



**VIH**  
EM PORTUGAL

**40**  
ANOS

# Infeção por VIH em Portugal 2024





## FICHA TÉCNICA

### TÍTULO

Infeção por VIH em Portugal – 2024

### AUTORES

Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por 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 – 2024. Lisboa: DGS/INSA; 2024

### CONTRIBUTOS

#### **Direção-Geral da Saúde**

#### **Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por VIH**

Joana Bettencourt, Alexandre Gomes e Rita Figueiredo

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

Pedro Pinto Leite, Vítor Cabral Veríssimo

#### **Direção**

Rita Sá Machado

André Peralta Santos

#### **Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge**

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

Helena Cortes Martins, Celeste Moura

#### **Departamento de Epidemiologia**

Carlos Aniceto

#### **Direção**

Fernando de Almeida

Cristina Abreu dos Santos

### PALAVRAS CHAVE

VIH, SIDA, vigilância epidemiológica, prevenção, rastreio, diagnóstico, Programa Troca de Seringas, preservativo, PrEP, PPE, estigma, discriminação.

### EDITORES

Direção-Geral da Saúde e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge  
Lisboa, novembro de 2024

ISBN (e-book): 978-989-9236-07-3

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



**VIH**  
**EM PORTUGAL**

**40**  
**ANOS**





## AGRADECIMENTOS

- A todas as médicas e médicos notificadores, cujo contributo é fundamental para este relatório
- Ao Grupo de Trabalho para a Infecção VIH na criança, da Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica, pelos dados referentes à transmissão mãe-filho de VIH
- Aos Serviços Partilhados Do Ministério Da Saúde (SPMS) e a todas as entidades participantes no Programa de Troca de Seringas, pelos dados sobre a sua atividade
- Aos Hospitais da Rede de Referência Hospitalar para a Infecção por VIH, pelos dados relativos à profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PPE) em contexto hospitalar
- Às Unidades dos Cuidados de Saúde Primários, aos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD), à Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) e às Organizações Não Governamentais, pelos dados referentes à atividade de testagem nos seus contextos
- À Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) pela informação relativa aos testes VIH realizados sob prescrição dos Cuidados de Saúde Primários
- À Associação Nacional de Farmácias e à Associação de Farmácias de Portugal, pela informação relativa aos autotestes vendidos e à PrEP dispensada em farmácias comunitárias
- À Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), pelos dados relativos à PrEP
- À Coordenação da participação nacional no estudo europeu "Conhecimento e estigma relacionado com VIH entre profissionais de saúde", pela disponibilização do resumo dos resultados obtidos.

# Índice

<b>Resumo</b>	<b>10</b>
<b>Abstract</b>	<b>12</b>
<b>Lista de siglas e abreviaturas</b>	<b>15</b>
<b>Nota Introdutória</b>	<b>16</b>
<b>I. Vigilância Epidemiológica</b>	<b>19</b>
I. 1. Informação epidemiológica - 2023	21
I. 2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2023)	36
I. 3 - Pessoas que vivem com VIH em Portugal	65
<b>II. Atividades Desenvolvidas</b>	<b>69</b>
II. 1. Prevenção	70
II. 2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação	78
II. 3. Apoio à Sociedade Civil	84
II. 4. Literacia e ações públicas	85
II. 5. Estigma relacionado com o VIH nos Cuidados de Saúde, em Portugal	88
II. 6. Participação Internacional	90
<b>III. Notas Finais</b>	<b>93</b>
<b>Referências</b>	<b>96</b>
<b>Anexos</b>	<b>99</b>
ANEXO I - Métodos	101
ANEXO II - Definição nacional de caso de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	103
ANEXO III - Lista das doenças definidoras de SIDA (por ordem alfabética)	105

## Índice de Quadros

Quadro 1. Novos casos de infecção por VIH com diagnóstico em 2023.	21
Quadro 2. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.	22
Quadro 3. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.	22
Quadro 4. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.	23
Quadro 5. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por origem geográfica e sexo.	24
Quadro 6. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por modo de transmissão e sexo.	25
Quadro 7. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por estágio inicial e sexo.	26
Quadro 8. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: diagnósticos tardios (%) segundo a nova definição, por sexo e modo de transmissão.	30
Quadro 9. Novos casos de SIDA diagnosticados em 2023.	30
Quadro 10. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.	31
Quadro 11. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2023: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.	31
Quadro 12. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.	31
Quadro 13. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por origem geográfica e sexo.	32
Quadro 14. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por modo de transmissão e sexo.	32
Quadro 15. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2023: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo.	33
Quadro 16. Óbitos ocorridos em 2023: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.	34
Quadro 17. Óbitos ocorridos em 2023: distribuição por modo de transmissão e sexo.	34
Quadro 18. Óbitos ocorridos em 2023: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infecção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão.	35
Quadro 19. Casos de infecção por VIH (1983-2023): distribuição por ano de diagnóstico e sexo.	38
Quadro 20. Casos de infecção por VIH (1983-2023): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	42
Quadro 21. Casos de infecção por VIH (1983-2023): distribuição por residência (NUTS II e III) à data da notificação.	44
Quadro 22. Casos de infecção por VIH (1983-2023): distribuição por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.	46
Quadro 23. Casos de infecção por VIH (2014-2023): taxa de novos casos por 10 <sup>5</sup> habitantes por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.	46
Quadro 24. Taxa média de novos diagnósticos de infecção por VIH (2019-2023) nos municípios com taxas superiores à taxa nacional.	47
Quadro 25. Casos de infecção por VIH (1983-2023): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	49

Quadro 26. Casos de infeção por VIH (1983-2023): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.	51
Quadro 27. Casos de infeção por VIH (1983-2023): distribuição por estágio clínico inicial e ano de diagnóstico.	52
Quadro 28 A. Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2023): distribuição por sexo, idade ao diagnóstico, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.	54
Quadro 28 B. Crianças nascidas de mães que vivem com VIH (2014-2023): distribuição segundo o ano de nascimento, tipo de vírus da infeção materna, número de infeções e taxa de transmissão.	55
Quadro 29. Casos de SIDA (1983-2023): distribuição por sexo e ano de diagnóstico do estágio.	57
Quadro 30. Casos de SIDA (1983-2023): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	59
Quadro 31. Casos de SIDA (1983-2023): distribuição por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estágio.	60
Quadro 32. Casos de SIDA (2014-2023): taxa de novos casos por 10 <sup>5</sup> habitantes por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estágio.	60
Quadro 33. Casos de SIDA (1983-2023): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	61
Quadro 34. Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2023): distribuição por ano de morte.	63
Quadro 35. Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2023): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano de morte.	64
Quadro 36. Resultados das estimativas nacionais para o ano 2022: total e por modo de transmissão.	66



## Índice de Figuras

Figura 1. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do grupo etário por modo de transmissão	23
Figura 2. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.	24
Figura 3. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infeção - casos com Portugal como país de naturalidade (A), casos com país de naturalidade diferente de Portugal (B).	25
Figura 4. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.	26
Figura 5. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do estágio clínico por modo de transmissão.	27
Figura 6. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023 - distribuição (%) dos casos com diagnósticos tardios (CD4<350 células/mm <sup>3</sup> ) de acordo com o sexo, idade, residência, naturalidade e modo de transmissão.	28
Figura 7. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023 - distribuição (%) das contagens iniciais de CD4 e estágio de infeção aguda, de acordo com o sexo e modo de transmissão.	29
Figura 8. Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.	33
Figura 9. Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2023): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.	37
Figura 10. Casos de infeção por VIH (2014-2023): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.	39
Figura 11. Casos de infeção por VIH (2014-2023): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.	40
Figura 12. Casos de infeção por VIH (2014-2023): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.	41
Figura 13. Casos de infeção por VIH (2014-2023): distribuição (%) (A) e taxa de novos casos (B) por grupo etário e ano de diagnóstico.	43
Figura 14. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2019-2023) por região NUTS III.	45
Figura 15. Casos de infeção por VIH (2014-2023): distribuição (n) (A) e (%) (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.	48
Figura 16. Casos de infeção por VIH, distribuição segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico: período 1983 a 2023 (A); período de 2014 a 2023 (B).	50
Figura 17. Casos de infeção por VIH (2014-2023): evolução nas proporções de casos com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada e de diagnóstico tardio, segundo a nova definição.	53
Figura 18. Casos de infeção por VIH (2014-2023): tendências temporais das medianas dos valores das contagens de CD4 à data de diagnóstico, para as principais formas de transmissão.	53
Figura 19. Casos de SIDA (2014-2023): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.	56
Figura 20. Casos de SIDA (2014-2023): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio e sexo.	58
Figura 21. Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2014-2023): tendências temporais na frequência de diagnóstico.	62
Figura 22. Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH (2000-2023): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.	64

Figura 23. Tendências temporais na incidência estimada para a infeção por VIH	66
Figura 24. Número de preservativos distribuídos (2019-2023).	70
Figura 25. Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas (2019-2023).	71
Figura 26. Número de preservativos e gel lubrificante distribuídos, por população (2023).	71
Figura 27. Proporção de pedidos de material preventivo, por tipologia de entidade (2023).	72
Figura 28. Número de seringas distribuídas no âmbito do PTS (1993 – 2023).	72
Figura 29. Número de pessoas que receberam PrEP (2018-2023).	74
Figura 30. Pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, por sexo.	74
Figura 31. Pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, por género.	74
Figura 32. Pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, proporção por grupos etários.	75
Figura 33. Proporção de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, por populações chave.	75
Figura 34. Proporção de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, por regime de toma.	75
Figura 35. PrEP: Unidades (embalagens) dispensadas em farmácias comunitárias, por mês.	76
Figura 36. PrEP: Número de farmácias e Número de unidades (embalagens) dispensadas, por distrito (julho a setembro de 2024).	77
Figura 37. Número de Pessoas que receberam PPE em 2023, por sexo.	78
Figura 38. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CSP (2014-2023).	79
Figura 39. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (2014-2023).	79
Figura 40. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CAD (2000-2023).	80
Figura 41. Número de testes VIH e proporção de resultados reativos nas DICAD, ARS, I.P. (DICAD da ARS do Norte e DICAD da ARS Algarve), (2015-2023).	80
Figura 42. Número de testes VIH realizados, com prescrição nos CSP (2010-2023).	81
Figura 43. Número de autotestes VIH dispensados nas farmácias comunitárias (2019-2023).	81
Figura 44. Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do contexto de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo.	82
Figura 45. Casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) 2020-2023: distribuição (%) do contexto de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, por ano de diagnóstico.	82
Figura 46. Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do intervalo entre a data do primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4.	83
Figura 47. Casos de infeção por VIH ( $\geq 15$ anos) 2020 - 2023: distribuição (%) do intervalo entre a data primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4, por ano de diagnóstico.	83
Figura 48. Imagem do Dia Mundial da SIDA.	86
Figura 49. Imagem <i>landing page</i> 40 anos infeção por VIH em Portugal (2023).	86
Figura 50. Homenageados presentes no evento 40 anos infeção por VIH em Portugal (2024).	87



## Resumo

Este relatório apresenta os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, bem como os resultantes de iniciativas de prevenção, rastreio e no contexto do estigma e da discriminação desenvolvidas no âmbito do PNISTVIH.

Segundo os dados recolhidos a 30 de junho de 2024, foram notificados 924 casos em que o diagnóstico de infeção por VIH ocorreu em 2023 (8,7 casos/10<sup>5</sup> habitantes), destes, apenas 876 diagnósticos ocorridos em Portugal (8,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes), valor não ajustado para o atraso da notificação. Os casos com diagnóstico no país ocorreram maioritariamente em homens (2,6 casos por cada caso em mulheres). Foram diagnosticados três casos em idades <15 anos. Nos restantes casos a mediana das idades ao diagnóstico foi de 36,0 anos, 32,4% referiam idades inferiores a 30 anos; 80,0% destes eram homens que têm sexo com homens (HSH) os quais apresentaram a idade mediana mais baixa 31,0 anos. A taxa de diagnóstico mais elevada registou-se no grupo etário 25-29 anos, 31,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes, com maior expressão nos homens (46,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes). Residiam na Área Metropolitana de Lisboa 48,6% dos indivíduos (14,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e a região Norte apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (6,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes). A maioria dos novos casos (53,1%) ocorreu em indivíduos nascidos no estrangeiro, contudo, Portugal foi indicado como o país de provável contágio em 70,9% dos casos com essa informação disponível. A transmissão por via sexual foi referida em 96,1% dos casos com diagnóstico em 2023, predominando a transmissão heterossexual (54,0%), mas 61,6% dos novos diagnósticos em homens ocorreram em HSH. Na primeira avaliação clínica predominaram os casos assintomáticos (61,5%), mas a apresentação aos cuidados de saúde foi tardia em 58,0% dos casos (TCD4+ <350 células/mm<sup>3</sup>), particularmente nas pessoas com 50 ou mais anos ao diagnóstico (69,9%) e nos homens com transmissão heterossexual (65,7%). Durante o ano 2023 foram também diagnosticados em Portugal 128 novos casos de SIDA (1,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes), e a pneumocistose foi a doença definidora de SIDA mais frequente, referida em 26,8% dos casos. Foram notificados 111 óbitos ocorridos em 2023, 40,5% dos quais ocorridos mais de 20 anos após o diagnóstico da infeção por VIH.

