém	432	16	13	11	9	9	9	8	2	4	5	518	2,2
Setúbal	2 493	59	50	37	35	41	40	38	17	19	22	2 851	12,2
Viana do Castelo	143	6	4	6	6	1	2	5	2	2	5	182	0,8
Vila -Real	119	3	0	5	2	4	3	2	0	1	3	142	0,6
Viseu	216	6	6	5	6	8	6	5	6	6	9	279	1,2
R.A. Açores	110	3	1	2	2	2	3	2	2	1	0	128	0,5
R.A. Madeira	177	5	7	2	6	4	3	2	3	2	1	212	0,9
Estrangeiro	124	2	0	0	2	5	1	2	2	2	6	146	0,6
Desconhecido	216	4	3	1	1	3	6	3	5	1	2	245	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>19 890</b>	<b>628</b>	<b>534</b>	<b>388</b>	<b>349</b>	<b>387</b>	<b>304</b>	<b>270</b>	<b>234</b>	<b>202</b>	<b>213</b>	<b>23 399</b>	<b>100,0</b>

**Quadro 32** - Casos de SIDA (2012-2021): taxa de novos casos por 10<sup>5</sup> habitantes por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estágio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico de SIDA									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aveiro	3,9	3,3	1,7	2,3	3,1	2,3	1,6	2,7	2,3	1,6
Beja	2,0	2,7	0,7	1,4	2,1	0,0	0,7	0,0	1,4	1,4
Braga	3,7	1,5	2,1	0,7	0,7	1,7	0,0	1,4	1,1	0,7
Bragança	1,5	2,3	1,5	0,8	0,8	0,0	0,0	0,8	1,6	2,4
Castelo Branco	4,7	4,2	3,7	1,1	2,7	3,9	1,7	0,6	2,3	1,7
Coimbra	4,0	2,4	2,7	3,9	3,4	2,0	1,5	0,7	2,0	0,5
Évora	1,8	1,2	1,9	1,3	3,2	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Faro	8,8	11,3	3,4	3,6	5,4	3,4	3,9	3,9	1,6	1,8
Guarda	1,9	1,9	2,0	2,0	0,7	1,4	2,1	2,1	0,7	2,1
Leiria	3,0	3,9	3,7	1,7	1,5	1,5	1,3	0,9	2,6	1,7
Lisboa	11,5	10,2	7,8	6,9	6,8	5,2	5,0	4,1	3,3	3,4
Portalegre	1,7	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9	1,9	1,0	1,0	1,0
Porto	6,4	4,9	3,0	3,0	3,8	2,3	2,3	2,2	1,5	1,9
Santarém	3,6	2,9	2,5	2,1	2,1	2,1	1,9	0,5	0,9	1,2
Setúbal	6,9	5,9	4,3	4,1	4,8	4,7	4,5	2,0	2,2	2,6
Viana do Castelo	2,5	1,7	2,5	2,5	0,4	0,9	2,2	0,9	0,9	2,2
Vila -Real	1,5	0,0	2,5	1,0	2,1	1,6	1,0	0,0	0,5	1,6
Viseu	1,6	1,6	1,4	1,6	2,2	1,7	1,4	1,7	1,7	2,5
R.A. Açores	1,2	0,4	0,8	0,8	0,8	1,2	0,8	0,8	0,4	0,0
R.A. Madeira	1,9	2,7	0,8	2,3	1,6	1,2	0,8	1,2	0,8	0,4
<b>Total</b>	<b>6,0</b>	<b>5,1</b>	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>	<b>3,8</b>	<b>3,0</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>

## Modo de transmissão

Até 2019, o maior número de casos de SIDA acumulados correspondeu a casos associados ao consumo de drogas injetadas, no entanto, atualmente, o maior número de casos de SIDA corresponde a casos de transmissão heterossexual (9 774; 41,8%) (quadro 33). A análise dos casos com diagnóstico de SIDA na década mais recente permitiu também verificar que os casos em UDI correspondem apenas a 16,2% do total de casos com diagnóstico desse estágio no período (569/3 509), prevalecendo os casos de transmissão por contacto heterossexual que correspondem a 62,8% do total (2 205/3 509).

**Quadro 33** - Casos de SIDA (1983-2021): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico de SIDA											Total	%
		≤2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
<b>Heterossexual</b>	Subtotal	<b>7 569</b>	<b>356</b>	<b>335</b>	<b>248</b>	<b>223</b>	<b>248</b>	<b>185</b>	<b>190</b>	<b>160</b>	<b>129</b>	<b>131</b>	<b>9 774</b>	<b>41,8</b>
	H	5 126	204	199	172	135	147	110	107	90	79	71	6 440	
	M	2 442	152	136	76	88	101	75	83	70	50	60	3 333	
<b>HSH</b>	Subtotal	<b>2 574</b>	<b>92</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>71</b>	<b>85</b>	<b>62</b>	<b>46</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>47</b>	<b>3 183</b>	<b>13,6</b>
<b>UDI</b>	Subtotal	<b>9 056</b>	<b>167</b>	<b>119</b>	<b>70</b>	<b>47</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>9 625</b>	<b>41,1</b>
	H	7 657	142	98	58	39	37	34	18	19	15	12	8 129	
	M	1 399	25	21	12	8	7	8	5	3	2	6	1 496	
<b>Mãe-filho</b>	Subtotal	<b>217</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>223</b>	<b>1,0</b>
	H	160	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	161	
	M	57	2	0	0	1	0	0	0	2	0	0	62	
<b>Transfusão ou hemoderivados</b>	Subtotal	<b>116</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>130</b>	<b>0,6</b>
	H	54	1	2	1	1	1	2	1	1	0	1	65	
	M	62	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	65	
<b>Outro/Não Determinado</b>	Subtotal	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>0,1</b>
	H	12	1	3	1	0	1	0	0	1	0	0	19	
	M	7	3	1	1	1	0	0	1	1	0	1	16	
<b>Não referido</b>	Subtotal	<b>339</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>429</b>	<b>1,8</b>
<b>Total</b>		<b>19 890</b>	<b>628</b>	<b>534</b>	<b>388</b>	<b>349</b>	<b>387</b>	<b>304</b>	<b>270</b>	<b>234</b>	<b>202</b>	<b>213</b>	<b>23 399</b>	<b>100,0</b>

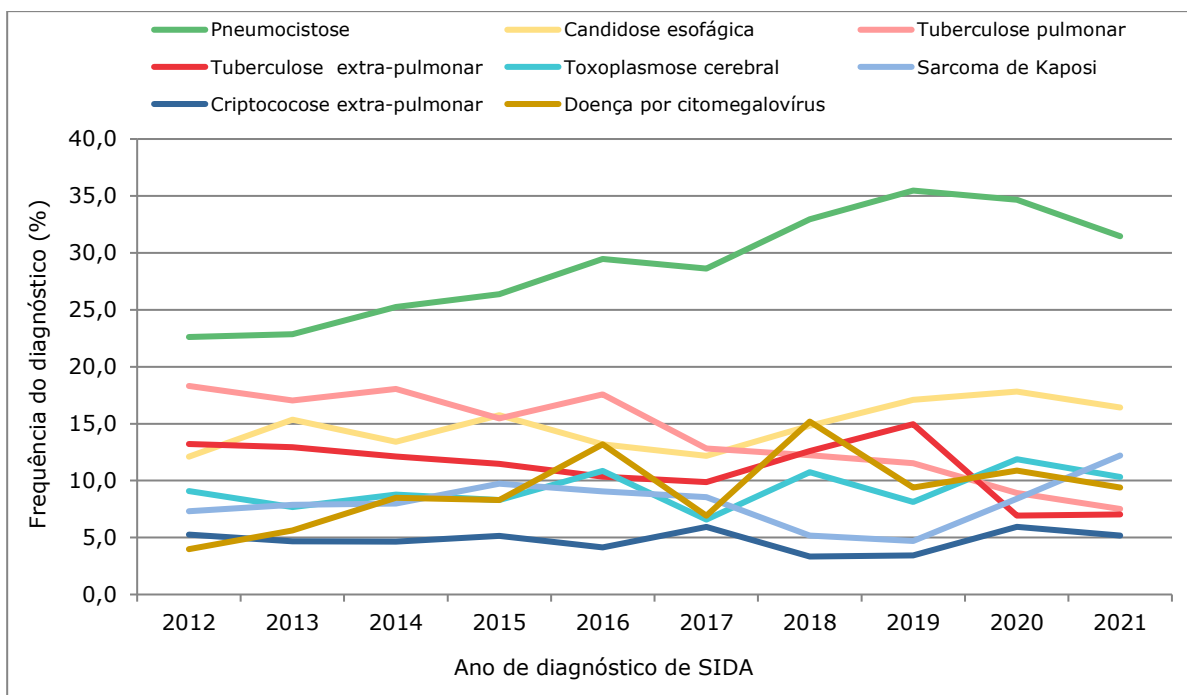
Legenda: H - Homens; M - Mulheres; HSH- homens que fazem sexo com homens; UDI -utilizadores de drogas injetadas.

Nota: está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo pelo que, nesse ano e no global, o total é diferente da soma das partes.

## Doenças definidoras de SIDA

A lista das doenças definidoras de SIDA, segundo a publicação de 1993, consta do **Anexo III** deste relatório. Na notificação de caso de SIDA é possível registar até quatro doenças que façam parte do quadro inaugural de SIDA ou que sejam diagnosticadas num período de três meses após o diagnóstico da primeira doença.

A patologia mais frequentemente referida no total de casos de SIDA acumulados foi a tuberculose pulmonar, identificada em 24,6% dos casos, seguida da pneumocistose em 20,9% e da tuberculose extrapulmonar em 19,5%. Contudo, a frequência de diagnóstico das diversas doenças definidoras de SIDA no quadro inaugural variou ao longo das diferentes décadas da epidemia. A análise das tendências temporais observadas entre 2012 e 2021 revela um decréscimo no número absoluto e relativo de casos de tuberculose, em qualquer das suas formas clínicas, e um aumento da proporção de casos de pneumocistose, que foi a doença mais frequentemente registada (**figura 20**).



**Figura 20** - Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2012-2021): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

### I.2.3. - Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH

Foram notificados em Portugal 15 555 óbitos que ocorreram entre 1984 e 2021 em pessoas que viviam com infeção por VIH, 11 065 dos quais registaram-se em casos com diagnóstico de SIDA (quadro 34).

De acordo com a informação recolhida e sistematizada no quadro 35, referente à distribuição dos casos de morte por ano, sexo e modo de transmissão, o maior número ocorreu em homens (12 618; 81,1%) e em UDI (7 493; 41,2%). Foram notificados 3 196 óbitos ocorridos entre 2012 e 2021, dos quais 1 707 (53,4%) em casos de transmissão heterossexual, 1 215 (38,0%) em UDI e 286 (8,9%) em HSH.

A disponibilização progressiva de diferentes fármacos antirretrovirais e a sua utilização em esquemas terapêuticos combinados, mais eficazes, conduziu a um aumento da sobrevivência das pessoas que vivem com VIH. Atualmente, a maioria dos óbitos regista-se em indivíduos em que o diagnóstico ocorreu há mais de dez anos, por oposição ao que se verificava no ano 2000, quando cerca de 60% das mortes ocorriam no ano subsequente ao diagnóstico (figura 21). Não obstante a evolução positiva registada, mantem-se anualmente uma proporção acima de 20% de óbitos que ocorrem nos cinco anos após o diagnóstico da infeção por VIH e que, na última década, corresponderam maioritariamente (51,8%) a casos que referiam transmissão heterossexual de indivíduos do sexo masculino.

Quadro 34 - Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2021): distribuição por ano de morte.