Nas quatro décadas da epidemia VIH (1983-2023), foram notificados em Portugal 68 627 casos de infeção por VIH, dos quais 23 955 atingiram estágio SIDA. Contudo, o número de casos em que os diagnósticos da infeção e de SIDA ocorreram em Portugal foi, respetivamente, 64 928 e 23 703. Entre 2014 e 2023 observou-se uma redução de 36% no número de novos casos de infeção por VIH e de 66% em novos casos de SIDA, valores provisórios por não estarem ajustados para o atraso na notificação. A tendência decrescente mantém-se sustentada, mas Portugal continua a apresentar taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH e de SIDA superiores aos valores médios registados na União Europeia. A maioria dos casos pediátricos da última década corresponde a crianças nascidas fora de Portugal (53,7%). No período, em 90,2% dos casos a infeção foi transmitida pela mãe na gravidez ou parto, contudo, desde 2017, as taxas de transmissão vertical em partos ocorridos no país são ≤ 1,0%.

As estimativas realizadas para o ano 2022 revelaram que, em Portugal, viviam 46 764 pessoas com infeção por VIH, 95,0% das quais estavam diagnosticadas, o que indica que Portugal atingiu o primeiro objetivo da ONUSIDA. A proporção de infeções não diagnosticadas era mais elevada para os casos em homens heterossexuais (7,5%) e mais baixa em utilizadores de drogas injetadas (UDI) (0,9%). No ano em análise, o tempo médio entre a infeção e o diagnóstico foi estimado em 3,7 anos, variando com a forma de transmissão.

Tal como nos anos anteriores, mantem-se uma elevada proporção de diagnósticos tardios, com particular expressão entre os homens heterossexuais e as pessoas com 50 ou mais anos, o que reforça a necessidade de incrementar o desenvolvimento de ações dirigidas à promoção do diagnóstico precoce e à prevenção da transmissão dirigidas a essas populações específicas. Os HSH jovens e os migrantes, independentemente do sexo, devem também ser alvo de ações dirigidas, com especial foco na prevenção e no rastreio. Em 2023, foram distribuídos, através do PNISTVIH, cerca de sete milhões de preservativos externos e internos e mais de um milhão e novecentas mil embalagens de gel lubrificante. O Programa Troca de Seringas (PTS) que assinala este ano, 30 anos desde a sua implementação, permitiu a distribuição de mais de sessenta e quatro milhões de seringas entre a população de utilizadores de drogas injetadas. No que diz respeito à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao VIH, 2023 registou um aumento significativo no número de pessoas abrangidas por esta importante estratégia de prevenção, atingindo-se um total de cerca de seis mil e novecentas pessoas, maioritariamente homens e que referem práticas sexuais com outros homens.

Foram realizados cerca de oitenta e nove mil testes rápidos para VIH em diversas estruturas de saúde e estruturas comunitárias, verificando-se um aumento significativo do número de testes rápidos realizados, em comparação com o ano de 2021. Adicionalmente, em 2023 foram prescritos mais de trezentos e noventa mil testes no âmbito dos cuidados de saúde primários e dispensadas mais de doze mil unidades de autoteste para VIH pelas farmácias comunitárias, entre outubro de 2019 e dezembro de 2022.

Num estudo sobre o conhecimento e estigma relacionado com VIH entre profissionais de saúde em Portugal, com uma amostra de 807 profissionais de saúde, em 2023, apenas 34% demonstraram conhecimento elevado sobre a infeção, sendo alguma forma de estigma identificada em 31% dos casos. A falta de formação específica e de experiência prática com PVVIH foram os principais fatores associados ao estigma. O estudo destaca a importância de intervenções educativas e políticas institucionais para combater a discriminação e melhorar a qualidade do atendimento às pessoas que vivem com VIH.



## Abstract

This report presents updated HIV surveillance data from Portugal and information on national prevention and testing initiatives.

In Portugal, 924 diagnoses of HIV infection were reported in 2023; however, only 876 of those cases were diagnosed in the country. This corresponds to a rate of 8.2 new cases per 10<sup>5</sup> inhabitants (rate not adjusted for reporting delay). Those diagnoses were 2.6 times more frequent in men than in women. Three paediatric cases (<15 y/o) were diagnosed, and the median age of recently diagnosed adolescents and adults was 36.0 years; 32.4% were less than 30 years old, 80.0% of whom were men who have sex with men (MSM), which presented the lowest median age (31.0 y/o). The highest diagnosis rates occurred among the 25-29 y/o age group (31.2 cases/10<sup>5</sup> inhabitants), particularly in men (46.6 cases/10<sup>5</sup> inhabitants). Lisbon Metropolitan Area was the residence area registered in 48.6% of new cases (10.8 cases/10<sup>5</sup> inhabitants), and the second largest rate of diagnoses was identified in the North region (6.3 cases/10<sup>5</sup> inhabitants). Most cases occurred in individuals not born in Portugal (53.1%); however, Portugal was the probable country of infection in 70.9%. Sexual transmission accounted for 96.1% of cases. Although cases of heterosexual transmission prevailed (54.0%), cases in MSM accounted for 61.6% of new diagnoses in men. At the first clinical appointment, the majority of new patients were asymptomatic (61.5%); however, CD4 counts were <350 cells/mm<sup>3</sup> in 58.0% of cases, with the highest proportions observed among people aged 50+ (69.9%) and heterosexual men (65.7%). Pediatric cases diagnosed in the 2014-2023 decade are mainly from children born abroad (53.7%). The transmission mode was mother-to-child in 90.2% of cases; however, for children born in Portugal, the transmission rates have been ≤1% since 2017.

In 2023, 128 new AIDS cases were diagnosed (1.2 cases/10<sup>5</sup> inhabitants). Pneumocystosis was the most frequent AIDS-defining illness, reported in 26.8% of AIDS cases. In the same period, 111 deaths occurred in people with HIV infection, 40.5 % of those deaths happening more than twenty years after HIV diagnosis.

In the four decades of the HIV epidemic (1983-2023), 68 627 cases of HIV infection were cumulatively reported in Portugal, and of those 23 955 were AIDS cases. However, the number of cases diagnosed in Portugal is, respectively, 64 928 and 23 703. Although 2023 data are not adjusted for reporting delay, temporal trends show that between 2014 and 2023, both new HIV and AIDS diagnoses have declined, 36% and 66% respectively. Despite the downward trend, Portugal still exhibits rates of new HIV and AIDS diagnoses higher than the European Union's mean rate.

National estimates revealed that 46 764 persons were living with HIV in Portugal by the end of 2022, 95.0% of those already diagnosed, meaning that the first 95 of UNAIDS goals has been reached. The highest proportion of undiagnosed infections was found among heterosexual males (7.5%) and the lowest among IDU (0.9%). The estimated mean time from infection to diagnosis was 3.7 years and varies according to transmission mode.

The maintained high proportion of late diagnoses, particularly among heterosexual men and persons aged 50 or older, highlights the need for specific prevention activities and routine HIV testing. Young MSM and migrant men and women should also benefit from targeted initiatives to promote prevention and testing.

In 2023, the PNISTVIH distributed approximately seven million external and internal condoms and over 1.9 million packs of lubricating gel. Celebrating its 30th anniversary, the Needle Exchange Program (PTS) provided over 64 million syringes to people who inject drugs. Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) saw a significant rise in 2023, benefiting around 6,900 individuals, primarily men who engage in sexual activity with other men.

Additionally, nearly 89,000 rapid HIV tests were conducted in health and community settings, marking a notable increase compared to 2021. Over 390,000 tests were prescribed in primary care, and more than 12,000 self-tests were dispensed through community pharmacies between October 2019 and December 2022.

A 2023 study involving 807 healthcare professionals revealed that only 34% demonstrated high HIV knowledge, while 31% exhibited some form of stigma. Lack of training and practical experience with people living with HIV were key contributors to stigma. The study underscores the need for educational interventions and institutional policies to reduce discrimination and enhance care quality.



## Lista de siglas e abreviaturas

<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde	<b>OBC</b>	Organizações de base comunitária
<b>AFP</b>	Associação de Farmácias de Portugal	<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>AIDS</b>	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>	<b>ONG</b>	Organizações não-governamentais
<b>A.M.</b>	Área Metropolitana	<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
<b>ANF</b>	Associação Nacional das Farmácias	<b>PCB</b>	Programme Coordinating Board (UNAIDS)
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde	<b>PEM</b>	Prescrição Eletrónica Médica
<b>CAD</b>	Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH	<b>PNISTVIH</b>	Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>COVID-19</b>	Doença por coronavírus, 2019	<b>PPE</b>	Profilaxia pós-exposição
<b>CSP</b>	Cuidados de saúde primários	<b>PrEP</b>	Profilaxia pré-exposição
<b>DICAD</b>	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	<b>PSSA</b>	Pessoas em situação de sem-abrigo
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde	<b>PTS</b>	Programa Troca de Seringas
<b>EACS</b>	<i>European AIDS Clinical Society</i>	<b>PVVIH</b>	Pessoas que vivem com VIH
<b>ECDC</b>	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>	<b>R.A.</b>	Região Autónoma
<b>ERRMD</b>	Equipas de redução de riscos e minimização de danos	<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>FNSC</b>	Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais	<b>SINAVE</b>	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
<b>GTVIHC</b>	Grupo de trabalho sobre infeção VIH na criança.	<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>HSH</b>	Homens que têm sexo com homens	<b>SPMS</b>	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
<b>ICAD</b>	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.	<b>TESSy</b>	<i>The European Surveillance System</i>
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística, I.P.	<b>TS</b>	Trabalhadoras/es do sexo
<b>INFARMED</b>	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.	<b>UDI</b>	Utilizadores de drogas injetadas
<b>INSA</b>	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.	<b>UE</b>	União Europeia
<b>IST</b>	Infecções sexualmente transmissíveis	<b>UNAIDS</b>	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
<b>LGBTI+</b>	Lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo.	<b>VHB</b>	Vírus da hepatite B
<b>NUTS</b>	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos	<b>VHC</b>	Vírus da hepatite C
		<b>VIH</b>	Vírus da imunodeficiência humana
		<b>VIH-1</b>	Vírus da imunodeficiência humana do tipo 1
		<b>VIH-2</b>	Vírus da imunodeficiência humana do tipo 2



## Nota Introdutória

O desenho e a monitorização das políticas de saúde e das intervenções específicas, destinadas a responder à epidemia de VIH, são indissociáveis do conhecimento da realidade, proporcionada pela informação gerada pela vigilância epidemiológica. É nesse sentido que este Relatório traça o perfil da infeção em Portugal e identifica os resultados das principais estratégias e ações desenvolvidas que visam acabar com a epidemia de VIH em Portugal, até 2030.

O extenso trabalho desenvolvido pelos diferentes setores e atores nacionais, nas quatro décadas da epidemia VIH (1983-2023), conduziram a resultados significativos, destacando-se a redução do número de novas infeções, de casos de SIDA e óbitos associados à infeção. No entanto, Portugal continua a apresentar taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH e de SIDA superiores à média da União Europeia, assim como proporções de diagnósticos tardios elevados e fenómenos de estigma e discriminação associados à infeção.

Este relatório evidencia uma preocupação para com a melhoria do processo de recolha de dados, com qualidade e rigor, de vigilância e das atividades desenvolvidas ao nível da prevenção, rastreio, diagnóstico, tratamento, apoio à sociedade civil, literacia, estigma e discriminação. O documento pontua as melhorias verificadas na resposta nacional à infeção, nomeadamente, com o reporte de dados resultantes da implementação de estratégias mais recentes de testagem, como o autoteste, e de prevenção, designadamente a Profilaxia Pré-Exposição e a Profilaxia Pós-Exposição, que, neste último caso, pela primeira vez, integram o relatório.

Portugal deu um significativo passo na melhoria do acesso à PrEP, como destaca o Relatório, com vista a garantir que mais pessoas em situação de risco acrescido de infeção beneficiem, atempadamente, desta estratégia robusta de prevenção, em contextos diversificados de prestação de cuidados de saúde, alargando o leque de especialidades médicas para a prescrição da PrEP e envolvendo a rede nacional de farmácias comunitárias.

O investimento no acesso a materiais preventivos e de redução de riscos e minimização de danos mantém-se, como sejam o preservativo interno e externo, e o Programa Troca de Seringas, disponibilizados às populações chave e em situação de risco acrescido de infeção.

A diversificação dos contextos onde o teste de rastreio está disponível continua a ser uma prioridade. O objetivo mantém-se: garantir o acesso atempado ao conhecimento do estado serológico face ao VIH e a adequada referenciação das pessoas com resultados reativos e, deste modo, ligar e reter as pessoas que vivem com VIH nos serviços de saúde.

A atenção redobrada na dinâmica da nossa epidemia e nos resultados alcançados é fundamental. Só assim conseguimos garantir a adequação da resposta nacional às necessidades persistentes e o cumprimento das metas de prevenir novas infeções, diagnosticar, tratar e manter saudáveis e livres de discriminação todas as pessoas que vivem com VIH.

André Peralta Santos  
Subdiretor-Geral da Saúde

Este relatório, elaborado com o objetivo de apresentar os dados mais recentes sobre a Infeção por VIH e SIDA em Portugal, ilustra de forma detalhada as principais características atuais dos novos casos desta infeção e suas tendências temporais, bem como as atividades realizadas no país no âmbito da prevenção, diagnóstico e referência aos cuidados de saúde. O trabalho é resultado de uma colaboração frutífera entre a Direção-Geral de Saúde (DGS) e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA).

Historicamente, o INSA está vinculado à compilação, gestão e divulgação de informação epidemiológica sobre a infeção por VIH e SIDA desde a génese do "Grupo de Trabalho para o estudo da SIDA" em 1985, estrutura que no mesmo ano determinou a criação do programa de vigilância epidemiológica para esta doença. Ao comemorarmos os 125 anos de história deste Instituto, constato que o contributo do INSA para o conhecimento da dimensão e características desta epidemia nacional se estende ao longo de 40 desses anos. Desse contributo podemos destacar a produção de mais de 150 relatórios epidemiológicos que, de forma transparente e com rigor, divulgaram a informação nacional disponível. Informação essa que orientou o desenho das inúmeras intervenções destinadas à prevenção da transmissão de VIH e à mitigação do impacto da epidemia, bem como facilitou a avaliação de resultados das referidas intervenções.

No atual documento são bem visíveis os sucessos alcançados, mas também os desafios que ainda se colocam a todos os intervenientes que têm por missão promover as medidas de prevenção, o diagnóstico precoce e a retenção nos cuidados de saúde, de modo a que Portugal possa atingir os objetivos da ONUSIDA e do Desenvolvimento Sustentável nesta matéria.

O INSA continuará a contribuir, com todo o empenho, para este designio nacional.

Fernando de Almeida  
Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge



# I. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**VIH** 40 ANOS  
EM PORTUGAL



## I. 1. Informação epidemiológica - 2023

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

Até 30 de junho de 2024, foram notificados 924 novos casos de infeção por VIH em que o diagnóstico ocorreu entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023, dos quais 876 com diagnóstico em Portugal. Os casos registaram-se maioritariamente em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos (**quadro 1**). A taxa de novos casos notificados, com diagnóstico em 2023, foi de 8,7 casos por  $10^5$  habitantes e a taxa apurada para os novos diagnósticos ocorridos em Portugal foi de 8,2 casos por  $10^5$  habitantes, ambas as taxas não corrigidas para o atraso de notificação.

Quadro 1. Novos casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2023.

	Nº de casos	
	Total	Com diagnóstico em Portugal
Adolescentes e adultos ( $\geq 15$ anos)	920	873
Crianças (<15 anos)	4	3
<b>Total</b>	<b>924</b>	<b>876</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 com diagnóstico em 2023, três dos quais com diagnóstico em Portugal. Estes últimos correspondiam a crianças nascidas no país, duas do sexo masculino e uma do sexo feminino. Foi referida transmissão mãe-filho em dois casos, com idades <1 ano e 5-9 anos, e transmissão sexual num caso com idade 13-14 anos ao diagnóstico.

#### Novos casos de infeção por VIH em adolescentes e adultos ( $\geq 15$ anos)

As alterações efetuadas, em 2022, no formulário da notificação clínica de infeção por VIH e SIDA, do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), permitiram identificar de forma mais clara os casos com diagnóstico em Portugal, que traduzem a verdadeira incidência de diagnósticos no país, pelo que de seguida são descritas as características apenas destes casos.

Os 873 casos diagnosticados durante o ano 2023 em adolescentes e adultos, ocorreram maioritariamente em homens (71,7%), representando os casos em mulheres 27,9% do total, o que corresponde a uma razão homem/mulher (H/M) de 2,6. Registaram-se três diagnósticos em pessoas trans.

Em 57,4% dos novos casos a idade à data de diagnóstico situou-se entre os 20 e os 39 anos, enquanto 22,0% foram diagnosticados em indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos. A taxa mais elevada de novos diagnósticos, 31,2 casos/ $10^5$  habitantes, registou-se no grupo etário dos 25-29 anos (**quadro 2**). A estratificação por sexo revelou que foi também neste grupo etário, tanto nos homens como nas mulheres, que se observou a taxa de diagnósticos mais elevada (46,6 casos/ $10^5$  homens e 14,7 casos/ $10^5$  mulheres).

Quadro 2. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: 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	13	2,1	4,8	6	2,5	2,3	19	2,2	3,6
20-24 anos	61	9,7	21,0	24	9,8	8,6	86	9,9	15,1
25-29 anos	136	21,7	46,6	41	16,8	14,7	178	20,4	31,2
30-39 anos	179	28,6	29,4	57	23,4	9,3	237	27,1	19,4
40-49 anos	114	18,2	15,3	47	19,3	5,9	161	18,4	10,4
50-59 anos	67	10,7	9,2	35	14,3	4,3	102	11,7	6,6
≥ 60 anos	56	8,9	3,9	34	13,9	1,8	90	10,3	2,7
<b>Total</b>	<b>626</b>	<b>100,0</b>	<b>12,3</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>4,4</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>	<b>8,2</b>

**Nota:** foram diagnosticados 3 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns grupos etários e no global, o total é superior à soma das partes.

A idade mediana à data do diagnóstico apurada para o total de casos foi de 36,0 anos [Percentil 25 e 75 – (P25-P75): 28,0-48,0] (**quadro 3**). Verificou-se que a idade mediana dos casos em homens é inferior à dos casos em mulheres (36,0 anos vs 41,0 anos). Os casos correspondentes a homens que têm sexo com homens (HSH) apresentaram uma mediana de idades de 31,0 anos, que é 13 anos inferior à observada nos casos de homens que referem transmissão heterossexual (44,0 anos).

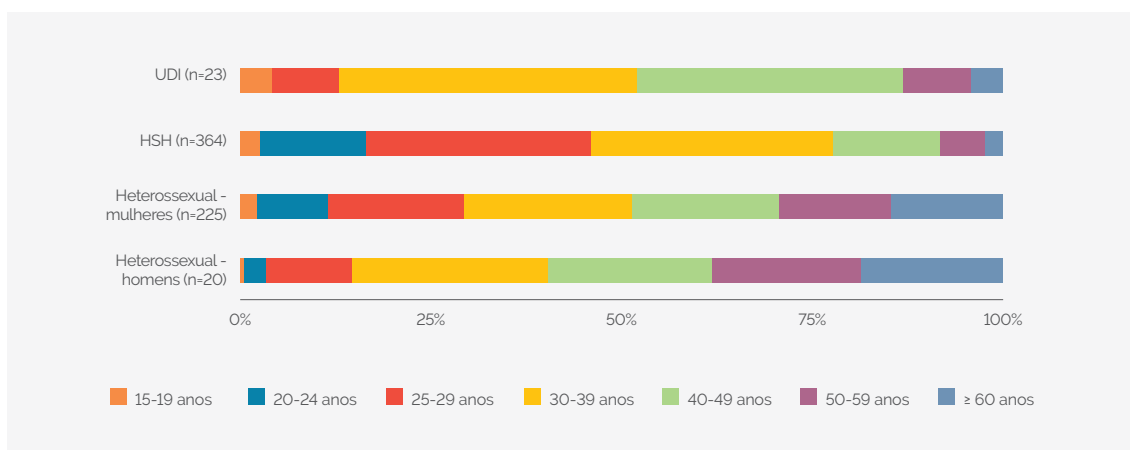
Em 46,1% (168/364) dos casos de HSH a idade à data de diagnóstico foi inferior a 30 anos (**figura 1**), esses casos corresponderam a 80,0% (168/210) dos casos diagnosticados em homens com idades entre 15 e 29 anos.

Nos casos em que a transmissão ocorreu por contacto heterossexual, apenas 22,4% (96/428) foram diagnosticados em indivíduos com menos de 30 anos e 33,4% (143/428) registaram-se em indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos, o que corresponde a 88,3% (143/163) dos novos casos registados nesse grupo etário.

Quadro 3. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os novos casos (≥15 anos)	36,0	28,0	48,0
Homens	35,0	27,0	46,0
Mulheres	39,0	28,5	51,5
Heterossexual - homens	44,0	33,0	58,0
Heterossexual - mulheres	39,0	29,0	52,0
HSH	31,0	26,0	38,0
UDI	39,0	34,0	43,0

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 (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do grupo etário por modo de transmissão

Na análise da informação relativa à residência à data da notificação, de acordo com as regiões definidas pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II de 2013<sup>1</sup>, verificou-se que a maior proporção de novos casos (48,6%; 429/873) residia na Área Metropolitana (A.M.) de Lisboa, na qual também se registou a taxa mais elevada de novos diagnósticos (14,3 casos/10<sup>5</sup> habitantes) (**quadro 4**), seguida da região Norte e da região Centro.

A desagregação ao nível dos distritos de residência mostrou que os três distritos com o maior número de novos diagnósticos foram, por ordem decrescente, Lisboa (n=354), Porto (n=152) e Setúbal (n=88), enquanto as taxas mais elevadas de novos diagnósticos registaram-se entre os habitantes do distrito de Lisboa (15,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes), de Setúbal (10,0 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e de Aveiro (7,8 casos/10<sup>5</sup> habitantes). Ao nível dos concelhos de residência verifica-se que o maior número de diagnósticos ocorreu entre os habitantes de Lisboa (n=107), Sintra (n=89), Porto e Amadora, ambos com o mesmo número (n=45), contudo, considerando apenas os concelhos com número superior a cinco casos, as taxas de diagnóstico mais elevadas observaram-se nos concelhos da Amadora (25,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes), Sintra (22,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e Lisboa (18,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes).

Quadro 4. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	n	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes
Norte	230	26,3	6,3
Centro	129	14,8	5,6
Área Metropolitana de Lisboa	424	48,6	14,3
Alentejo	32	3,7	4,4
Algarve	26	3,0	5,4
Região Autónoma dos Açores	13	1,5	5,4
Região Autónoma da Madeira	13	1,5	5,1
Sem informação	6	0,7	n.a.
<b>Total</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>	<b>8,2</b>



A informação relativa ao país ou região geográfica de origem, apurada com base no país de naturalidade, é apresentada no **quadro 5**.