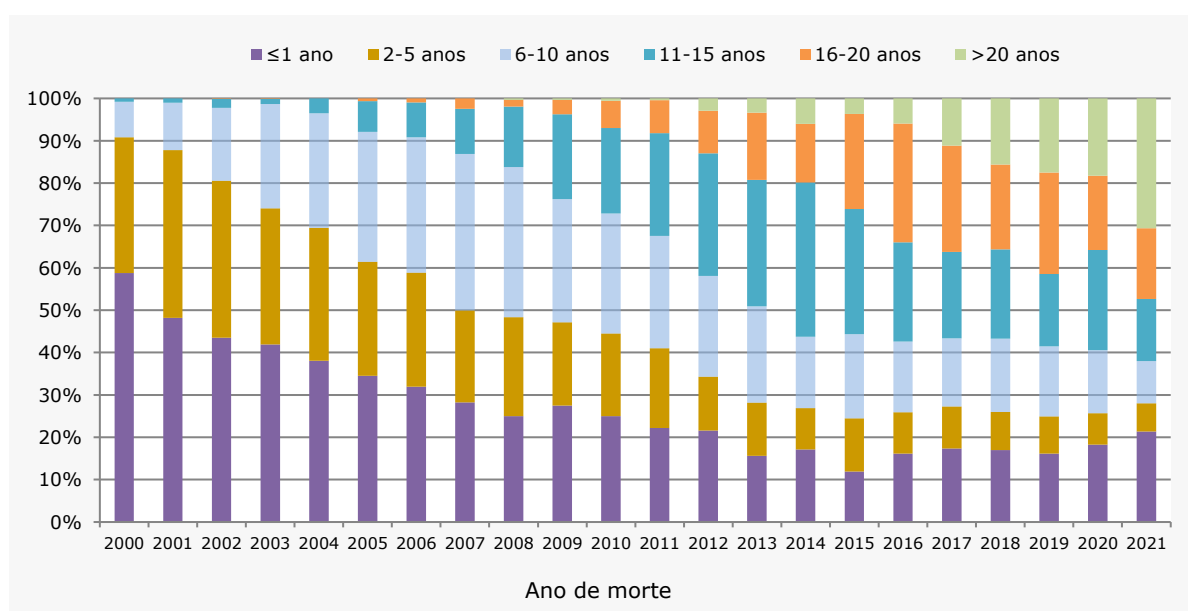
Ano de morte	Mortes em casos de infeção VIH	Mortes em casos de SIDA
≤1990	411	369
1991	234	199
1992	322	285
1993	336	305
1994	445	402
1995	608	546
1996	704	630
1997	593	512
1998	556	456
1999	620	500
2000	631	520
2001	703	530
2002	678	560
2003	666	501
2004	596	450
2005	646	448
2006	535	370
2007	573	368
2008	616	349
2009	560	325
2010	560	337
2011	514	305
2012	487	259
2013	479	273
2014	368	207
2015	352	177
2016	371	189
2017	323	168
2018	289	159
2019	229	113
2020	148	61
2021	150	78
Desconhecido	252	114
<b>Total</b>	<b>15 555</b>	<b>11 065</b>

**Quadro 35** - Óbitos em casos de infeção por VIH (1983-2021): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano de morte.

Ano de morte	Sexo		Modo de transmissão				Total
	Homens	Mulheres	Heterossexual	HSH	UDI	Outro/NR	
≤2011	9 960	2 146	3 911	1 436	6 151	609	12 107
2012	380	107	227	33	212	15	487
2013	384	95	228	36	208	7	479
2014	284	84	170	33	155	10	368
2015	274	78	176	31	140	5	352
2016	278	93	185	31	151	4	371
2017	238	85	162	33	116	12	323
2018	225	64	150	34	98	7	289
2019	172	57	132	22	68	7	229
2020	106	42	99	14	33	2	148
2021	109	41	88	19	34	9	150
Não referido	208	44	90	21	127	14	252
<b>Total</b>	<b>12 618</b>	<b>2 936</b>	<b>5 618</b>	<b>1 743</b>	<b>7 493</b>	<b>701</b>	<b>15 555</b>

Legenda: NR-Não referido; HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Nota: Está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo, pelo que o total é diferente da soma das partes.



**Figura 21** – Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH (2000-2021): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.





# Atividades **Desenvolvidas**

P r E P



## II. 1. Prevenção

O ano de 2021 foi um ano ainda fortemente marcado pela pandemia da COVID-19, tendo naturalmente impactado nas atividades desenvolvidas pelo Programa Nacional para a área do VIH. Adicionalmente, o Programa foi alvo de reestruturação, com a cessação de funções da anterior Diretora em março de 2021 e a publicação do Despacho n.º 5868/2021 de 15 de junho que integrou as Infecções Sexualmente Transmissíveis como área prioritária<sup>12</sup>.

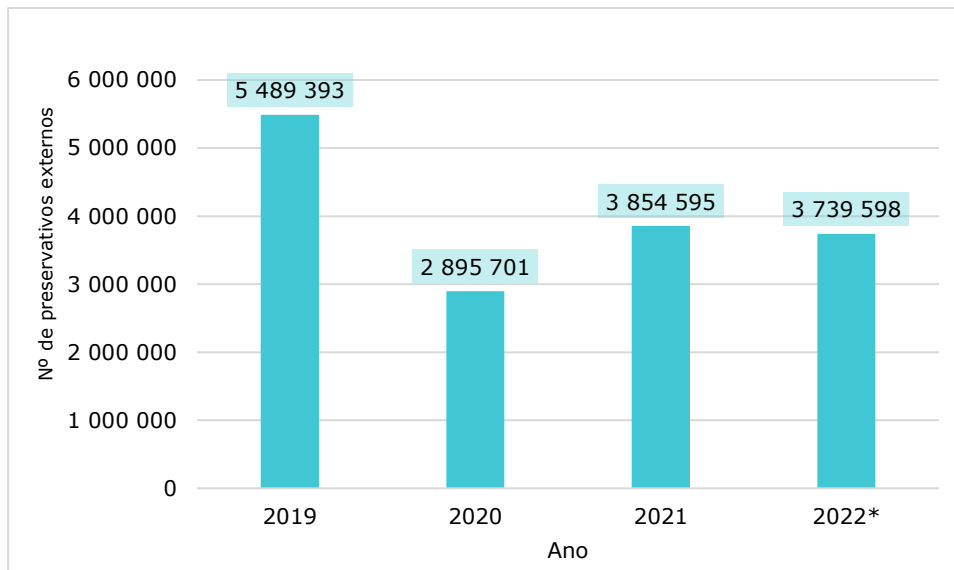
Contribuir para a redução de novas infeções de transmissão sexual, incluindo a infeção por VIH, constitui um dos objetivos basilares da resposta nacional. Embora tendencialmente decrescente, a taxa de diagnósticos de infeção por VIH em Portugal é ainda bastante superior à taxa média apurada para o conjunto de países que formam a UE, sendo, portanto, necessários mais investimento e ações para atingir metas mais ambiciosas. Globalmente, mantêm-se os objetivos de acesso pleno à prevenção, informação, rastreio e tratamento das IST, incluindo a infeção por VIH.

Assim, o PNISTVIH manteve o investimento e otimização dos programas de prevenção dirigidos à população em geral e, especialmente, a populações chave passando, entre outros, pelo acesso gratuito e em proximidade a meios preventivos como sejam preservativos externos e internos e gel lubrificante, por programas de redução de risco e minimização de danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, como o Programa Troca de Seringas (PTS), pela expansão da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao VIH, pela promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da violência e redução do estigma e da discriminação das Pessoas que vivem com VIH (PVVIH) e em risco acrescido.

### II.1.1. Acesso a materiais preventivos

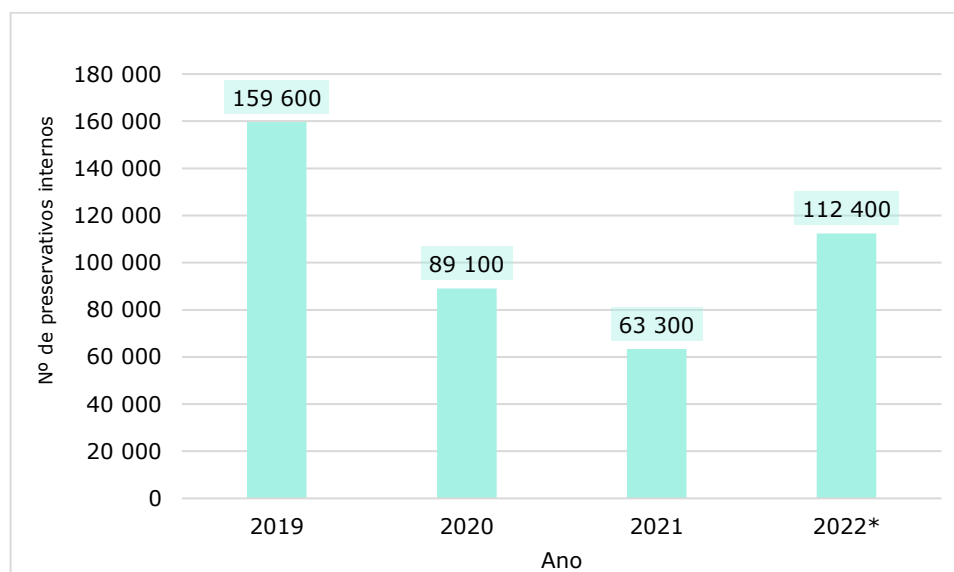
O Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos e Informativos permitiu a distribuição de 3 917 395 preservativos externos (masculinos) e internos (femininos) e de 412 920 embalagens de gel lubrificante em 2021 (figuras 22, 23 e 24). A disponibilização de material teve uma diminuição significativa após 2019, que se atribui à redução de atividade das organizações que efetuam o trabalho de proximidade, em razão da pandemia Covid-19. Verificou-se, no entanto, em 2021, um aumento significativo (31%) no número de preservativos distribuídos, comparativamente ao ano de 2020. Em 2022, até 30 de setembro, foram distribuídos 3 851 998 preservativos, número que embora provisório auspícia uma tendência crescente em consonância com o ano anterior, esperando-se atingir no futuro o volume de distribuição pré-pandemia.

No que diz respeito aos preservativos internos, é possível observar um aumento de procura em 2022, em que a distribuição efetuada no período de 1 de janeiro a 30 de setembro de 2022 superou as quantidades distribuídas em 2020 e 2021.



\* Até 30 de setembro de 2022

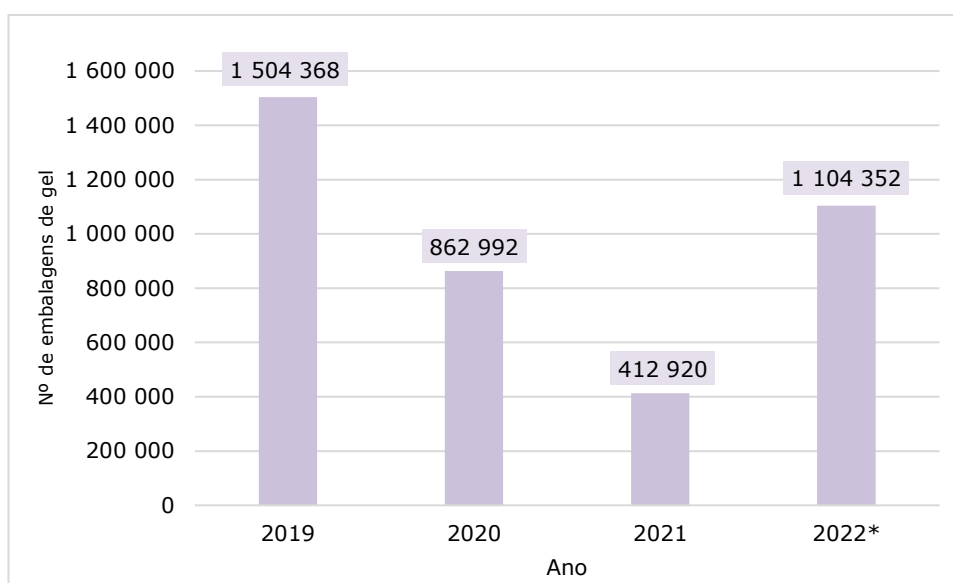
Figura 22 – Número de preservativos externos distribuídos (2019-2022).



\* Até 30 de setembro de 2022

Figura 23 – Número de preservativos internos distribuídos (2019-2022).