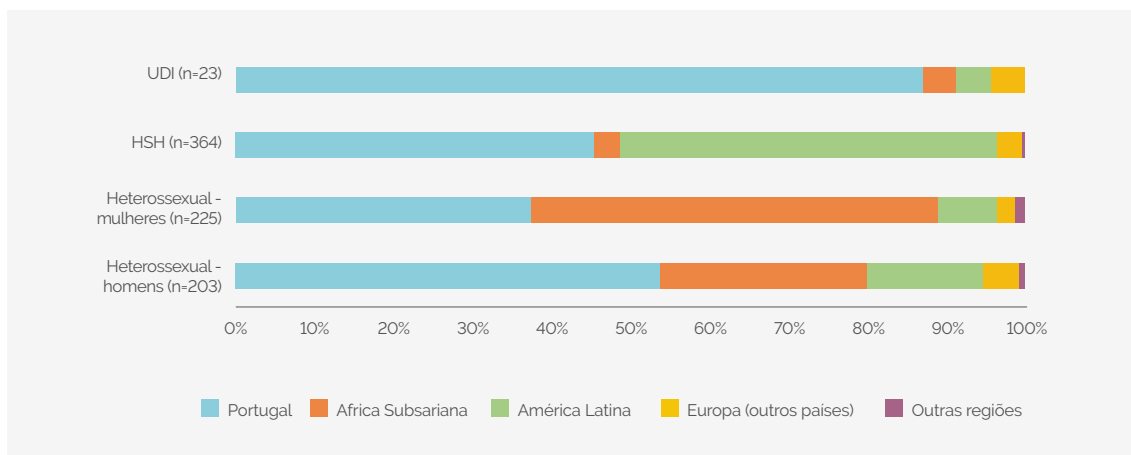
Quadro 5. **Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por origem geográfica e sexo.**

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	314	50,2	91	37,3	405	46,4
África Subsariana	72	11,5	122	50,0	194	22,2
América Latina	208	33,2	17	7,0	228	26,1
Europa (outros países)	22	3,5	5	2,0	27	3,1
Outra	3	0,5	6	2,5	9	1,0
Sem informação	7	1,1	3	1,2	10	1,1
<b>Total</b>	<b>626</b>	<b>100,0</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>

Nota: foram diagnosticados 3 casos em pessoas trans, pelo que, para algumas regiões e no global, o total é superior à soma das partes.

Nos 863 novos casos para os quais está disponível informação relativa ao país de nascimento verificou-se que 46,9% (405/863) são de pessoas naturais de Portugal e que 53,1% (458/863) nasceram noutros países, constituindo estes últimos a maioria dos diagnósticos ocorridos em 2023. Dos 458 casos que referiam ter nascido noutro país, 49,8% nasceram em países da América Latina e 42,4% em países situados na África Subsariana. A estratificação por sexo, revelou que a proporção de casos em mulheres naturais de Portugal é também inferior à das mulheres que nasceram noutros países, respetivamente, 37,8% (91/241) e 62,2% (150/241), situação que não se observa nos casos em homens, que maioritariamente nasceram em Portugal (50,7%; 314/619). O maior número de casos em homens nascidos no estrangeiro, corresponde a indivíduos originários da América Latina (208/305; 68,2%), enquanto as mulheres nascidas fora de Portugal eram, maioritariamente, originárias de países africanos (81,3%; 122/150).

A análise da mesma informação desagregada para as três principais formas de transmissão (**figura 2**), mostrou também para os casos de transmissão heterossexual em mulheres que 62,7% (141/225) eram oriundas de outros países, a maioria destas (82,3%; 116/141) da África Subsariana, enquanto nos casos de transmissão heterossexual em homens 53,7% tinham nascido em Portugal. Nos 364 casos em HSH, 47,8% (n=174) são originários de países da América Latina e 45,3% (n=165) nasceram em Portugal. Nos casos em utilizadores de drogas injetadas (UDI) predominou a naturalidade portuguesa.



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

Figura 2. **Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.**

No formulário de notificação dos casos de infeção por VIH é também recolhida informação relativa ao país onde terá ocorrido a infeção e esta informação esteve disponível para 83,7% dos casos com diagnóstico em 2023. Em 69,6% (509/731) destes casos o país de provável contágio é igual ao país de nascimento, os restantes referem que, provavelmente, a infeção terá ocorrido noutro país. Portugal é referido como o país de provável infeção em 70,9% do total de casos com informação disponível (518/731).

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 os casos referentes a indivíduos nascidos em Portugal (**A**) e para os casos em indivíduos nascidos noutros países ou regiões (**B**).

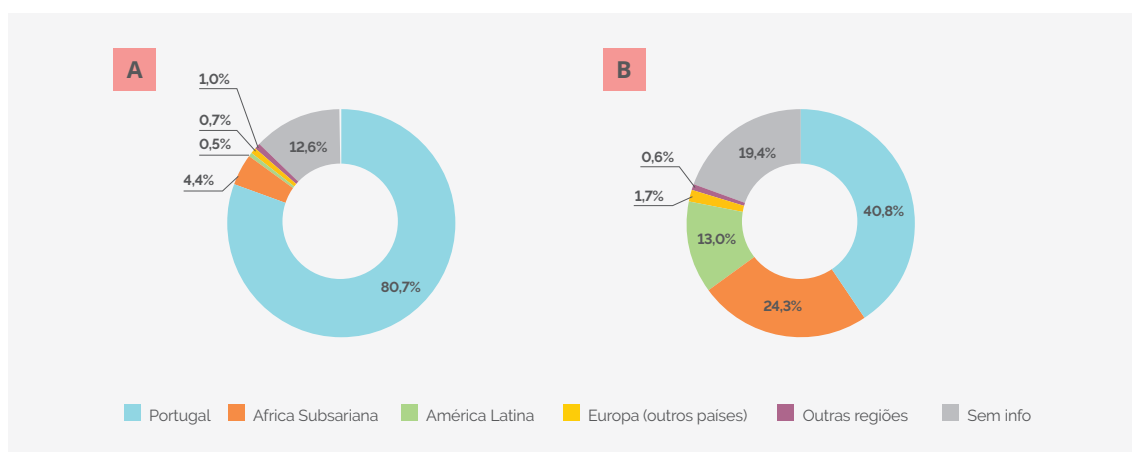


Figura 3. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infeção - casos com Portugal como país de naturalidade (A), casos com país de naturalidade diferente de Portugal (B).

Foi possível constatar que em 80,7% do total de casos diagnosticados em indivíduos de nacionalidade portuguesa a infeção terá ocorrido em Portugal (**figura 3A**), 92,4% se considerados apenas os casos com informação (327/354). Nos casos que nasceram no estrangeiro, 40,8% também referiam ter contraído a infeção por VIH em Portugal (**figura 3B**), contudo, ao serem analisados apenas os casos com informação essa proporção aumentou para 50,7% (191/377).

A informação referente à forma de transmissão esteve disponível em 94,4% (n=824) dos casos notificados, constatando-se que em 96,1% (792/824) dos casos com diagnóstico em 2023 a transmissão ocorreu através de relações sexuais (**quadro 6**). Destas, 54,0% (428/792) por contactos heterossexuais e 46,0% (364/792) em HSH. Os casos em UDI corresponderam a 2,8% (23/824) do total.

Quadro 6. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por modo de transmissão e sexo.

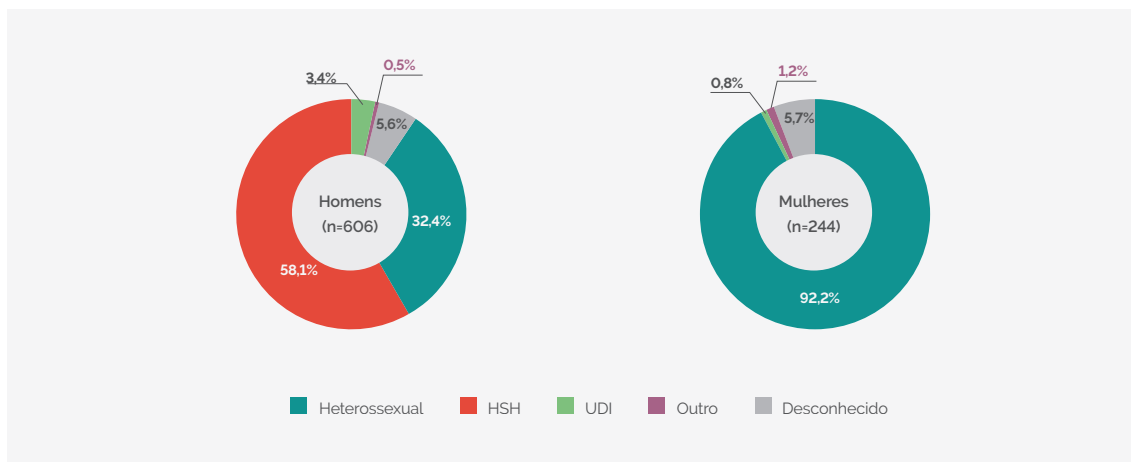
Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	203	32,4	225	92,2	428	49,0
HSH	364	58,1	0,0	-	364	41,7
UDI	21	3,4	2	0,8	23	2,6
Outro	3	0,5	3	1,2	9	1,0
Desconhecido	35	5,6	14	5,7	49	5,6
<b>Total</b>	<b>626</b>	<b>100,0</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>

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

Nota: foram diagnosticados 3 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns modos de transmissão e no global, o total é superior à soma das partes.



A análise da informação relativa ao modo de transmissão estratificada por sexo, apresentada na **figura 4**, revelou que os casos com diagnóstico em 2023 associados a transmissão por relações sexuais entre homens (n=364) constituíram 58,1% dos novos diagnósticos em homens, valor que ascendeu a 61,6% (364/591) se considerados apenas os casos com informação sobre o modo de transmissão.



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

Figura 4. **Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.**

Em 98,0% (856/873) dos novos casos com diagnóstico em 2023, foi reportado o tipo de vírus, verificando-se que a infeção foi causada por VIH do tipo 1 (VIH-1) na maioria dos casos com informação disponível (98,1%; 840/856). No período em análise foram diagnosticadas 15 infeções por VIH do tipo 2 (VIH-2). Esses diagnósticos ocorreram maioritariamente em mulheres (60,0%; 9/15), em pessoas com 50 ou mais anos (80,0%; 9/15) e em naturais da Guiné-Bissau (53,3%; 8/15).

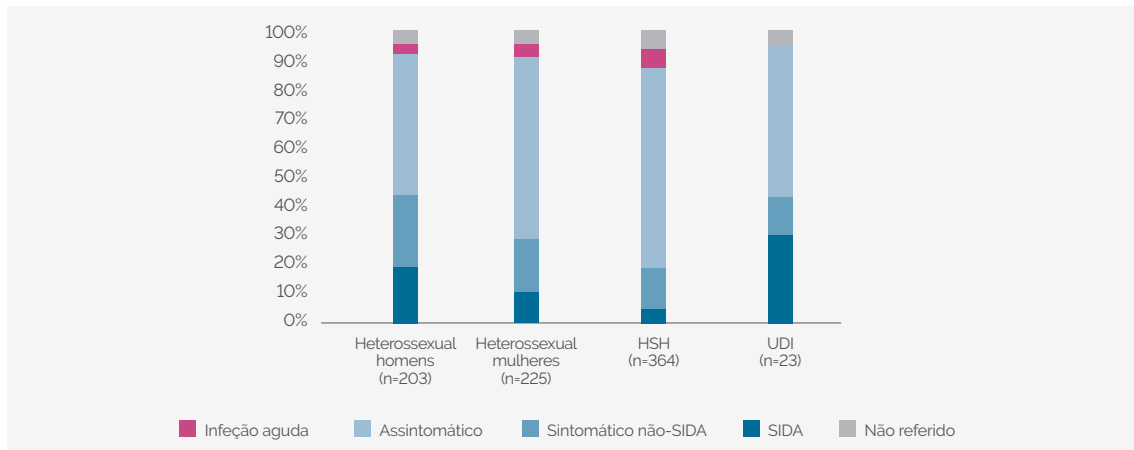
O estágio clínico na avaliação inicial foi conhecido em 94,4 % (824/863) dos casos com diagnóstico em 2023 e a maioria destes (65,2%; 537/824) foram classificados como assintomáticos (**quadro 7**). Identificaram-se 38 casos em que o diagnóstico foi efetuado na fase aguda da infeção, 73,7% (28/38) dos quais em homens, e nestes, 78,6% (22/28) referiam transmissão por relações sexuais com outros homens. A estratificação por sexo não revelou diferenças significativas nas proporções dos casos nos diferentes estádios.

Quadro 7. **Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por estágio inicial e sexo.**

Estádio clínico	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Infeção aguda	28	4,5	10	4,1	38	4,4
Portador assintomático	379	60,5	155	63,5	537	61,5
Sintomático não-SIDA	112	17,9	42	17,2	154	17,6
SIDA	70	11,2	25	10,2	95	10,9
Sem informação	37	5,9	12	4,9	49	5,6
<b>Total</b>	<b>626</b>	<b>100,0</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>

Nota: foram diagnosticados 3 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns estádios e no global, o total é superior à soma das partes.

A menor proporção de casos com diagnóstico concomitante de SIDA (4,4%) ocorreu em HSH e a maior (30,4%) foi detetada nos casos de UDI (figura 5). Em 43,8% dos casos com transmissão heterossexual em homens foi reportado estarem sintomáticos ou em estágio SIDA na primeira avaliação clínica. No total foram identificados 95 casos em que ocorreu um diagnóstico de SIDA concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH e que correspondem a 11,5% dos casos com informação relativa ao estágio (95/824).

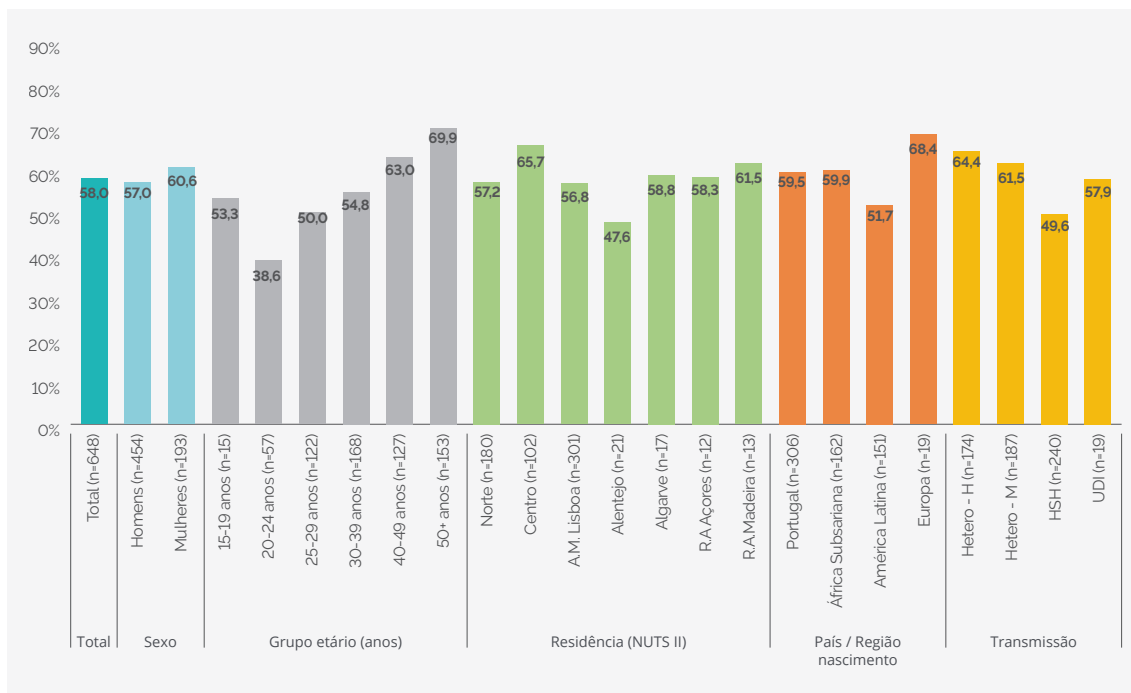


Legenda: HSH -homens que têm sexo com homens; UDI - utilizadores de drogas injetadas

Figura 5. Novos casos de infeção por VIH ( $\geq 15$  anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do estágio clínico por modo de transmissão.

A primeira avaliação clínica providencia ainda outro indicador de precocidade dos diagnósticos de infeção por VIH, o número de linfócitos TCD4+ (CD4), tendo sido consensualizado que os valores de CD4 inferiores a 350 células/mm<sup>3</sup> indicam tratar-se de uma apresentação tardia aos cuidados de saúde<sup>2</sup> e valores inferiores a 200 células/mm<sup>3</sup> são sinónimo de doença avançada. Uma vez que é frequente verificar-se uma redução transitória do número de CD4 no período inicial da infeção por VIH, o que eventualmente pode levar à classificação incorreta desses casos como correspondendo a apresentação tardia, devem ser excluídos da avaliação os casos em que é reportado o estágio clínico "infeção aguda".

Em 78,1% das notificações de casos com diagnóstico em 2023 foi registada informação relativa aos valores obtidos nas contagens de CD4. Após serem retirados os casos com diagnóstico em fase aguda da infeção, constatou-se que 58,0% apresentaram valores <350 células/mm<sup>3</sup>, revelando uma apresentação tardia aos cuidados clínicos. As contagens foram <200 células/mm<sup>3</sup> em 31,2% do total de casos.



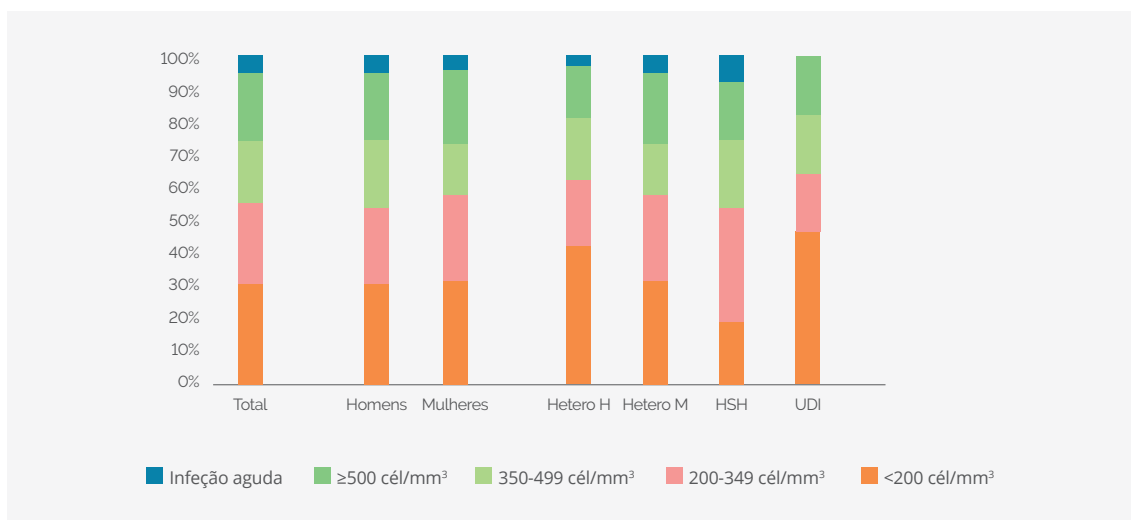
Legenda: HSH -homens que têm sexo com homens; UDI - utilizadores de drogas injetadas

**Nota:** Esta figura não inclui os casos sem valores da contagem de CD4 e casos de pessoas com infeção aguda. Na distribuição por sexo não está incluído 1 caso em pessoa trans.

Figura 6. **Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023 - distribuição (%) dos casos com diagnósticos tardios (CD4<350 células/mm³) de acordo com o sexo, idade, residência, naturalidade e modo de transmissão.**

A proporção de casos com contagens de CD4<350 células/mm³ segundo diferentes características, ilustrada na figura 6, revelou uma proporção de diagnósticos tardios ligeiramente superior nos casos de mulheres, bem como um aumento dessas proporções acompanhando o aumento da idade à data de diagnóstico, sendo atingido o valor de 69,9% nos casos com 50 ou mais anos, tal como observado nos anos anteriores<sup>3</sup>. Relativamente à origem geográfica, constatou-se que os casos em pessoas nascidas na América Latina apresentaram a menor percentagem de diagnósticos tardios (51,7%) e os originários de outros países europeus a percentagem mais elevada (68,4%), embora estes últimos sejam em número bastante inferior aos anteriores. A região Centro foi a região NUTS II de residência em que os casos se apresentaram mais tardiamente (65,7%). No que se refere ao modo de transmissão, foi entre os casos em homens e mulheres infetados por relações heterossexuais que se observaram as proporções mais elevadas de diagnósticos tardios, respetivamente, 64,4% e 61,5%.

Adicionalmente, observou-se que em 30,9% do total dos casos os valores das contagens de CD4 foram <200 células/mm³ o que, como anteriormente referido, é indicador de doença avançada. Estes valores foram mais frequentes nos casos em mulheres (31,7%) e nos casos em homens que referem transmissão heterossexual (42,5%) (figura 7)



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

**Nota:** Esta figura não inclui os casos sem valores da contagem de CD4.

Figura 7. **Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023 - distribuição (%) das contagens iniciais de CD4 e estágio de infeção aguda, de acordo com o sexo e modo de transmissão.**

Tal como indicado nos relatórios dos anos mais recentes, foi consensualizada e publicada uma atualização da abordagem para avaliação dos diagnósticos tardios<sup>4</sup>. A pertinência desta atualização advém do facto da abordagem que assenta apenas nos valores da contagem de CD4 poder sobrestimar a proporção de diagnósticos tardios, quer por classificação errada de infeções recentes como diagnósticos tardios, com base em valores de CD4 transientemente baixos, como atrás explicado, quer por redução do denominador se as mesmas forem retiradas da avaliação. Para além de incluir as infeções agudas no denominador, esta nova abordagem considera ainda a informação relativa à data do último teste VIH negativo. Assim, 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 CD4. Nos casos em que não se verificou nenhuma destas condições, a classificação é feita segundo os valores obtidos na contagem de CD4, sendo classificados como diagnósticos "não tardios" se estes forem superiores ou iguais a 350 células/mm<sup>3</sup>, no entanto, sempre que na notificação seja referido o diagnóstico concomitante de doença ou condição definidora de SIDA, os casos são classificados como diagnosticados tardiamente, independentemente do número de CD4.

Com base nestas novas premissas, foi efetuada a análise dos dados relativos aos casos com diagnóstico em 2023 e os resultados são apresentados no **quadro 8**. Os valores apurados para o diagnóstico tardio são na maioria inferiores aos obtidos na abordagem assente apenas na contagem de CD4 e apresentados na **figura 6**, essencialmente pela diferença nos denominadores e por serem considerados os casos de SIDA.



Quadro 8. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: diagnósticos tardios (%) segundo a nova definição, por sexo e modo de transmissão.

Diagnóstico tardio	Sexo				Modo de transmissão								Total	
	Homens		Mulheres		Hetero - H		Hetero - M		HSH		UDI		N	%
<b>SIM</b>	266	52,7	118	57,8	115	63,9	116	58,9	120	42,7	13	59,1	384	54,1
<b>NÃO</b>	239	47,3	86	42,2	65	36,1	81	41,1	161	57,3	9	40,9	326	45,9
<b>Total (com informa�o para classifica�o)</b>	<b>505</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>	<b>281</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>

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 o ano 2023 foram diagnosticados 129 novos casos de SIDA, um dos quais numa criança (**quadro 9**). A taxa de novos diagnósticos de SIDA para o ano 2023 foi 1,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes, considerando apenas os 128 casos de SIDA com diagnóstico em Portugal. O diagnóstico de SIDA foi concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH em 85,6% dos casos (95/111), os restantes 33 casos decorreram de evolução para est dio SIDA.

Quadro 9. Novos casos de SIDA diagnosticados em 2023.

	N� de casos	
	Total	Diagnóstico SIDA em Portugal
Adolescentes e adultos (≥15 anos)	128	127
Crianças (<15 anos)	1	1
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>128</b>

O caso de SIDA em idade pediátrica corresponde a uma criança do sexo masculino, nascida fora de Portugal, com diagnóstico inicial de infeção por VIH no seu país de origem e infetada por transmissão mãe-filho. A doença que levou ao diagnóstico de SIDA foi uma tuberculose extrapulmonar.