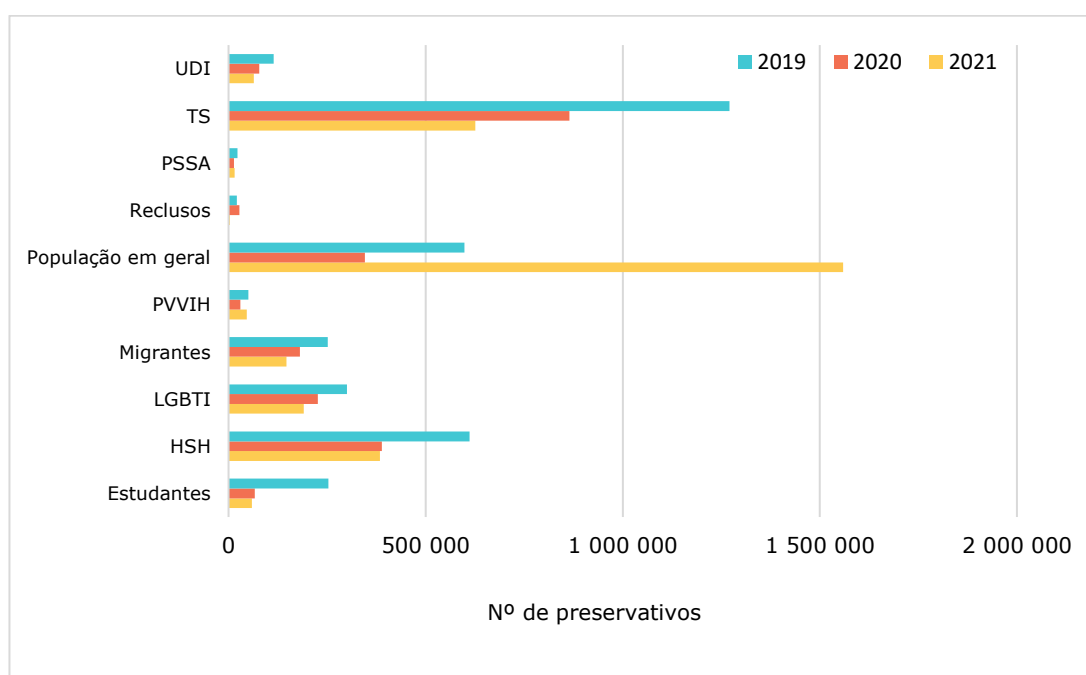
Relativamente à distribuição de gel lubrificante, verificou-se tendência decrescente em 2021, com uma redução expressiva de cerca de 50% no número de embalagens distribuídas. Esta diminuição pode ser atribuída a constrangimentos relacionados com a falta de matéria prima e de mão de obra que contribuíram para a escassez de gel no mercado português. Não obstante, os dados provisórios de 2022 dão conta de um aumento considerável do número de embalagens distribuídas, o que evidencia os esforços do PNISTVIH para manter e melhorar a resposta nacional em matéria de prevenção.



\* Até 30 de setembro de 2022

Figura 24 – Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas (2019-2022).

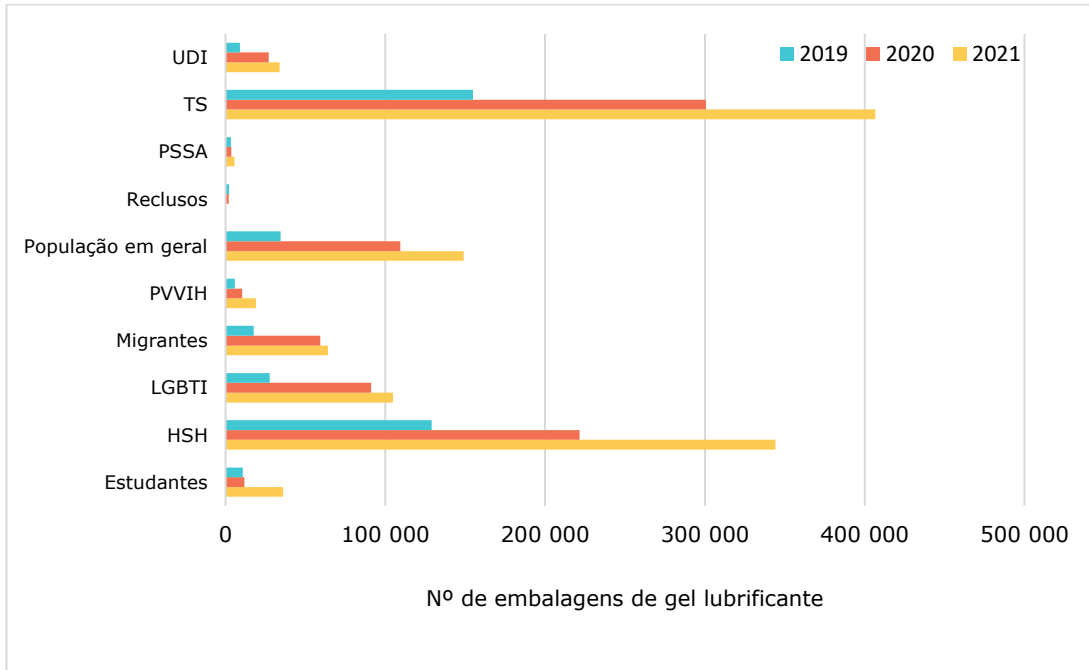
No que se refere à população a quem é distribuído o material preventivo, a maior parte dos preservativos (externos e internos) destinam-se à população em geral, trabalhadoras/es do sexo (TS) e a HSH (figura 25).



Legenda: UDI – utilizadores de drogas injetadas; TS – Trabalhadores/as do sexo; PSSA – Pessoas em situação de sem-abrigo; PVVIH- Pessoas que vivem com VIH; LGBTI – Lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo; HSH- homens que têm sexo com homens.

Figura 25 – Número de preservativos distribuídos, por população (2019-2021).

O gel lubrificante segue uma distribuição semelhante aos preservativos, sendo sobretudo distribuído a TS, HSH e população em geral (Figura 26).



Legenda: UDI – utilizadores de drogas injetadas; TS – Trabalhadores do sexo; PSSA – Pessoas em situação de sem-abrigo; PVVIH- Pessoas que vivem com VIH; LGBTI – Lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo; HSH- homens que têm sexo com homens.

Figura 26 – Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas, por população (2019-2021).

A distribuição dos materiais preventivos foi assegurada através de organizações não-governamentais (ONG) /organizações de base comunitária (OBC), estabelecimentos de ensino, centros de saúde, hospitais e estabelecimentos prisionais. As ONG / OBC e os estabelecimentos de saúde foram as entidades que efetuaram maior número de pedidos e em maior volume, a nível de quantidade, durante o triénio 2019-2021 (figura 27).

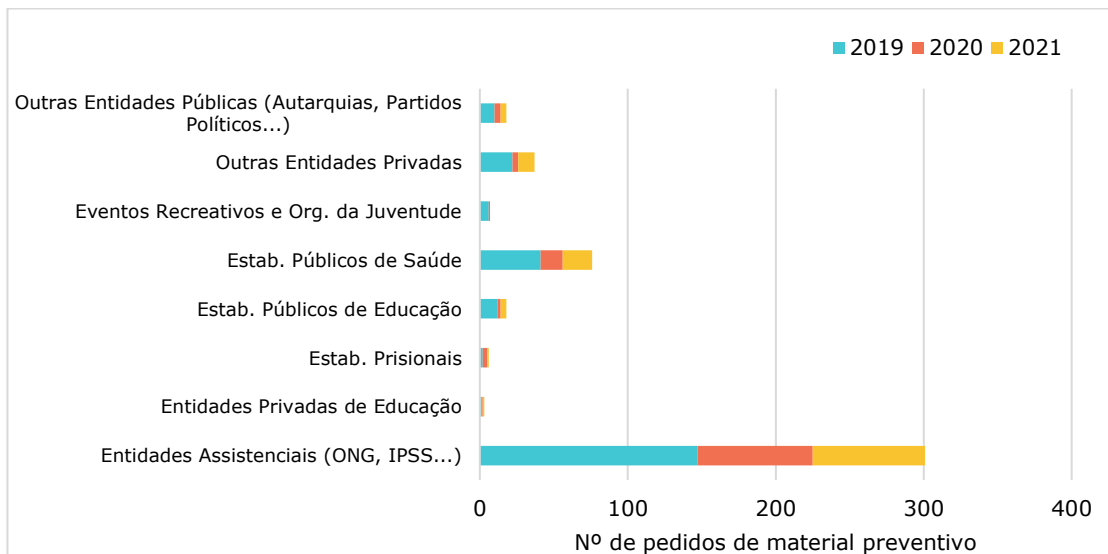


Figura 27 – Número de pedidos de material preventivo, por tipologia de entidade (2019-2021).

### II.1.2. Programa Troca de Seringas “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão”

O PTS tem permitido a promoção da não partilha de material de injeção de substâncias psicoativas, aconselhamento sobre como minimizar os danos causados pela utilização de drogas, encaminhamento para serviços de rastreio e tratamento de infeção por VIH e hepatites B e C. Volvidos 29 anos desde a sua implementação, mantém a sua atualidade enquanto programa de redução de riscos e minimização de danos associados à prática de consumo de drogas por via injetável. Desde 1993, ano de arranque do PTS, até 2021 foram distribuídas 61 830 563 seringas (figura 28).

Os dados disponíveis indicam que, em 2021, o PTS distribuiu 1 132 770 seringas entre pessoas que utilizam drogas por via injetável, observando-se um discreto aumento (1,4%) comparativamente às distribuídas em 2020 (1 116 628), mas uma diminuição de 20% quando comparado com o ano de 2019 (1 413 228).

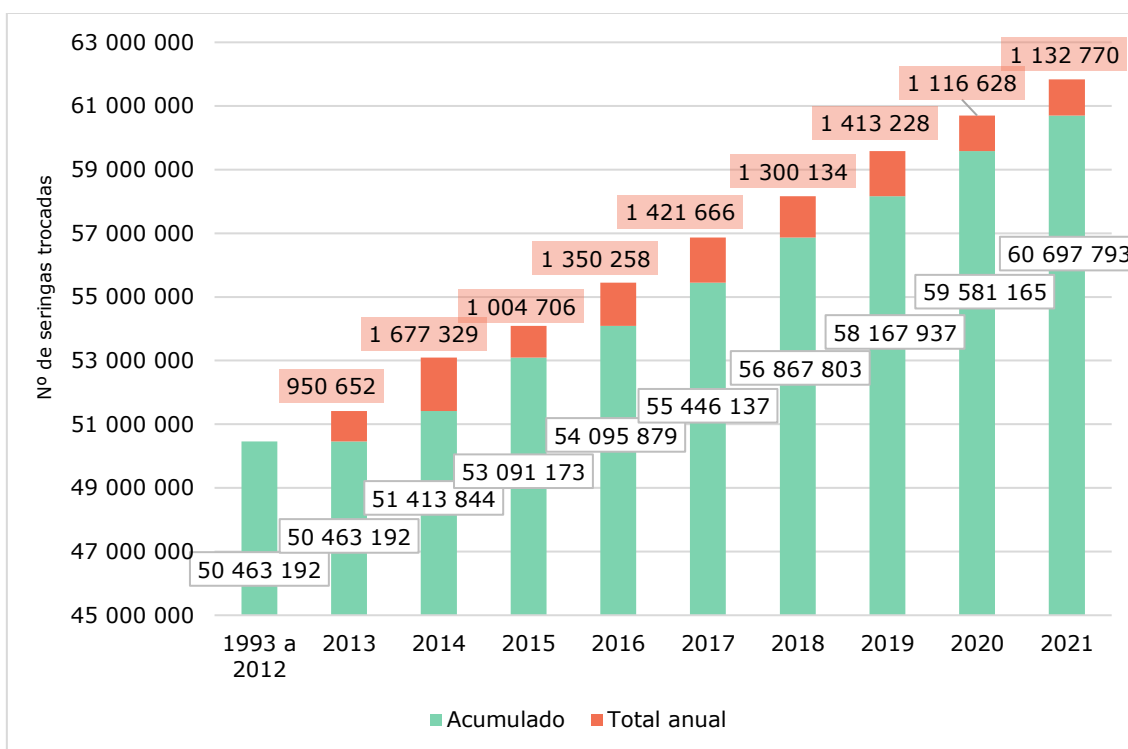


Figura 28 – Seringas distribuídas no âmbito do PTS: valores anuais e totais acumulados (1993-2021).

As Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (ERRMD) foram responsáveis pela distribuição de 859 960 seringas, o que corresponde a 76% do total das seringas distribuídas. As farmácias associadas da Associação Nacional das Farmácias (ANF) e da Associação de Farmácias de Portugal (AFP) distribuíram 23% do total das seringas (265 160), enquanto as unidades de saúde dos CSP asseguraram a distribuição de 0,7% das seringas distribuídas em 2021 (7 650).

Encontravam-se registadas 1 693 farmácias aderentes ao PTS, englobando associadas da ANF e da AFP. As ERRMD totalizaram 52, sendo que 5 são financiadas pela DGS, através do PNISTVIH (Associação Ser+, Associação Existências, Associação Novo Olhar II, Associação Médicos do Mundo, Associação para o Planeamento da Família – Algarve).