Dos 127 casos de SIDA diagnosticados em adultos no ano em análise, em adolescentes e adultos, 89 (70,1%) registaram-se em homens e 38 (29,9%) em mulheres, o que revela uma razão H/M de 2,3. A maioria dos novos casos de SIDA (61,4%) ocorreu em indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, no entanto, a incidência mais elevada, 2,7 casos/10<sup>5</sup> habitantes, observou-se no grupo etário 30-39 anos. A desagrega o por sexo revelou que a incidência mais elevada de SIDA nos homens observou-se no grupo etário dos 40-49 anos (3,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes), nas mulheres ocorreu no grupo dos 30 aos 39 anos (1,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes) (**quadro 10**). A idade mediana   data do diagnóstico de SIDA nos casos de 2023 foi de 44,0 anos (P25-75: 35,0-52,5) (**quadro 11**). As medianas de idades dos casos de SIDA foram mais elevadas em mulheres (46,0 anos) e entre os casos de homens que referiam transmissão heterossexual (46,5 anos), as mais baixas registaram-se nos casos em HSH (32,0 anos).

Quadro 10. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: 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	1,1	0,4	0	0,0	0,0	1	0,8	0,2
20-24 anos	3	3,4	1,0	1	2,6	0,4	4	3,1	0,7
25-29 anos	8	9,0	2,7	3	7,9	1,1	11	8,7	1,9
30-39 anos	23	25,8	3,8	10	26,3	1,6	33	26,0	2,7
40-49 anos	29	32,6	3,9	8	21,1	1,0	37	29,1	2,4
50-59 anos	12	13,5	1,6	8	21,1	1,0	20	15,7	1,3
≥ 60 anos	13	14,6	0,9	8	21,1	0,4	21	16,5	0,6
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>1,8</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>0,7</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	<b>1,2</b>

Quadro 11. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2023: 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)	44,0	35,0	52,5
Homens	44,0	32,0	50,0
Mulheres	46,0	35,0	57,0
Heterossexual - homens	46,5	38,0	53,0
Heterossexual - mulheres	45,0	35,0	57,0
HSH	32,0	29,5	44,0
UDI	41,0	39,5	44,0

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

A distribuição dos novos casos de SIDA por região NUTS II da residência à data da notificação, mostrada no quadro 12, revelou que o maior número de diagnósticos de SIDA (n=57) ocorreu na área metropolitana de Lisboa, onde também se observou a incidência de SIDA mais elevada (1,9 casos de SIDA/10<sup>5</sup> habitantes).

Quadro 12. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTSII	n	%	Casos/10 <sup>5</sup> habitantes
Norte	37	29,1	1,0
Centro	22	17,3	1,0
Área Metropolitana de Lisboa	57	44,9	1,9
Alentejo	5	3,9	0,7
Algarve	2	1,6	0,4
Região Autónoma dos Açores	2	1,6	0,8
Região Autónoma da Madeira	2	1,6	0,8
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	<b>1,2</b>

Os 127 novos casos de SIDA de 2023 registaram-se maioritariamente em indivíduos nascidos fora de Portugal (51,2%), o mesmo se observando para os casos em mulheres (55,3%) (**quadro 13**). Os casos de SIDA em homens, com diagnóstico em Portugal e no estrangeiro, estão distribuídos em percentagens iguais (49,4%).

Quadro 13. **Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por origem geográfica e sexo.**

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	44	49,4	17	44,7	61	48,0
África Subsariana	18	20,2	18	47,4	36	28,3
América Latina	21	23,6	1	2,6	22	17,3
Europa (outros países)	5	5,6	1	2,6	6	4,7
Outras regiões	0	0,0	1	2,6	1	0,8
Sem informação	1	1,1	0	0,0	1	0,8
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>127</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 (63,8%) ocorreu em indivíduos que contraíram a infeção por contacto heterossexual.

Quadro 14. **Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição por modo de transmissão e sexo.**

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	46	51,7	35	92,1	81	63,8
HSH	27	30,3	0	-	27	21,3
UDI	7	7,9	1	2,6	8	6,3
Outra	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Desconhecido	8	9,0	2	5,3	10	7,9
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>

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

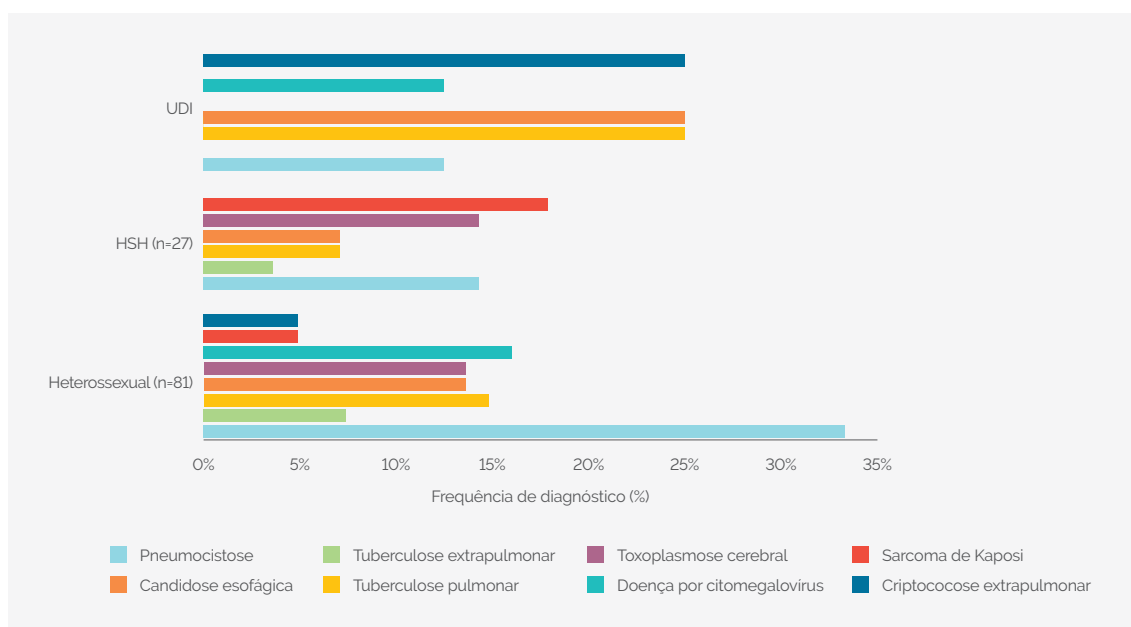
Segundo as definições europeia e nacional de caso de SIDA<sup>5,6</sup> (**Anexo II**), a classificação obedece apenas a critérios clínicos sendo necessária a presença de pelo menos uma das doenças definidoras de SIDA que constam da lista publicada em 1993<sup>5</sup> e apresentada no **Anexo III** deste 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 foi a doença definidora de SIDA mais frequente nos casos com diagnóstico em 2023, em ambos os sexos, como pode ser constatado no **quadro 15** onde são mostradas as frequências das doenças definidoras de SIDA mais comumente registadas. A desagregação por sexo revela diferenças nas frequências das restantes doenças.

Quadro 15. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2023: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo.

Doença definidora de SIDA	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Pneumocistose	26	25,5	11	33,3	37	26,8
Doença por citomegalovírus	13	12,7	5	4,0	18	13,0
Tuberculose pulmonar	14	13,7	3	2,4	17	12,3
Tuberculose extrapulmonar (todas as formas)	10	9,8	6	4,8	16	11,6
Toxoplasmose cerebral	8	7,8	7	5,6	15	10,9
Candidose esofágica	10	9,8	4	3,2	14	10,1
Sarcoma de Kaposi	7	6,9	3	2,4	10	7,2
Criptococose extrapulmonar	5	4,9	1	0,8	6	4,3
Linfoma (não-Hodgkin e/ou não especificado)	2	2,0	3	2,4	5	3,6
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	1	1,0	3	2,4	4	2,9

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

Na **figura 8** 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 (33,3%) e HSH (21,4%).



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

Figura 8. Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.

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

Foram comunicados 111 óbitos, ocorridos em 2023, em pessoas que viviam com VIH, dos quais 58 (52,3%) em estágio SIDA. A taxa de mortalidade, bruta e não ajustada para o atraso de notificação, foi de 1,0 mortes/10<sup>5</sup> habitantes. Os óbitos ocorreram maioritariamente em homens (78,4%; 87), para os quais se apurou uma taxa de mortalidade de 1,7 mortes/10<sup>5</sup> habitantes.

No total de óbitos ocorridos em 2023 e notificados, a idade mediana à data da morte foi de 60,0 anos (P25-75: 54,0-68,0) (**quadro 16**). O valor mais baixo foi encontrado nos óbitos em HSH, 54,0 anos (P25-75: 45,0-72,0) e o mais elevado nas mulheres com transmissão heterossexual, 67,0 anos (P25-75: 60,0-77,0).

Quadro 16. Óbitos ocorridos em 2023: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os óbitos	60,0	54,0	68,0
Homens	60,0	54,0	68,0
Mulheres	61,0	52,0	73,0
Heterossexual - homens	63,0	59,0	74,0
Heterossexual - mulheres	67,0	60,0	77,0
HSH	54,0	45,0	72,0
UDI	56,5	51,5	60,0

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

A análise dos óbitos por sexo e modo de transmissão mostrou que o maior número de óbitos foi registado em casos do sexo masculino que referiam transmissão heterossexual (n=43), tal como mostrado no **quadro 17**.

Quadro 17. Óbitos ocorridos em 2023: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	43	49,4	17	70,8	60	54,1
HSH	17	19,5	0	0,0	17	15,3
UDI	25	28,7	7	29,2	32	28,8
Outro	1	1,1	0	0,0	1	0,9
Desconhecido	1	1,1	0	0,0	1	0,9
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>

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

Em 40,5% dos óbitos ocorridos em 2023 o tempo decorrido entre o diagnóstico de infeção por VIH e a morte foi superior a 20 anos, sendo esta proporção mais expressiva para os óbitos em UDI (71,9%) (**quadro 18**). Por outro lado, 21,6% (n=24) dos óbitos ocorreram nos cinco anos após o diagnóstico da infeção por VIH e a caracterização desses casos mostrou que eram maioritariamente homens (75,0%), a idade mediana ao óbito foi 53 anos, as idades mínima e máxima eram, respetivamente, 14 e 68 anos, residiam fora da área metropolitana de Lisboa (66,6%), tinham nascido em Portugal (83,3%) e contraíram a infeção por VIH através de contactos heterossexuais (70,8%).

Quadro 18. Óbitos ocorridos em 2023: 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		Hetero-H		Hetero-M		HSH		UDI			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤1 ano	13	14,9	5	20,8	9	20,9	5	29,4	2	11,8	1	3,1	18	16,2
2 a 5 anos	5	5,7	1	4,2	2	4,7	1	5,9	3	17,6	0	0,0	6	5,4
6 a 10 anos	10	11,5	1	4,2	6	14,0	1	5,9	2	11,8	2	6,3	11	9,9
11-15 anos	7	8,0	2	8,3	4	9,3	2	11,8	2	11,8	1	3,1	9	8,1
16-20 anos	17	19,5	5	20,8	11	25,6	4	23,5	2	11,8	5	15,6	22	19,8
> 20 anos	35	40,2	10	41,7	11	25,6	4	23,5	6	35,3	23	71,9	45	40,5
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>

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



## I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2023)

Em Portugal, até 30 de junho de 2024 foram notificados, cumulativamente, 68 627 casos de infeção por VIH, com diagnóstico ocorrido até 31 de dezembro de 2023, dos quais 23 955 atingiram o estágio de SIDA. Foram ainda comunicados 15 918 óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH, ocorridos no mesmo período.

Tal como informado no ponto I.1.1, em 2022 foram efetuadas diligências para permitir que nas notificações clínicas seja recolhida informação relativa ao país onde ocorreu o diagnóstico da infeção por VIH, de modo a ser possível distinguir os casos com diagnóstico em Portugal dos casos com diagnósticos noutros países e que são notificados por entrarem nos cuidados de saúde no país. Esta alteração veio também permitir responder a requisitos da vigilância epidemiológica europeia, motivados pelo maior fluxo migratório para a maioria dos países da União Europeia (UE) e entre países, e nos quais estão necessariamente incluídas pessoas que vivem com VIH. Para além da alteração introduzida ao formulário da notificação clínica no SINAVE, que permitiu a recolha prospetiva, foi também efetuado um registo retrospectivo de informação para casos notificados no passado.

Importa referir que os casos com diagnóstico fora do país correspondem não só a estrangeiros, mas também a pessoas nascidas em Portugal. Uma vez residentes em Portugal, estes casos tornam-se prevalentes no país, pelo que devem ser contabilizados como tal, contudo, quando possível a sua identificação, não deverão ser incluídos nas estatísticas relativas à incidência de diagnósticos. No sistema de vigilância nacional todos os casos são registados com a data de diagnóstico original e no relatório do ano transato<sup>3</sup> foi pela primeira vez possível mostrar a informação epidemiológica nacional identificando os casos com diagnóstico em Portugal nos totais anuais.

No período acima descrito, foram diagnosticados em Portugal e notificados ao sistema de vigilância 64 928 casos de infeção por VIH e 23 703 casos de SIDA. No que se refere aos óbitos não existe informação que permita identificar o país onde estes ocorrem, pelo que se considera que os dados obtidos correspondem a óbitos ocorridos no país.

A distribuição temporal dos casos de infeção por VIH e casos de SIDA, total e diagnósticos ocorridos em Portugal, bem como dos óbitos, está representada na **figura 9**.

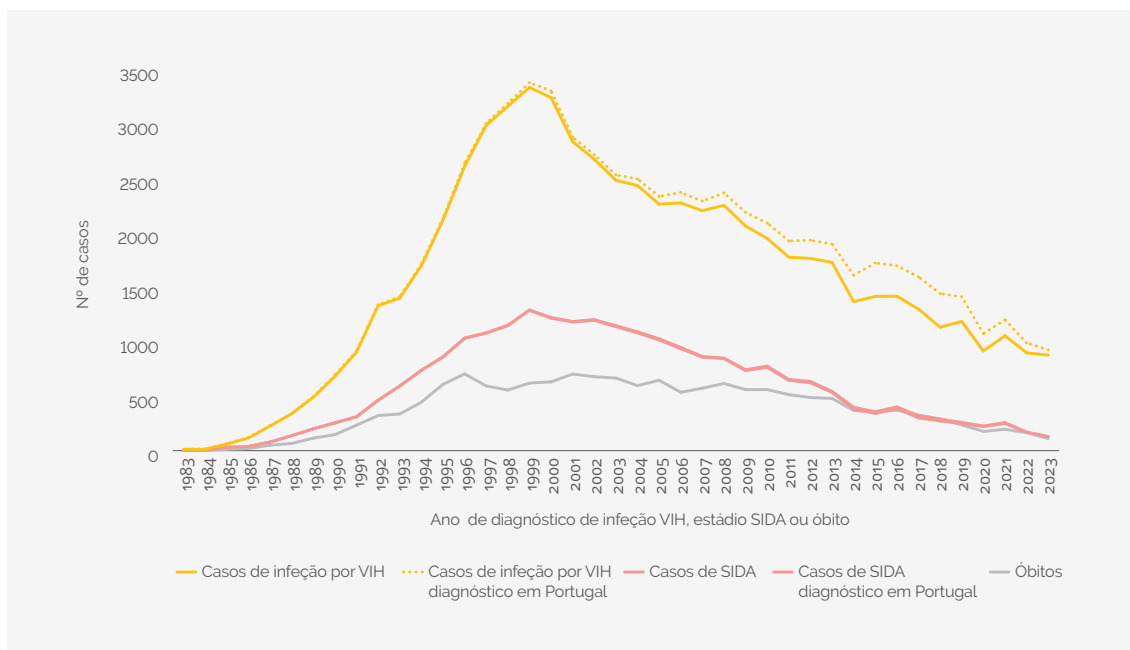


Figura 9. Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2023): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.

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.

Numa perspetiva de melhoria da qualidade dos dados divulgados, no presente relatório serão apresentados os totais de casos, mas a caracterização destes será efetuada apenas para os casos com diagnóstico no país.

Os casos com diagnóstico noutros países correspondem a 5,4% do total de casos registados e a 15,4% quando consideramos apenas os casos com diagnóstico entre 2014 e 2023.

### I.2.1. Casos de infeção por VIH

#### Distribuição temporal

A distribuição dos casos de infeção por VIH acumulados, de acordo com o ano de diagnóstico, para o total de casos e para os casos com diagnóstico em Portugal, é apresentada no **quadro 19**. Os primeiros casos de infeção por VIH foram identificados em 1983 e o ano 1999 acumulou o total anual mais elevado de novos casos, 3 332 dos quais com diagnóstico em Portugal. A partir desse ano, observou-se um decréscimo sustentado no número anual de novos casos, que na última década foi de 36%, valor obtido por comparação do número de casos diagnosticados em Portugal para os anos 2014 e 2023. Contudo, uma vez que não são efetuados ajustes para o atraso na notificação, este valor poderá vir a sofrer alteração pelo que deve ser assumido como provisório.

Quadro 19. Casos de infeção por VIH (1983-2023): distribuição por ano de diagnóstico e sexo.

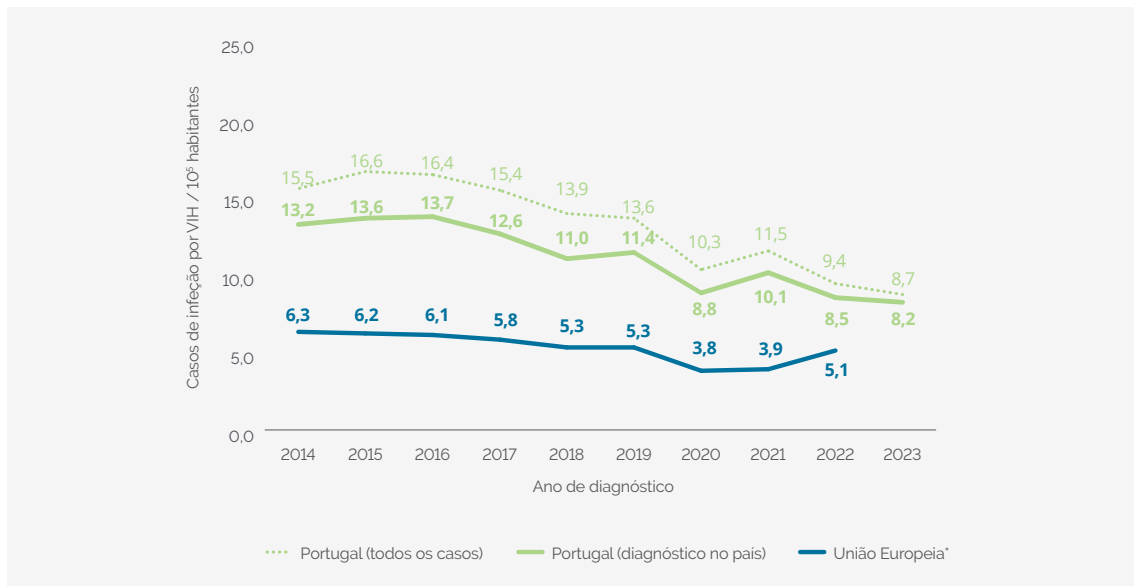
Ano de diagnóstico	N� de casos									
	Homens		Mulheres		Pessoas Trans		Total		H/M	
	Todos	Diagn PT	Todos	Diagn PT	Todos	Diagn PT	Todos	Diagn PT	Todos	Diagn PT
≤1990	1 621	<b>1 585</b>	355	<b>351</b>	0	<b>0</b>	1 977	<b>1 937</b>	4,6	<b>4,5</b>
1991	726	<b>719</b>	189	<b>184</b>	0	<b>0</b>	915	<b>903</b>	3,8	<b>3,9</b>
1992	1 067	<b>1 060</b>	269	<b>267</b>	1	<b>1</b>	1 339	<b>1 330</b>	4,0	<b>4,0</b>
1993	1 115	<b>1 107</b>	297	<b>292</b>	0	<b>0</b>	1 412	<b>1 399</b>	3,8	<b>3,8</b>
1994	1 325	<b>1 315</b>	385	<b>380</b>	1	<b>1</b>	1 712	<b>1 697</b>	3,4	<b>3,5</b>
1995	1 642	<b>1 634</b>	488	<b>479</b>	1	<b>1</b>	2 132	<b>2 115</b>	3,4	<b>3,4</b>
1996	1 981	<b>1 963</b>	652	<b>642</b>	1	<b>1</b>	2 634	<b>2 606</b>	3,0	<b>3,1</b>
1997	2 330	<b>2 317</b>	672	<b>668</b>	0	<b>0</b>	3 002	<b>2 985</b>	3,5	<b>3,5</b>
1998	2 363	<b>2 343</b>	821	<b>814</b>	1	<b>0</b>	3 186	<b>3 158</b>	2,9	<b>2,9</b>
1999	2 572	<b>2 539</b>	803	<b>792</b>	1	<b>1</b>	3 376	<b>3 332</b>	3,2	<b>3,2</b>
2000	2 424	<b>2 387</b>	874	<b>849</b>	1	<b>1</b>	3 300	<b>3 238</b>	2,8	<b>2,8</b>
2001	2 014	<b>1 995</b>	859	<b>838</b>	0	<b>0</b>	2 874	<b>2 834</b>	2,3	<b>2,4</b>
2002	1 845	<b>1 821</b>	870	<b>852</b>	0	<b>0</b>	2 715	<b>2 673</b>	2,1	<b>2,1</b>
2003	1 715	<b>1 692</b>	814	<b>788</b>	0	<b>0</b>	2 529	<b>2 480</b>	2,1	<b>2,1</b>
2004	1 649	<b>1 614</b>	843	<b>817</b>	0	<b>0</b>	2 492	<b>2 431</b>	2,0	<b>2,0</b>
2005	1 590	<b>1 548</b>	740	<b>712</b>	2	<b>1</b>	2 332	<b>2 261</b>	2,1	<b>2,2</b>
2006	1 584	<b>1 522</b>	784	<b>750</b>	0	<b>0</b>	2 368	<b>2 272</b>	2,0	<b>2,0</b>
2007	1 506	<b>1 453</b>	782	<b>747</b>	1	<b>1</b>	2 289	<b>2 201</b>	1,9	<b>1,9</b>
2008	1 602	<b>1 525</b>	762	<b>725</b>	0	<b>0</b>	2 364	<b>2 250</b>	2,1	<b>2,1</b>
2009	1 459	<b>1 385</b>	723	<b>675</b>	3	<b>0</b>	2 185	<b>2 060</b>	2,0	<b>2,1</b>
2010	1 401	<b>1 305</b>	685	<b>641</b>	1	<b>1</b>	2 087	<b>1 947</b>	2,0	<b>2,0</b>
2011	1 342	<b>1 227</b>	580	<b>546</b>	2	<b>1</b>	1 924	<b>1 774</b>	2,3	<b>2,2</b>
2012	1 353	<b>1 233</b>	576	<b>530</b>	1	<b>1</b>	1 930	<b>1 764</b>	2,3	<b>2,3</b>
2013	1 346	<b>1 222</b>	547	<b>503</b>	2	<b>1</b>	1 895	<b>1 726</b>	2,5	<b>2,4</b>
2014	1 156	<b>995</b>	453	<b>372</b>	0	<b>0</b>	1 609	<b>1 367</b>	2,6	<b>2,7</b>
2015	1 279	<b>1 047</b>	442	<b>368</b>	0	<b>0</b>	1 721	<b>1 415</b>	2,9	<b>2,8</b>
2016	1 241	<b>1 019</b>	455	<b>398</b>	0	<b>0</b>	1 696	<b>1 417</b>	2,7	<b>2,6</b>
2017	1 159	<b>926</b>	433	<b>372</b>	2	<b>0</b>	1 594	<b>1 298</b>	2,7	<b>2,5</b>
2018	1 045	<b>811</b>	394	<b>320</b>	2	<b>1</b>	1 441	<b>1 132</b>	2,7	<b>2,5</b>
2019	1 005	<b>841</b>	403	<b>341</b>	3	<b>3</b>	1 411	<b>1 185</b>	2,5	<b>2,5</b>
2020	791	<b>659</b>	279	<b>254</b>	3	<b>1</b>	1 073	<b>914</b>	2,8	<b>2,6</b>
2021	857	<b>739</b>	341	<b>313</b>	2	<b>2</b>	1 200	<b>1 054</b>	2,5	<b>2,4</b>
2022	737	<b>666</b>	250	<b>230</b>	2	<b>1</b>	989	<b>897</b>	2,9	<b>2,9</b>
2023	660	<b>628</b>	261	<b>245</b>	3	<b>3</b>	924	<b>876</b>	2,5	<b>2,6</b>
<b>Total</b>	<b>49 502</b>	<b>46 842</b>	<b>19 081</b>	<b>18 055</b>	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>68 627</b>	<b>64 928</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>

Legenda: Diagn PT - diagnóstico em Portugal; H - Homens; M - Mulheres.