O PTS está disponível em todos os distritos de Portugal Continental, bem como nas duas regiões autónomas, e apenas no distrito de Portalegre não houve registo de distribuição de seringas. As ERRMD que reportaram o maior número de seringas distribuídas atuam nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra. As farmácias associadas da ANF reportaram um maior número de seringas nos distritos de Lisboa, Coimbra, Aveiro e Porto. As farmácias associadas da AFP reportaram um maior número de seringas nos distritos do Porto e Santarém. Salienta-se que nos distritos de Évora, Castelo Branco, Guarda, Viseu as farmácias são os únicos locais de troca de seringas.

### II.1.3. Profilaxia Pré-Exposição ao VIH

No âmbito do PNISTVIH o acesso à PrEP para pessoas com risco acrescido de infeção, é uma prioridade, como estratégia de prevenção com elevada efetividade na redução da incidência de novos casos de infeção VIH.

O acesso a consultas e medicação para PrEP mantém-se apenas em contexto hospitalar, com programas pontuais de descentralização protocolados entre serviços de infeciologia hospitalares, CSP e OBC.

O sistema de informação disponível na maioria dos hospitais com consultas PrEP (SCLínico) não permite ter dados atualizados quanto à monitorização clínica e laboratorial efetuada nas respetivas consultas. Face a esse constrangimento, o PNISTVIH solicitou aos hospitais informações estatísticas referentes aos utentes a quem foi disponibilizada PrEP. Reconhecidas as limitações inerentes ao procedimento implementado, análise dos dados disponibilizados permitiu apurar que, no final de 2020, do conjunto de 29 unidades hospitalares da Rede de Referência VIH (com ou sem SCLínico), 24 informaram que já dispunham da consulta de PrEP.

Em 2019, 1 252 pessoas receberam PrEP pelo menos uma vez e destas, 1 012 pela primeira vez nesse ano. Do total de pessoas que receberam PrEP nesse ano, 95% eram do sexo masculino. A informação desagregada por populações chave abrangidas, esteve disponível em 60% do total de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez, sendo que 88% corresponderam a HSH, 15% eram imigrantes e 3,4% TS.

Em 2020, registou-se um aumento de 26% no número de pessoas em PrEP, que atingiu um total de 1 586 pessoas, das quais 786 pela primeira vez na vida. A população abrangida apresentou características idênticas às observadas nos utentes do ano anterior, sendo maioritariamente do sexo masculino (96%). A informação

desagregada por populações chave esteve disponível em 56% do total de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez nesse ano, dos quais 90% eram HSH, 19% migrantes e 4,5% TS.

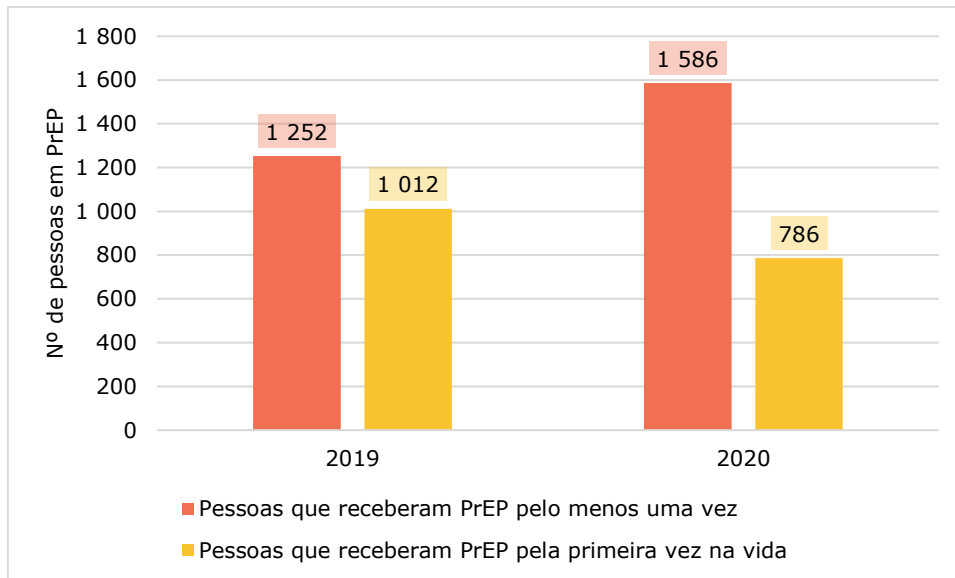


Figura 29 – Número de pessoas que receberam PrEP (2019-2020).

Reconhecendo que o número de pessoas atualmente abrangidas pela PrEP é insuficiente, quer pelo tempo de espera para consulta de utentes referenciados, nomeadamente em alguns centros urbanos, quer por estimativas do número de indivíduos que beneficiariam da sua utilização, baseadas na Coorte de Lisboa de Homens que têm Sexo com Homens (*Lisbon Cohort of MSM*)<sup>13</sup>, o Programa em articulação com a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a SPMS, está a implementar a dispensa da PrEP em diferentes contextos para além dos hospitais, nomeadamente em CSP e OBC, à semelhança do que já acontece noutros países.

A implementação desta estratégia implica:

- a revisão da Circular Normativa Conjunta INFARMED / ACSS / DGS / SPMS que regula o acesso à PrEP em Portugal <sup>14,15</sup>;
- a alteração do estatuto do medicamento emtricitabina 200 mg + tenofovir disoproxil 245 mg e do seu circuito de dispensa exclusiva hospitalar, assim como a forma de comparticipação;
- a alteração dos locais das consultas PrEP, atualmente apenas hospitalares no âmbito das consultas VIH, possibilitando a sua realização nos CSP e/ou através de parcerias com OBC sem fins lucrativos;
- a possibilidade de prescrição de PrEP por médicos com formação e experiência nesta área desde que integrados em consulta dedicada;
- definição das formas de financiamento da atividade em cada um dos níveis de cuidados;

- definição de formas de contratualização da atividade em cada um dos níveis de cuidados;
- adequação dos sistemas de informação e desenvolvimento de mecanismos / ferramentas para monitorização de indicadores PrEP.

Neste sentido, o PNISTVIH iniciou o processo de elaboração da lista e descrição de cada um dos indicadores pretendidos, alinhados com os indicadores definidos pelo ECDC. Ao mesmo tempo, avançou com a revisão da Norma 25/2017 de modo a acautelar os princípios anteriores.

## II.2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação

O diagnóstico precoce da infeção por VIH é instrumental para o cumprimento das metas 95 – 95 – 95 da ONUSIDA. A generalização do acesso ao diagnóstico em Portugal contempla diferentes metodologias (por prescrição médica, de forma voluntária em estruturas *point-of-care*, autoteste) e contextos (os CSP, os cuidados de saúde hospitalares, os Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD), os Centros de Diagnóstico Pneumológico, os estabelecimentos prisionais, os centros de respostas integradas para os comportamentos aditivos e dependências, as ONG e as farmácias comunitárias), procurando dessa forma chegar ao maior número de pessoas que queiram conhecer o seu estatuto serológico para esta infeção e não perder oportunidades de diagnóstico e ligação aos cuidados de saúde.

Os dados disponíveis referentes ao número de testes rápidos para VIH realizados em 2021 pelos CAD, CSP e ONG/OBC revelaram um total de 50 518 testes, com uma proporção de resultados reativos de 0,94%. Verificou-se, comparativamente aos anos 2020 (43 090) e 2019 (43 691), um aumento de 17% e de 16%, respetivamente.

### II.2.1. Cuidados de Saúde Primários

As unidades de saúde dos CSP foram responsáveis pela realização de 34% dos testes rápidos, com uma proporção de resultados reativos de 0,06%. Em 2021 observou-se uma recuperação da atividade face a 2020, contudo, o número de testes realizados ficou ainda longe dos valores pré pandémicos.

A grande maioria dos testes (92%) diz respeito à região de Saúde Norte (16 096). A região de Saúde do Alentejo não reportou realização de testes rápidos.

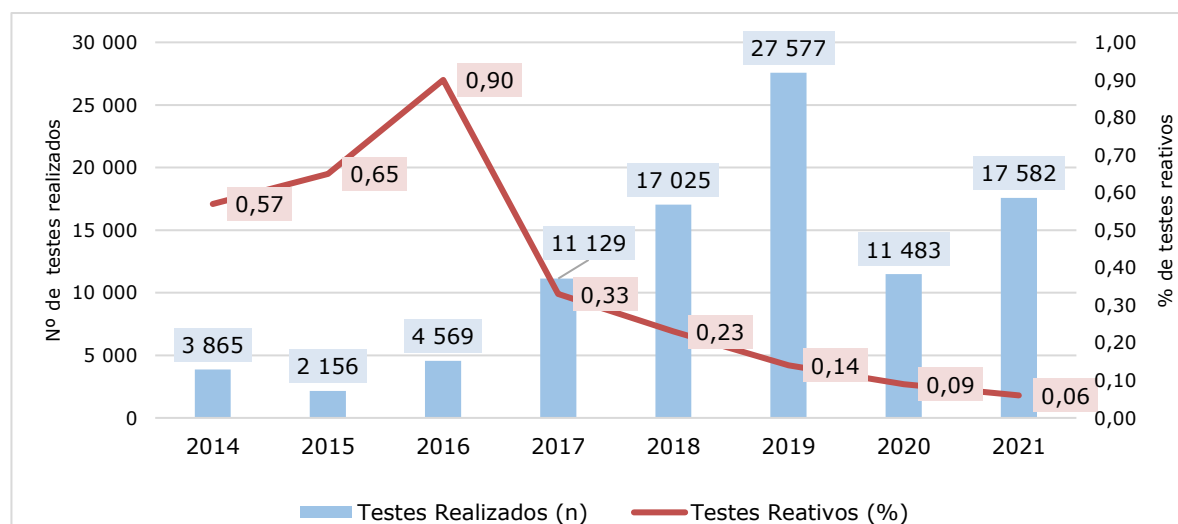


Figura 30 – Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CSP (2014-2021).

### II.2.2. Organizações Não-Governamentais/Organizações de Base Comunitária

Em 2021, as ONG foram responsáveis pela realização de 62% dos testes VIH, com uma taxa de reatividade de 1,37%. Em 50% dos casos, os utentes realizaram o teste VIH pela primeira vez. Do total dos casos reativos, 66% foram referenciados para os cuidados de saúde hospitalares para realização de teste confirmatório e seguimento clínico.

As ONG financiadas pela DGS disponibilizaram igualmente o teste rápido para a sífilis, tendo realizado 13 389 testes, dos quais 46% foram em pessoas que desconheciam ter feito esse teste antes. Foram identificados 265 casos reativos, representando uma proporção de reatividade de 2,0%, dos quais 151 (57%) foram referenciados para confirmação.

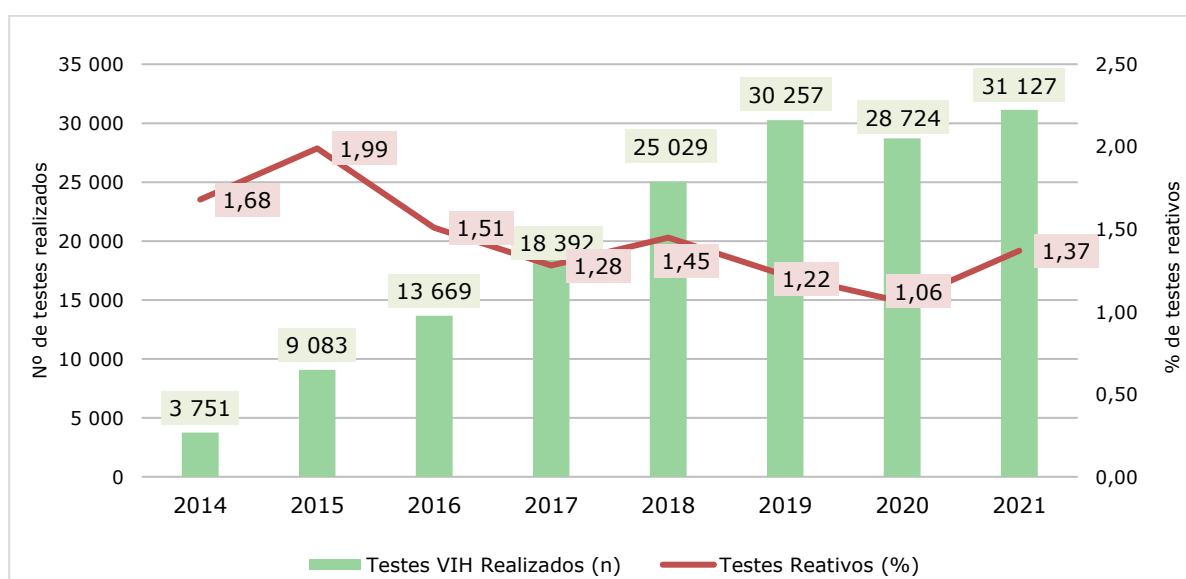
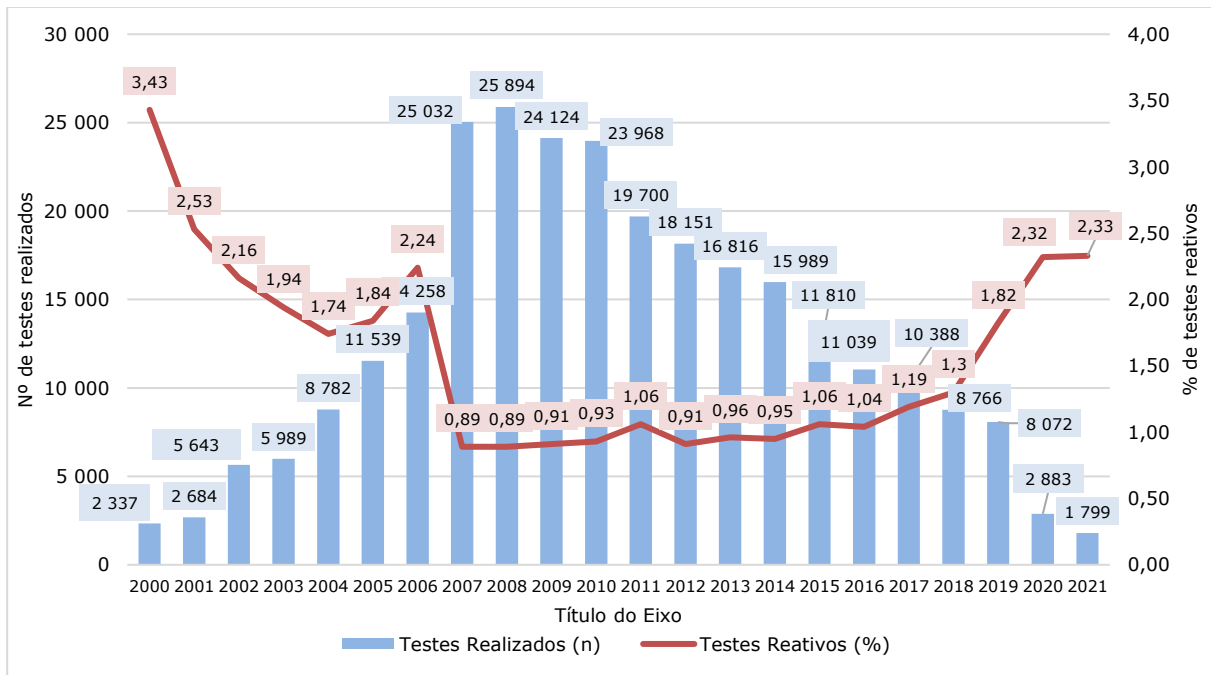


Figura 31 – Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (2014-2021).

### II.2.3. Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH

A funcionar desde 1998, os CAD têm vindo a reduzir a sua atividade desde 2010, como evidenciado na [figura 32](#), que mostra também que a redução se agravou no período pandémico, sem evidência de recuperação. Em 2021, foram reportados 1 799 testes realizados com uma proporção de resultados reativos de 2,3%.



**Figura 32** – Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CAD (2000-2021).

### II.2.4. Testes prescritos no SNS

O número de testes de VIH realizados com prescrição do Serviço Nacional de Saúde (SNS), concretamente prescrições efetuadas pelos CSP, tem-se mantido, na última década, numa média anual de 258 000 testes. Em 2020, provavelmente fruto das restrições impostas pela pandemia de COVID-19 no acesso aos serviços de saúde, verificou-se uma redução acentuada nas prescrições, que atingiram o número mais baixo desde 2013. Contudo, em 2021, o número de testes com prescrição dos CSP retomou valores semelhantes aos de 2019 ([figura 33](#)).

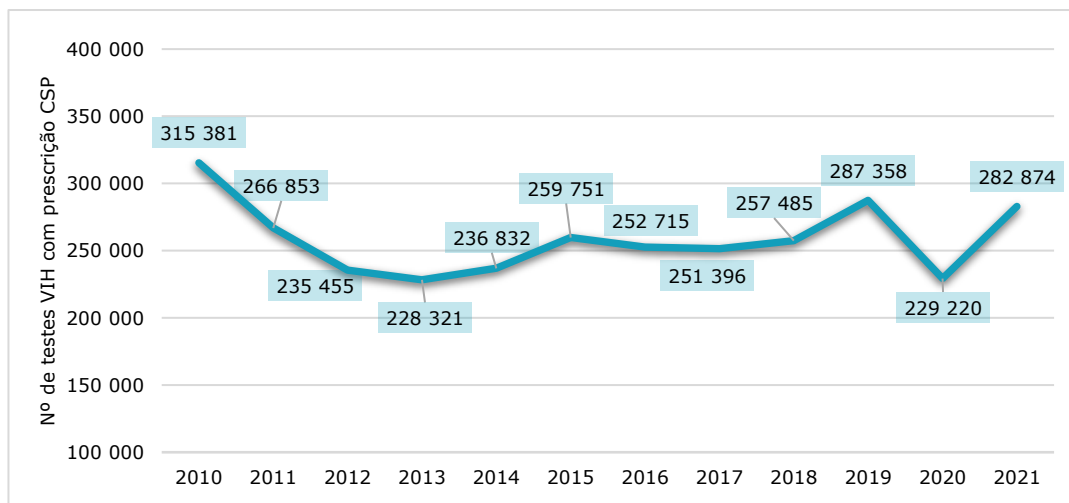


Figura 33 – Número de testes VIH realizados, com prescrição dos CSP (2010-2021).

### II.2.5. Autotestes VIH

Na sequência das recomendações e diretrizes globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016, sobre a disponibilização do autoteste VIH, Portugal publicou o Decreto-Lei n.º 79/2018, de 15 de outubro que permite a dispensa direta ao público dos dispositivos de diagnóstico *in vitro* destinados ao rastreio da infeção por VIH por leigos, vulgarmente designados de autotestes<sup>16</sup>.

Trata-se de mais uma estratégia que visa ultrapassar as barreiras ao diagnóstico e aumentar o acesso e a utilização do teste para VIH, especialmente para populações com baixa cobertura de serviços e com maior risco de infeção que, de outra forma, não realizariam o teste.

A abordagem do autoteste para VIH implica que seja o próprio a fazer a colheita, manusear o dispositivo e interpretar o resultado em contexto de privacidade. É assim disponibilizado um folheto com informação clara e objetiva sobre a correta utilização do dispositivo, as medidas a tomar no caso de um resultado reativo, não reativo ou inconclusivo.

O SNS 24 realiza a referenciação para a consulta hospitalar no caso de autoteste reativo (Circular Normativa Conjunta n.º 8 da DGS/ACSS/INFARMED/SPMS<sup>17</sup>) e disponibiliza informação e aconselhamento sobre comportamentos de risco, as vias de transmissão e formas de prevenção das infeções por VIH, o significado dos resultados do autoteste e os procedimentos necessários em função do resultado.

De acordo com os dados disponibilizados pela ANF e pela AFP, entre 2019 e 2021, foram vendidos 8 133 autotestes VIH, observando-se um aumento anual considerável da procura deste tipo de testes (figura 34). Desde 2019, o autoteste está disponível nas farmácias de todos os distritos de Portugal Continental, incluindo

as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. O distrito com maior procura do autoteste é Lisboa (44%), seguido do Porto (20%), Setúbal (8%) e Braga (5%). Com menor percentagem de autotestes vendidos encontram-se os distritos de Bragança (0,2%), Portalegre e Guarda (0,4%).

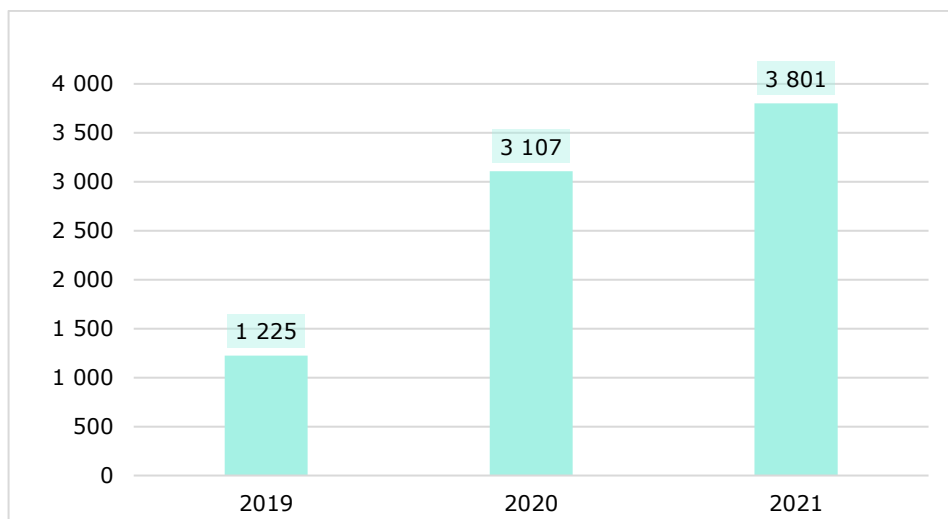


Figura 34 – Número de autotestes VIH vendidos nas farmácias (2019-2021).

### II.3. Apoio à Sociedade Civil

As ONG são líderes em ativismo, advocacia, capacitação e disponibilização de serviços. Muitas das estratégias criadas para responder de forma eficaz à infeção por VIH têm sido desenvolvidas e implementadas por organizações comunitárias. Estas organizações têm a capacidade de envolver as PVVIH e as comunidades nas suas atividades, ajudando a quebrar o estigma e a discriminação associados à infeção.

A estratégia delineada pelo PNISTVIH assenta na articulação com a sociedade civil, em concreto, através do apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de ações e projetos direcionados a diferentes áreas de intervenção e grupos-alvo. A Declaração Política de 2021, *Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting to End AIDS by 2030* inclui o compromisso de assegurar que pelo menos 30% dos serviços prestados no âmbito da infeção por VIH sejam liderados pela comunidade até 2030, com especial enfoque no teste e tratamento, ligação, adesão e retenção ao tratamento e apoio.

O PNISTVIH manteve o apoio técnico e financeiro às instituições coletivas privadas sem fins lucrativos, através do financiamento de 10 projetos de apoio social e extra-hospitalar e de 16 projetos de prevenção, rastreio, referenciação e ligação aos cuidados de saúde, ao abrigo do Decreto-Lei 186/2006, de 12 de setembro.

Em 2021, foram investidos 1 247 340,06€ (um milhão duzentos e quarenta e sete mil trezentos e quarenta euros e seis cêntimos) em projetos de apoio social e extra-hospitalar às PVVIH, sem retaguarda familiar ou social, com níveis elevados de dependência física e psicológica, através de acompanhamento psicossocial, acolhimento temporário e residencial e apoio domiciliário. Esses projetos promovem a manutenção ou a melhoria da qualidade de vida, a adesão às consultas e à terapêutica, a melhoria das condições sociais, a autovigilância, a aceitação e a adaptação à doença, evitam episódios de recorrência às urgências devido a infeções oportunistas e reduzem o número e duração de períodos de internamento hospitalar.

Estas respostas têm-se revelado fundamentais nos processos de ligação e retenção nos cuidados de saúde, assim como na manutenção da carga viral suprimida das PVVIH. Através desses projetos, foram apoiadas um total de 2 495 PVVIH e familiares, nas regiões de Lisboa, Norte e Centro, distribuídas pelas três categorias de respostas do seguinte modo: 305 em Apoio Domiciliário, 16 em Apoio Residencial e 2 174 em Atendimento e Acompanhamento Psicossocial. Foram acompanhadas 90 grávidas seropositivas para o VIH, no âmbito da prevenção da transmissão vertical da infeção. Foram apoiadas 276 pessoas que reportaram algum tipo de discriminação relacionada com a infeção por VIH.

O apoio disponibilizado através destes projetos de cariz predominantemente social traduziu-se ainda na disponibilização de 4 283 consultas de apoio psicológico, 246 consultas de apoio jurídico e 51 306 apoios alimentares. Foram distribuídos 104 185 preservativos internos e externos e 49 402 embalagens de gel lubrificante. Foi ainda assegurado o acesso à vacinação a 340 utentes.

Como indicadores de impacto, convém salientar que globalmente, a adesão à terapêutica e a carga viral suprimida dos beneficiários destes projetos se situaram em valores médios superiores a 95%.

Na área da prevenção, rastreio, referenciação e ligação aos cuidados de saúde, foram investidos 930 881,60€ em 15 projetos, como uma estratégia importante na prossecução das metas preconizadas pela ONUSIDA e adotadas a nível nacional, nomeadamente a diminuição da proporção dos diagnósticos tardios, o conhecimento atempado do estatuto serológico para o VIH, a percentagem de pessoas em tratamento antirretroviral e a supressão vírica.

Estes projetos abrangeram 14 513 beneficiários através de 15 217 sessões de rastreio, permitindo a realização de 13 973 testes rápidos para VIH, 8 706 testes de pesquisa de AgHBs (antigénio de superfície do vírus da hepatite B - VHB), 9 806 testes anti-VHC (anticorpo para o vírus da hepatite C - VHC) e 13 389 testes para rastreio de sífilis, identificando-se proporções de resultados reativos de 1,1%, 0,9%, 1,4% e 2,0%, respetivamente, nos testes para o VIH, VHB, VHC e sífilis.

Dos casos reativos identificados para VIH, VHB, VHC e Sífilis, foram referenciados para consulta hospitalar, respetivamente 85,2%, 80,3%, 83,5% e 57,0%, sendo que em 35,4%, 31,2%, 51,7% e 35,1% dos casos foi necessário acompanhar as pessoas às consultas.

Adicionalmente, estes projetos com enfoque principal na prevenção, entre outros temas, permitiram a distribuição de 35 334 exemplares de materiais informativos, 1 108 838 preservativos externos, 18 216 preservativos internos, 358 890 unidades de gel lubrificante e 34 752 seringas.

Os beneficiários dos projetos financiados são populações consideradas em risco acrescido de contraírem infeções, como sejam HSH, TS e seus clientes, UDI, pessoas em situação de sem-abrigo (PSSA), pessoas trans e migrantes. As abordagens de proximidade promovidas pelas organizações permitiram assim chegar a populações que de outra forma não teriam contacto com respostas de saúde e não seriam rastreadas em tempo, facilitando a sua integração nos cuidados de saúde e, desse modo, contribuindo para quebrar as cadeias de transmissão.

No contexto da pandemia da COVID-19, auscultadas as preocupações das ONG financiadas pela DGS relativamente ao acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) para que a prestação dos serviços contratualizados decorresse em segurança para os seus técnicos e os utentes abrangidos, o Programa procedeu à aquisição e distribuição de EPI, nomeadamente 125 000 máscaras cirúrgicas, 100 000 unidades de luvas, 6 000 batas impermeáveis de uso único e 1 000 unidades de solução antisséptica de base alcoólica (1 L), a todas as ONG financiadas.

## II.4. Literacia e ações públicas

### II.4.1. Semana Europeia do Teste

Nos dias 16 a 23 de maio e de 21 a 28 de novembro de 2022, decorreram as Semanas Europeias do Teste da Primavera e do Outono, respetivamente, com o objetivo de promover o diagnóstico precoce do VIH, das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e das hepatites virais. Esta iniciativa é organizada pela EuroTEST desde 2013, em parceria com instituições comunitárias e de saúde da Região Europeia da OMS, duas vezes por ano, na primavera (maio) e no outono (novembro). A realização da Semana Europeia do Teste da Primavera e do Outono é uma iniciativa que recorda a importância de fazer o teste regularmente.

Vários estudos indicam que as pessoas que fazem o teste regularmente e são diagnosticadas precocemente têm melhores resultados em saúde do que aquelas que adiam a realização do teste. Ainda, é conhecido que o diagnóstico tardio e o atraso no acesso ao tratamento são dos fatores mais importantes associados à transmissão continuada do VIH e da hepatite B e C. Por essa razão, o diagnóstico precoce e a referência para os cuidados de saúde adequados, com início atempado de terapêutica, além de reduzir a mortalidade e a morbilidade, irá também diminuir a transmissão destas infeções.

## II.4.2. Dia Mundial do Preservativo

O Dia Internacional do Preservativo celebra-se no dia 13 de fevereiro desde 2008, por iniciativa da *AIDS Health Care Foundation*, com o objetivo de assinalar a importância do preservativo enquanto medida de prevenção de IST e gravidezes não desejadas.

Em 2021, a Direção-Geral da Saúde assinalou o Dia Internacional do Preservativo com uma campanha de incentivo ao uso consistente do preservativo, através da divulgação em redes sociais, sites e distribuição gratuita de preservativos à população (figura 35). Esta iniciativa contou com a parceria das 10 cidades signatárias da Declaração de Paris que se comprometeram a acelerar, até 2030, a sua resposta local à infeção por VIH e por vírus da hepatite, com vista a eliminar estas infeções enquanto problemas de saúde pública<sup>18,19</sup>.

Importa, por isso, continuar a apostar no acesso gratuito e facilitado aos meios preventivos, como é o caso dos preservativos, pela sua elevada eficácia na prevenção de IST e de gravidezes não desejadas. Para isso, é imperioso repensar novas formas de abordagens às populações que permitam que os meios preventivos cheguem às pessoas que deles precisam. O preservativo representa um dos métodos de barreira com maior eficácia e portabilidade, menor custo, poucas contra-indicações e grande versatilidade de uso ao nível das diferentes práticas sexuais, pelo que é imprescindível promover a sua utilização.



Figura 35 – Imagem da campanha de promoção do uso de preservativo (Dia mundial do preservativo).

### II.4.3. Dia Mundial da SIDA

Assinalar o Dia Mundial da Sida num ano em que a humanidade enfrentou a pandemia de COVID-19, foi uma ação importante para reafirmar o compromisso nacional numa resposta à infeção por VIH assente nos pilares fundamentais de Prevenir, Testar e Tratar, no respeito pelos direitos humanos, e combatendo o estigma e a discriminação.

O mote da ONUSIDA em 2021 destacou a necessidade de acabar com as desigualdades que potenciam a ocorrência da infeção por VIH e de outras pandemias. Sem uma ação firme contra as desigualdades económicas, sociais, culturais e jurídicas, o mundo corre o risco de comprometer os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nomeadamente não atingir a meta de acabar com a epidemia de SIDA até 2030, e mesmo de se verificar desaceleração e retrocessos na resposta global à infeção.

O PNISTVIH reforçou a importância de garantir o cumprimento dos direitos e a eliminação das desigualdades de acesso a cuidados de saúde de qualidade. Apenas desta forma se asseguram os melhores resultados em saúde e o bem-estar das pessoas infetadas ou afetadas por VIH.

Sob o lema “Acabar com as Desigualdades. Acabar com a Sida. Acabar com as Pandemias”, a DGS e o PNISTVIH divulgaram imagens nas redes sociais e no site institucional disseminando esta mensagem (figura 36).



Figura 36 – Imagem da campanha do Dia Mundial da SIDA 2021.

À semelhança de anos anteriores, a DGS e o PNISTVIH convidaram as 10 cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH, a assinalar o Dia Mundial da Sida através da iluminação de cor vermelha, de um ou mais edifícios das suas cidades. A ação decorreu em horário noturno, durante o período alargado de 30 de novembro a 2 de dezembro (duas noites), com a devida divulgação pela comunicação social, a nível local e nacional. Simbolicamente, ao iluminar os seus edifícios de cor vermelha, o Ministério da Saúde e a DGS, assim como os seus parceiros, assinalaram o compromisso de reforçar todos os esforços para a eliminação das desigualdades, com vista ao cumprimento das metas estabelecidas pela ONUSIDA, procurando mitigar o impacto da COVID-19 na resposta à infeção por VIH, para que ninguém fique para trás. O INSA e a SPMS associaram-se à iniciativa, assim como oito municípios que iluminaram de vermelho vários edifícios históricos.

## II.5. Estigma e Discriminação

O Programa Nacional avançou com a proposta de aquisição de serviços para a realização da 2.<sup>a</sup> edição do “Índice de Estigma de Pessoas que vivem com o VIH – *People Living with HIV Stigma Index*” no final de 2019, tendo sido adjudicada à Associação Ser+ no início de 2020.

A realização da 2.<sup>a</sup> edição do Índice de Estigma de Pessoas que vivem com o VIH – *People Living with HIV Stigma Index* está a decorrer, à data da elaboração do presente relatório, não obstante os constrangimentos provocados pela pandemia COVID-19 que ditaram o atraso na execução do contrato, nomeadamente, no que diz respeito à realização das entrevistas em contexto hospitalar.

O processo encontra-se em fase de conclusão, prevendo-se para breve a apresentação do relatório que permitirá documentar as experiências nacionais no que diz respeito aos fenómenos do estigma e da discriminação atualmente experienciados pelas PVVIH em Portugal, em diversos contextos de vida; avaliar as tendências, no sentido que perceber que alterações se verificaram desde 2013 e que aspetos perpetuam esses fenómenos; apontar evidências para o sucesso (ou falhas) dos programas e projetos em vigor e destacar as áreas negligenciadas que exigem ação futura, fundamentem mudanças políticas e intervenções programáticas.

O Programa pronunciou-se sobre dois projetos de lei (Projeto de Lei n.º 826/XIV/2.<sup>a</sup> (PAN) que reconhece o direito ao esquecimento a pessoas que tenham superado situações de saúde de risco agravado e garante-lhes a igualdade de direitos e a não-discriminação no âmbito dos contratos de crédito e de seguro, procedendo à primeira alteração à Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto; e Projeto de Lei n.º 691/XIV/2.<sup>a</sup> (PS) que reforça a proteção da pessoa segurada, proibindo práticas discriminatórias, melhorando o acesso ao crédito e contratos de seguros por pessoas que tenham superado riscos agravados de saúde, consagrando o “direito ao esquecimento”.

Após aprovação, na generalidade, da proposta do Partido Socialista, o Centro Anti-Discriminação VIH reuniu com o Programa, para articulação relativamente à definição/identificação das patologias e condições a constar na grelha de referência referida no nº 8 do artigo 4.º, considerada determinante na eliminação do fenómeno de discriminação, designadamente recusa ou agravamento do prémio de seguro de vida a que as pessoas com a infeção por VIH estão sujeitas, considerando o conhecimento existente do controlo desta infeção através do tratamento disponível.

## II.6. Participação Internacional

No contexto da resposta global à Infeção VIH e SIDA, o Programa Nacional assegurou a participação de Portugal em diferentes iniciativas:

- na contribuição voluntária do Governo Português para o orçamento da ONUSIDA para o ano de 2021;

- enquanto Estado Observador do Programme Coordinating Board – PCB, UNAIDS, nas reuniões:

- *March 2021 Virtual PCB Special Session*, nos dias 24 e 25 de março e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas a 9, 11 e 22 de março. Portugal contribuiu para a preparação do projeto de intervenção da *Constituency BENELUX-PT* referente ao item 3 da agenda – *GLOBAL AIDS STRATEGY 2021-2026*;
- *48th UNAIDS PCB Meeting*, nos dias 29 e 30 de junho e 1 e 2 de julho e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 15, 17, 22 e 24 de junho. Portugal assegurou a preparação do projeto de intervenção da *Constituency BENELUX-PT* referente ao item 4 da agenda – *Unified Budget, Results and Accountability Framework (UBRAF) 2016-2021*;
- *October 2021 Virtual Special Session* no dia 6 de outubro e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 29 de setembro e 1 e 5 de outubro. Portugal foi responsável pela preparação do projeto de intervenção da *Constituency BENELUX-PT* referente ao item 3 da agenda – *Unified Budget, Results and Accountability Framework 2022-2026 and the biennial workplan and budget 2022-2023*;
- *49th UNAIDS PCB Meeting*, nos dias 7, 8, 9 e 10 de dezembro e as correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 23 e 25 de novembro e 2 e 3 de dezembro. Portugal foi responsável pela preparação do projeto de intervenção da *Constituency BENELUX-PT* referente ao item 7 da agenda – *Report of the progress on actions to reduce stigma and discrimination in all its forms*.

- na preparação e participação na conferência HepHIV2021 que se realizou entre os dias 5 e 7 de Maio de 2021, enquanto membros da Comissão Organizadora, e através da intervenção *Country Spotlight - Portugal's progress in reaching the global targets and interventions for integration of testing*;

- na *Fast Track Cities Conference 2021* realizada em Lisboa, nos dias 20 a 22 de outubro;

- no processo de *Dublin Declaration Monitoring*, em articulação com o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais (FNCS), através de reuniões de trabalho realizadas a 26 de março e 13 e 27 de abril de 2021.



# Orientações **Programáticas**



95-95-95





### III. Orientações Programáticas

O Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 5868/2021 de 15 de junho determinou a criação do Programa Prioritário para a área das Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana<sup>9</sup>, substituindo assim o anterior Programa Nacional para o VIH e SIDA (PNVIHSIDA).

Na sequência dessa reestruturação, foram definidas as atribuições do PNISTVIH, por Despacho n.º 7303/2021 de 22 de julho<sup>1</sup>, designadamente:

- a) Liderar a estratégia de controlo das IST e da infeção por VIH em Portugal, promovendo o acesso universal a prevenção, rastreio, diagnóstico precoce e tratamento adequados, combatendo o estigma e a discriminação;
- b) Promover a participação ativa da sociedade civil, das pessoas que vivem com a infeção por VIH e das comunidades mais vulneráveis, e contribuir para gerar os necessários compromissos entre as diferentes partes interessadas, na definição, implementação e monitorização da estratégia de prevenção e controlo da infeção por VIH e das IST;
- c) Garantir estratégias nacionais de monitorização e a adoção das políticas em linha com as agências das Nações Unidas e outras organizações internacionais relevantes, tendo como horizonte os ODS;
- d) Adequar e manter os sistemas de vigilância epidemiológica para o conhecimento da frequência e evolução das IST e da infeção por VIH em Portugal;
- e) Promover a saúde e a prevenção da doença, aumentando a consciencialização e a literacia sobre IST, saúde sexual e reprodutiva, tendo em especial atenção as populações chave;
- f) Racionalizar a organização da vigilância epidemiológica, enquadrar o rastreio, o diagnóstico precoce e a gestão clínica das pessoas afetadas pelas IST e infeção por VIH;
- g) Promover a capacitação dos profissionais de saúde e o acesso, no SNS, a cuidados de saúde de prevenção de IST, e do seu tratamento;
- h) Assegurar a continuidade de cuidados, facilidade de referenciação e acesso ao longo dos vários níveis de cuidados e dos múltiplos setores e instituições;
- i) Estabelecer metas temporalmente definidas e garantir a avaliação independente periódica do seu cumprimento;
- j) Defender os direitos das pessoas que vivem com a infeção por VIH e eliminar as barreiras e a discriminação nas instituições e serviços públicos;
- k) Estabelecer uma agenda de investigação e inovação primariamente dirigida à compreensão e resposta à dimensão sindémica das IST e da infeção por VIH;
- l) Pugnar pela existência de meios humanos e financeiros adequados à prossecução dos objetivos do programa.

A definição de novas atribuições implica a assunção de competências e responsabilidades adicionais, nomeadamente no que diz respeito à inclusão de uma nova área de intervenção, as IST, que pela primeira vez em Portugal passam a integrar os Programas de Saúde Prioritários da DGS.

Essas competências terão de estar refletidas nas novas Orientações Estratégicas Nacionais para o período de 3 anos.

Assim, o PNISTVIH deu início ao processo de elaboração do seu Plano de Ação, processo participado, envolvendo todas as organizações e entidades relevantes para as questões relacionadas com a infeção por VIH e IST, uma vez que uma resposta eficaz a estas problemáticas só é possível com o envolvimento de todos os setores.

Esse processo iniciou-se no Dia Mundial da SIDA de 2021, com uma reunião entre o PNISTVIH e o FNCS, reforçando a importância da participação, inclusão e centralidade das PVVIH e suas comunidades.

Foram ainda auscultadas a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS), processo ainda não concluído, estando prevista a consulta de outras entidades da Saúde, e de outros setores.

Este capítulo inclui algumas das medidas previstas para Plano de Ação deste programa prioritário, que ainda terá de ser apresentado a discussão pública.

O Plano de Ação terá objetivos alinhados com os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o Programa Geral de Trabalho da OMS e terá como referências, o Plano Nacional de Saúde 2021 – 2030, o *GLOBAL AIDS STRATEGY 2021–2026. END INEQUALITIES. END AIDS* da ONUSIDA<sup>2</sup>, o *2021 Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030*<sup>3</sup> e a *Global Health Sector Strategies on, respectively, HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections for the period 2022-2030* da Organização Mundial da Saúde<sup>20</sup>.

A infeção por VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis partilham modos de transmissão assim como determinantes sociais, e as populações mais frequentemente afetadas são sobreponíveis. Neste sentido, aspira-se a uma meta comum de eliminar as infeções sexualmente transmissíveis, incluindo a infeção por VIH, através de ações conjuntas em áreas de convergência, salvaguardando as especificidades de cada infeção, no pleno respeito pelos direitos das pessoas mais afetadas, centradas nas pessoas e nas suas necessidades, procurando assim, maximizar o impacto dos recursos de saúde disponíveis.

## VISÃO

Tornar Portugal num país com acesso pleno à prevenção, informação, rastreio e tratamento das infeções sexualmente transmissíveis, incluindo infeção por VIH, sem estigma e discriminação

E

Garantir que as pessoas que vivem com VIH sejam envolvidas nas decisões que afetam as suas vidas e que novos casos de infeção por VIH sejam eventos raros.

## MISSÃO

Coordenar a resposta nacional às infeções sexualmente transmissíveis, incluindo a infeção por VIH, promovendo a participação de todos os intervenientes, numa perspetiva multidisciplinar e multissetorial e, garantindo a sua monitorização e avaliação.

## VALORES E PRINCÍPIOS

O PNISTVIH apoia a sua ação nos seguintes valores e princípios:

### **Acessibilidade**

O Programa defende que a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e cuidados devem chegar a todas as pessoas e que diferentes condições de género, orientação sexual, económicas, sociais, familiares, de cidadania, de religião ou de outra natureza, não constituam barreiras ao acesso à Saúde em Portugal.

### **Equidade**

A ação do PNISTVIH deve ter sempre em consideração o seu impacto nas desigualdades sociais e promover o acesso a serviços de saúde de qualidade aceitável a todas as pessoas independentemente do género, idade, raça, etnia, identidade sexual, situação económica e local de residência. Deve ser prestada especial atenção às populações mais vulneráveis e que enfrentam barreiras no acesso aos cuidados.

### **Eficiência e eficácia**

O investimento deve ser orientado para os resultados e devem existir iniciativas concretas com resultados quantificáveis. O PNISTVIH defende a necessidade de coordenar e integrar níveis de cuidados e de respostas, de modo a garantir a continuidade da prestação de cuidados entre diferentes serviços.

### **Participação**

Implica o envolvimento de todos os intervenientes na resposta nacional às IST e à Infeção por VIH, nas suas diferentes etapas, desde a tomada de decisão até à avaliação das suas ações, com especial relevo para a colaboração das pessoas mais afetadas e as suas comunidades.

## Qualidade

A excelência dos cuidados implicará a promoção da elaboração e implementação de normas, orientações e recomendações, de acordo com a melhor evidência científica disponível, no pleno respeito pelos direitos humanos, especialmente das populações mais vulneráveis.

## Respeito

Os direitos humanos e os princípios éticos aplicam-se a todas as pessoas, independentemente do seu estatuto serológico para a infeção por VIH e outras IST. Combater o estigma e a discriminação, reforçar o respeito pela autonomia individual e a dignidade humana são fundamentais para o cumprimento dos objetivos do Programa.

## Sustentabilidade

A existência de meios humanos e financeiros adequados à prossecução dos objetivos do Programa e à capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde, garantindo a continuidade de respostas efetivas e de qualidade às necessidades assistenciais dos portugueses.

## Transparência

As ações do Programa e o respetivo financiamento devem ser claros para toda a sociedade e a prestação de contas ser efetuada de forma proactiva e aberta, procurando sempre avaliar o seu impacto na vida das pessoas mais afetadas.

## PRINCIPAIS METAS

1. Aumentar a qualidade e quantidade de informação que apoie a tomada de decisão política, estratégica e técnica (incluindo a avaliação, melhoria e desenvolvimento de Sistemas de Informação, Programas e Intervenções);
2. Diminuir a incidência da infeção por VIH e outras IST, apostando em estratégias de prevenção abrangentes, integradoras e efetivas, nomeadamente aumentar o acesso, cobertura e contextos de PrEP;
3. Reforçar o acesso aos testes e reduzir a proporção de diagnósticos tardios da infeção por VIH;
4. Implementar um modelo de intervenção na área das IST, ampliando a prevenção primária e aumentando o acesso ao rastreio e diagnóstico das infeções de transmissão sexual;
5. Reduzir o estigma e a discriminação associados às IST e às pessoas que vivem com ou em risco acrescido de contraírem o VIH.

## AÇÕES PRIORITÁRIAS

- Construir o modelo de intervenção para a resposta às IST;
- Rever as Normas / Orientações que carecem de atualização:
  - Norma n.º 025/2017 de 28/11/2017 - atualizada em 16/05/2018 - Profilaxia de Pré-exposição da Infeção por VIH no Adulto.
  - Norma n.º 29/2017 de 29/12/2017 - Abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1) no Adolescente e no Adulto.
  - Norma n.º 07/2014 de 16/06/2014 - Distribuição, nas Unidades de Saúde, de Material Preventivo da Transmissão por Via Sexual do VIH.
  - Norma n.º 58/20211 de 28/12/2011 - atualizada em 10/12/2014 - Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).
- Elaborar e publicar novas Normas / Orientações sobre:
  - Tratamento da infeção por vírus da imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1) na Pediatria
  - Transmissão materno-infantil da infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH)
  - Diagnóstico e Tratamento da sífilis
  - Diagnóstico e Tratamento da infeção por *Neisseria gonorrhoeae*
  - Diagnóstico e Tratamento da infeção por *Chlamydia trachomatis*
- Contribuir para a redução da proporção de diagnósticos tardios da infeção por VIH, aumentando a realização do rastreio do VIH nos CSP e Serviços de Urgência, e assegurando a manutenção do apoio técnico e financeiro às respostas implementadas de prevenção e rastreio da infeção, dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por VIH e outras IST;
- Avaliar a exequibilidade de apoio a iniciativas de disponibilização de autoteste, em formato a definir;
- Reduzir as barreiras de acesso ao tratamento, melhorando mecanismos de referência e seguimento, definindo também estratégias para religar as PVVIH aos cuidados de saúde;
- Manter e melhorar o acesso a material asséptico para consumo de drogas por via injetada, através do PTS, na medida das necessidades dos seus beneficiários;

- Assegurar a distribuição e o acesso a materiais preventivos (preservativo interno e externo e gel lubrificante);
- Melhorar o acesso à PrEP, através da avaliação da possibilidade de diversificar os contextos de consulta, melhorando os circuitos e procedimentos (revisão das Circulares Conjuntas n.ºs 1 e 2/2018/INFARMED/ACSS/DGS/SPMS – Profilaxia de Pré-Exposição da Infeção por VIH no Adulto, de 1 e 13 de março de 2018);
- Monitorizar situações de Estigma e Discriminação e Identificar problemas sociais, barreiras e incentivos ao acesso e permanência nos cuidados de saúde, promovendo a disseminação de mensagens dissuasoras de fenómenos discriminatórios, nomeadamente “Indetetável = Intransmissível (I=I)”;
- Melhorar o sistema de informação de monitorização das PVVIH em seguimento hospitalar e o sistema de monitorização da dispensa da PrEP em Portugal;
- Identificar as necessidades e respostas em termos de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST em Portugal, através da realização de estudos;
- Identificar boas práticas de diagnóstico de VIH e IST por organizações de base comunitária;
- Melhorar a capacidade de rastreio e tratamento das IST e aumentar e diversificar a informação dirigida aos profissionais de saúde;
- Realizar um estudo de avaliação do Programa Troca de Seringas;
- Coordenar o processo de reporte de informação para o ECDC sobre a implementação e progressos da Declaração de Dublin nas áreas da infeção VIH e SIDA, Hepatites Virais, Tuberculose e IST, em articulação com o FNESC;
- Consolidar e apoiar a iniciativa Cidades na Via Rápida/*Fast Track Cities*, nomeadamente através da revisão da composição e atribuições do Grupo de Trabalho constituído por Despacho do Secretário de Estrado Adjunto e da Saúde n.º 5216/2017<sup>19</sup> de 12 de junho;
- Promover iniciativas que assinalem o Dia Mundial da Sida, as Semanas do Teste (Europeia e Internacional) e o Dia Internacional do Preservativo, envolvendo entidades parceiras e as cidades na via rápida.

## Referências

1. Despacho n.º 7303/2021, publicado na 2.ª série PARTE C do Diário da República n.º 141, de 22 de julho, nomeia a diretora do programa prioritário para a área das Infeções Sexualmente Transmissíveis e da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Strategy 2021–2026. End Inequalities. End AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, March 2021
3. United Nations General Assembly. 2021 Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. New York: United Nations General Assembly, June 2021
4. Regulamento (UE) n.º 868/2014 da Comissão, de 8 de agosto de 2014, que altera os anexos do Regulamento (CE) n.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à instituição de uma Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS).
5. A Antinori, T Coenen, D Costagiola *et al.* Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Med. 2011 Jan;12(1):61-4. doi: 10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x.
6. Direção-Geral da Saúde / Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2020. Lisboa: DGS/INSA; 2020
7. Croxford S, Stengaard AR, Brännström J, *et al.* Late diagnosis of HIV: An updated consensus definition. HIVMed. 2022;1-7. doi:10.1111/hiv.13425
8. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1993; No. 37: 23-28
9. Despacho n.º 1150/2021, de 21 de janeiro, 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 N.º 19, Parte C.
10. WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2022 – 2021 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
11. Tavoschi L, Gomes Dias J, Pharris A; EU/EEA HIV Surveillance Network. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004-15: an analysis of surveillance data. Lancet HIV. 2017 Nov;4(11).
12. Despacho n.º 5868/2021, publicado na 2.ª série PARTE C do Diário da República n.º 114, de 15 de junho determina que o Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA passa a incluir as infeções sexualmente transmissíveis e a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana.
13. Meireles P, Fernandes F, Rocha M *et al.* Provision of Preexposure Prophylaxis at the Portuguese National Health Service and Uptake in the Lisbon Cohort of Men Who Have Sex with Men. AIDS Behav. 2021 Jun;25(6):1975-1983. doi: 10.1007/s10461-020-03127-2. Epub 2021 Jan 2. PMID: 33387137.
14. Circular Normativa Conjunta n.º 01/2018 do INFARMED/ACSS/DGS/SPMS de 1 de março de 2018, sobre o Programa de Acesso Precoce para Profilaxia de Pré-exposição da infeção por VIH-1 no Adulto.
15. Circular Normativa Conjunta n.º 02/2018 do INFARMED/ACSS/DGS/SPMS de 13 de março de 2018, sobre o Programa de Acesso Precoce para Profilaxia de Pré-exposição da infeção por VIH-1 no Adulto.
16. Decreto-Lei n.º 79/2018 - Diário da República n.º 198/2018, Série I de 2018-10-15, da Presidência do Conselho de Ministros, permite a dispensa direta ao público dos dispositivos de diagnósticos in vitro destinados ao autodiagnóstico da infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH).
17. Circular Normativa Conjunta n.º 08/DGS/ ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de 20 de maio de 2019, determina o normativo técnico para a dispensa direta ao público dos dispositivos de diagnósticos in vitro destinados ao autodiagnóstico da infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) nas farmácias ou em locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica.
18. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Cities ending the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016.
19. Governo de Portugal/Ministério da Saúde. Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH. Relatório do grupo de trabalho nomeado pelo Despacho n.º 5216/2017. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017.
20. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0





# Anexos





## ANEXO I - Métodos

### Capítulo I

Em Portugal, o sistema de notificação de casos de infeção por VIH e SIDA teve início em 1985, sendo a notificação clínica e com carácter voluntário. Em 1 de fevereiro de 2005 a infeção por VIH integrou a lista de doenças de declaração obrigatória. Esta lista teve a sua atualização mais recente no Despacho n.º 1150/2021, da DGS, publicado em 21 de janeiro, que inclui também as definições de caso de infeção por VIH e SIDA apresentadas nos anexos seguintes.

A base de dados nacional de registo dos casos de infeção por VIH e SIDA encontra-se no INSA, que é responsável pela sua gestão em articulação com o PNISTVIH e com a Divisão de Epidemiologia e Estatística da DGS.

As notificações são efetuadas eletronicamente através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) ou através do Sistema de Informação para a Infeção VIH/SIDA (SI.VIDA), e são recebidas no INSA anonimizadas. O registo dos casos na base de dados é efetuado após validação da informação veiculada, ao nível da completude, da coerência e do cumprimento dos critérios indicados nas definições de caso de infeção VIH e SIDA (Anexo II e Anexo III).

As taxas de diagnóstico foram calculadas por habitante e os dados referentes ao número de residentes em Portugal usados nessas determinações foram divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e estimados com base nos últimos censos (2011). Os dados relativos a 2021 correspondem a dados provisórios do Censos 2021.

As taxas e os números apresentados não foram ajustados para o atraso da notificação. Assim, os números para o ano mais recente devem ser encarados como provisórios, pelo que para o cálculo de tendências foram usados os valores registados no ano antecedente.

Os novos casos de infeção por VIH notificados incluem tanto os casos em que a infeção foi adquirida recentemente como casos em que a infeção ocorreu há vários anos, pelo que não são uma medida real de incidência. Assim, as taxas apresentadas para a infeção por VIH representam taxas de diagnóstico e não taxas de incidência. Contudo, as taxas referentes ao estágio SIDA correspondem a verdadeiras taxas de incidência uma vez que o diagnóstico de SIDA está dependente do diagnóstico de uma condição clínica com sintomas e diagnóstico específicos.

### Capítulo II

Os dados referentes à distribuição de meios preventivos e de redução de riscos e minimização de danos, como sejam preservativos masculinos e femininos e o PTS, são reportados pelas diversas entidades responsáveis pela sua disponibilização às populações na plataforma eletrónica de gestão de atividades e aquisições eletrónica alojada no site da DGS (<https://www.pnvihsida.dgs.pt/pagina.aspx>).

A generalização do rastreio de VIH, através da utilização do teste rápido em diferentes contextos formais e informais de saúde como sejam as unidades de saúde dos CSP e as ONG teve início em 2013 e veio complementar a atividade dos CAD, implementada em 1998.

A partir de 2013, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 186/2006 de 12 de setembro e da Portaria n.º 258/2013 de 13 de agosto, os concursos para financiamento de projetos desenvolvidos por pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos, passaram a integrar a componente de promoção do teste rápido de VIH, VHB e VHC em contexto comunitário, procurando alcançar populações em situação de maior vulnerabilidade de contrair estas infeções e que, por norma não recorrem aos serviços de saúde. As prioridades de investimento têm em conta os dados epidemiológicos da infeção, procurando privilegiar os contextos geográficos com taxas elevadas de incidência de novos diagnósticos.

A monitorização dos rastreios é realizada igualmente através da plataforma eletrónica de gestão de atividades e aquisições eletrónica, que permite o registo mensal do número de testes realizados do número de resultados reativos e do número de pessoas com resultados reativos referenciados para os cuidados hospitalares.

A informação referente ao número de testes realizados com prescrição por médicos dos CSP é solicitada anualmente à ACSS e às ARS.

A informação relativa ao número de autotestes VIH dispensados nas farmácias comunitárias é fornecida pelas associações do sector, nomeadamente, a ANF e a AFP.

## ANEXO II - Definição nacional de caso de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

**Fonte:** Despacho n.º 1150/2021, de 21 de janeiro, da Direção Geral da Saúde, que determina a lista de doenças de declaração obrigatória e as respetivas definições de caso. D.R., 2.ª série, N.º 19, Parte C.

### Critérios clínicos (SIDA)

Pessoa que apresenta uma das manifestações clínicas referidas na definição europeia de caso de SIDA para:

#### - **Adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos**

(Critérios baseados na referência: *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1993*; n.º 37, pp. 23 -28.)

#### - **Crianças com idade inferior a 15 anos de idade**

(Critérios baseados na referência: *European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. European case definition for AIDS surveillance in children – revision 1995. HIV/AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1995*; n.º 48, pp. 46 -53.)

### Critérios laboratoriais (VIH)

#### - **Adultos, adolescentes e crianças com idade igual ou superior a 18 meses**

Pelo menos um dos três critérios:

- Resultado positivo de um teste para a pesquisa de anticorpos anti-VIH ou de uma pesquisa combinada (anticorpos anti -VIH e antigénio p24 do VIH) E confirmação por uma pesquisa de anticorpos mais específica (por exemplo, Western blot);
- Resultado positivo de duas pesquisas de anticorpos por imunoensaio enzimático (EIA) E confirmação por um resultado positivo de uma outra pesquisa EIA;
- Resultados positivos em duas amostras separadas de, pelo menos, uma das três pesquisas seguintes:

- i) Detecção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);
- ii) Demonstração da presença de VIH pelo teste do antigénio p24 VIH, confirmada por teste de neutralização;
- iii) Isolamento do VIH.

#### - **Crianças com menos de 18 meses:**

Resultados positivos em duas amostras distintas (excluindo o sangue do cordão umbilical) de pelo menos uma das três pesquisas seguintes:

- a) Isolamento do VIH;
- b) Detecção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);
- c) Demonstração da presença de VIH pelo teste do antigénio p24 VIH, confirmada por teste de neutralização, no caso de crianças com pelo menos 1 mês.

**Critérios epidemiológicos:** Não aplicável.

#### **Definição de caso:**

Caso possível: Não aplicável.

Caso provável; Não aplicável.

Caso confirmado:

- **Infeção por VIH:** Pessoa que preenche os critérios laboratoriais da infeção por VIH.
- **SIDA:** Pessoa que preenche os critérios clínicos relativos à SIDA, bem como os critérios laboratoriais relativos à infeção por VIH.

## ANEXO III - Lista das doenças definidoras de SIDA (por ordem alfabética):

**Fonte:** European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1993; No. 37: 23-28

1. Cancro do colo do útero, invasivo
2. Candidíase da traqueia, brônquios ou pulmões
3. Candidíase do esófago
4. Coccidiomicose, disseminada ou extrapulmonar
5. Criptococose extra-pulmonar
6. Criptosporidíase intestinal crónica (com diarreia de duração superior a 1 mês)
7. Doença por citomegalovírus de qualquer órgão que não o fígado, baço ou ganglionar, em indivíduo com idade > 1 mês.
8. Encefalopatia por VIH
9. Herpes simplex: úlcera mucocutânea crónica (duração > 1 mês), bronquite, pneumonite ou esofagite, em indivíduo com idade superior a 1 mês.
10. Histoplasmose disseminada ou extra-pulmonar
11. Infeções bacterianas, múltiplas ou recorrentes, em criança com idade < 13\* anos
12. Isosporíase intestinal crónica (com diarreia de duração superior a 1 mês)
13. Leucoencefalopatia multifocal progressiva
14. Linfoma de Burkitt (ou designação equivalente)
15. Linfoma imunoblástico (ou designação equivalente)
16. Linfoma, primitivo, do cérebro
17. *Mycobacterium avium complex* (MAC) ou *Mycobacterium kansasii* disseminado ou extrapulmonar
18. *Mycobacterium*, infeção por outras espécies ou espécies não identificadas, disseminada ou extrapulmonar
19. Pneumonia bacteriana recorrente (pelo menos dois episódios em 12 meses), em adulto ou adolescente com idade > 13\* anos
20. Pneumonia intersticial linfoide e/ou hiperplasia linfoide pulmonar (complexo PIL/HLP) numa criança idade < 13\* anos.
21. Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (ex *Pneumocystis carinii*)
22. Retinite por citomegalovírus, com perda de visão
23. Sarcoma de Kaposi
24. Septicemia, recorrente, por *Salmonella* (não tifóide)
25. Síndrome de emaciação por VIH
26. Toxoplasmose cerebral, em doente com mais de 1 mês de idade
27. Tuberculose extra-pulmonar
28. Tuberculose pulmonar, em adulto ou adolescente com idade > 13\* anos

**Nota:** \* A definição europeia de caso de SIDA, na sua atualização publicada em 2018, alterou dos 13 anos para os 15 anos, a idade limite usada na classificação de casos como pediátricos ou adolescentes/adultos.



The year 2022 is displayed in a colorful, stylized font where each digit is a different color: 2 (yellow), 0 (red), 2 (green), and 2 (blue).

### Direção-Geral da Saúde

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](http://www.dgs.pt)

### Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Av. Padre Cruz  
1649-016 Lisboa | Portugal  
Tel.: +351 217 519 200  
Fax: +351 217 526 400  
E-mail: info@insa.min-saude.pt

[www.insa.pt](http://www.insa.pt)

The word 'PREP' is written in a stylized, outlined font within a rounded rectangular border. The letters are orange and yellow.The text '95-95-95' is written vertically in a large, bold, green font, representing the 2025 targets for HIV, TB, and AIDS.