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

Compreensivelmente, as taxas anuais de novos diagnósticos refletem a mesma tendência decrescente observada para o número de casos (**figura 10**), que se traduziu numa redução de 37% quando avaliadas as taxas apuradas para 2014 e 2023, tanto no total de casos registados, respetivamente 15,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes e 8,7 casos/10<sup>5</sup> habitantes, como nos casos com diagnóstico em Portugal, respetivamente, 13,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes e 8,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes.

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, até à pandemia de CoVID-19, correspondia a aproximadamente o dobro da taxa calculada pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) para o conjunto dos países que integram a UE<sup>7</sup>. Embora a taxa de diagnóstico nacional se mantenha superior à taxa média apurada para a UE, a pandemia de CoVID-19 e posteriormente a guerra na Ucrânia, que causou inúmeros deslocados para outros países europeus, tiveram impacto nas taxas de diagnóstico da infeção por VIH a nível europeu, pelo que esta diferença tem sido variável nos anos mais recentes.



\*Fonte: WHO Europe/ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2023 (2022 data)

Figura 10. Casos de infeção por VIH (2014-2023): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.

### Distribuição por sexo

À semelhança do que se observa na maioria dos países do hemisfério norte, a epidemia nacional atinge maioritariamente os indivíduos do sexo masculino. O número de casos em homens superou o número de casos registados em mulheres em todos os anos em observação (**quadro 19**). Cumulativamente, encontram-se registados 49 502 casos em homens, dos quais 46 842 foram diagnosticados em Portugal. Estes valores representam 76,2% do total dos casos registados para o universo respetivo, o que corresponde a uma razão H/M igual a 2,6. O ano em que essa razão é mais baixa (1,9) é o ano 2007 no qual, proporcionalmente, foram diagnosticados menos casos em homens do que nos restantes anos.

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 na generalidade dos anos, em ambos os sexos (**quadro 19** e **figura 11**).

A variação percentual entre o número anual de novos casos registados nos anos 2014 e 2023 revelou uma redução maior para os diagnósticos ocorridos em homens do que em mulheres, tanto na análise do total de casos (43% vs. 42%) como na análise dos casos com diagnóstico em Portugal (37% vs. 39%). Foi identificada variação idêntica nas taxas de diagnóstico.

Como pode ser constatado na **figura 11**, a diferença entre as taxas de diagnósticos apuradas para o total dos casos e para os casos com diagnóstico em Portugal é maior para o sexo masculino. Nos dez anos em análise, a taxa média de diagnósticos apurada para o total dos casos em homens foi 20,1 casos/10<sup>5</sup> habitantes e para os casos em homens diagnosticados em Portugal foi 16,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes, enquanto para os casos em mulheres foi respetivamente 6,8 casos/10<sup>5</sup> habitantes e 5,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes.

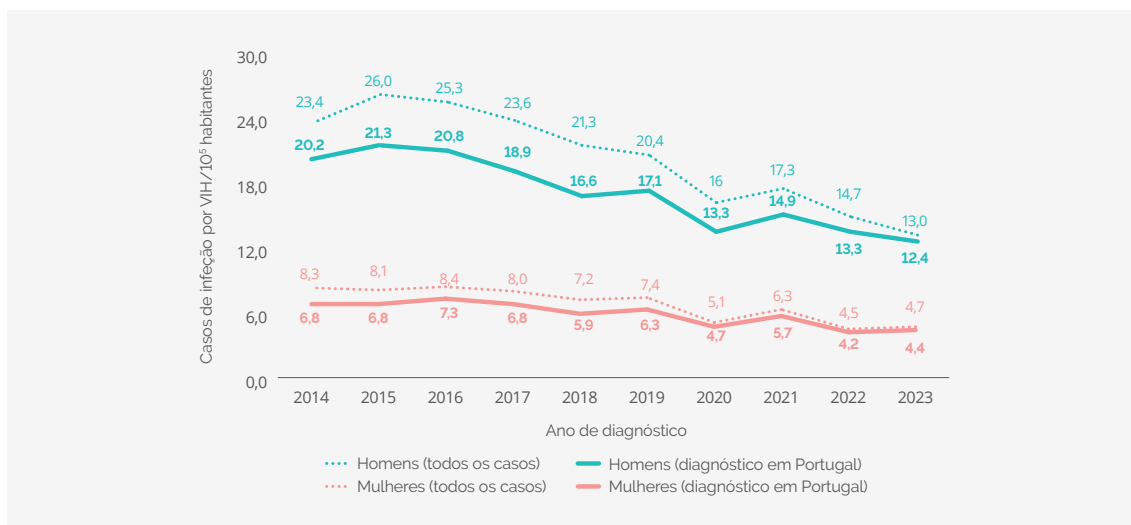


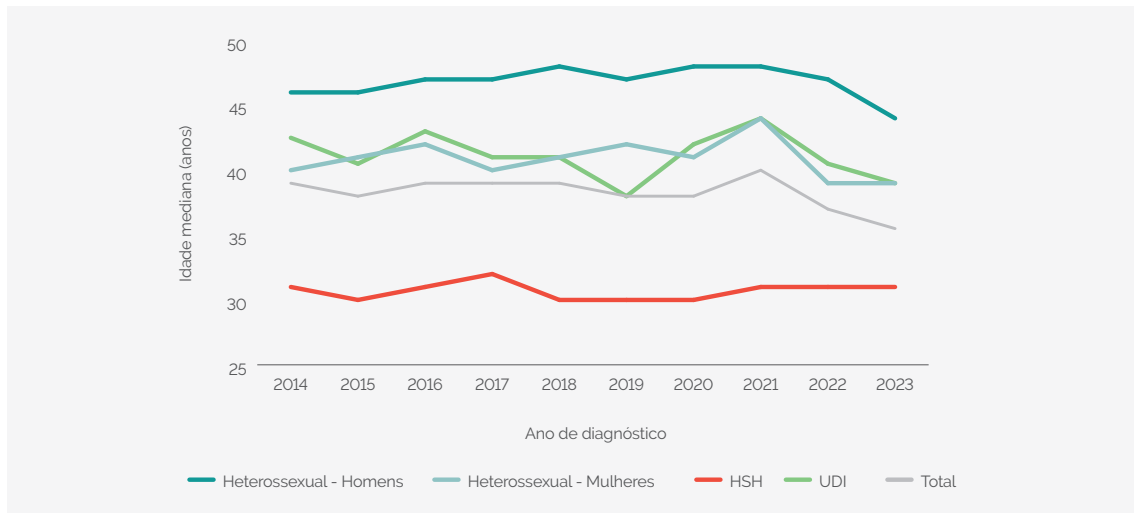
Figura 11. Casos de infeção por VIH (2014-2023): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

O formulário da notificação não inclui variável para registo de informação referente às pessoas trans, no entanto, essa informação adicional é por vezes inscrita na notificação em formato de texto livre e, consequentemente, registada no caso. Entre 1983 e 2023 foram notificados 36 casos de infeção por VIH para os quais foi especificado corresponderem a pessoas trans, mais concretamente a mulheres trans, e em 23 desses casos o diagnóstico ocorreu em Portugal. Nestes, a mediana da idade ao diagnóstico foi de 30,0 anos, 56,5% indicavam residência à data da notificação na A.M. de Lisboa e 56,5% eram naturais de países da América Latina. A infeção por VIH foi maioritariamente (95,7%; 22/23) adquirida por relações sexuais com homens, por vezes ocorrida previamente à mudança de género, pelo que na análise por modo de transmissão os casos em pessoas trans são incluídos na categoria "Outro". Encontravam-se assintomáticos na primeira avaliação clínica 73,9% destas pessoas e a mediana dos valores disponíveis de contagens de CD4 foi igual a 389 células/mm<sup>3</sup>.

### Idade ao diagnóstico

As medianas das idades à data do diagnóstico da infeção por VIH foram apuradas para os casos com diagnóstico em Portugal no período 2014-2023, sendo excluídos da análise os casos com idades inferiores a 15 anos. No início da década em análise observou-se uma estabilização da mediana da idade ao diagnóstico, no entanto, nos anos mais recentes verificou-se uma redução do seu valor (**figura 12**). Após desagregação por modo de transmissão observam-se diferenças marcadas, estando as medianas mais elevadas associadas aos casos de transmissão heterossexual em homens, ao longo de todo o período, sendo em média cerca de 6 anos mais elevada do que a observada nos casos de mulheres com 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 em média diferem em cerca de 16 anos das idades medianas apuradas para os casos de transmissão heterossexual em homens. As variações observadas na curva correspondente às medianas das idades dos UDI decorrem do reduzido número anual de casos para esta forma de transmissão pelo que devem ser interpretadas com reserva.



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

Figura 12. Casos de infeção por VIH (2014-2023): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

No **quadro 20** é apresentada a informação referente à distribuição temporal dos casos com diagnóstico em Portugal, por grupo etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo. O grupo etário com maior número de casos acumulados é o grupo dos 30 a 39 anos (n=20 562). Em conjunto, os grupos etários que englobam os casos com idades entre os 25 e os 49 anos acumulam maioria dos diagnósticos de infeção por VIH no país (68,2%; 44 294).

Quadro 20. Casos de infecção por VIH (1983-2023): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	N	%
<15 anos	Sub-total	590	7	5	4	7	3	0	3	4	5	3	631	1,0
	H	290	2	1	1	3	2	0	1	1	4	2	307	
	M	298	5	4	3	4	1	0	2	3	1	1	322	
15-19 anos	Sub-total	1 562	36	26	27	23	17	23	15	13	15	19	1 776	2,7
	H	893	24	20	21	16	11	16	11	9	11	13	1 045	
	M	669	12	6	6	7	6	7	4	4	4	6	731	
20-24 anos	Sub-total	6 383	128	164	136	115	113	118	72	72	91	86	7 478	11,5
	H	4 395	98	135	105	92	98	101	57	57	73	61	5 272	
	M	1 984	30	29	31	23	15	17	15	15	18	24	2 201	
25-29 anos	Sub-total	10 120	170	204	187	175	157	185	158	160	138	178	11 832	18,2
	H	7 270	133	170	156	136	115	148	131	130	111	136	8 636	
	M	2 845	37	34	31	39	41	37	27	29	27	41	3 188	
30-39 anos	Sub-total	17 533	365	360	366	339	292	299	243	275	253	237	20 562	31,7
	H	13 105	267	258	262	230	214	206	172	198	186	179	15 277	
	M	4 422	98	102	104	109	78	90	70	76	66	57	5 272	
40-49 anos	Sub-total	9 375	306	324	342	289	242	261	195	224	181	161	11 900	18,3
	H	7 017	224	235	248	206	165	175	132	148	127	114	8 791	
	M	2 357	82	89	94	83	77	86	63	76	54	47	3 108	
50-59 anos	Sub-total	4 815	217	199	218	201	188	186	144	162	119	102	6 551	10,1
	H	3 398	149	140	146	145	125	127	100	104	88	67	4 589	
	M	1 417	68	59	72	56	63	59	44	58	31	35	1 962	
≥60 anos	Sub-total	2 777	138	133	137	149	120	113	84	144	95	90	3 980	6,1
	H	1 974	98	88	80	98	81	68	55	92	66	56	2 756	
	M	803	40	45	57	51	39	45	29	52	29	34	1 224	
Desconhecido	Sub-total	218	0	0	0	0	0	0	0	0	0	218	0,3	
<b>Total</b>		<b>53 373</b>	<b>1 367</b>	<b>1 415</b>	<b>1 417</b>	<b>1 298</b>	<b>1 132</b>	<b>1 185</b>	<b>914</b>	<b>1 054</b>	<b>897</b>	<b>876</b>	<b>64 928</b>	<b>100,0</b>

Legenda: H- Homens; M - Mulheres.

**Nota:** estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo e 23 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns grupos etários, para alguns anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.

O número de novos casos nos diferentes grupos etários mostrou-se genericamente decrescente ao longo da última década, contudo, o impacto da pandemia de CoVID-19 torna ainda difícil a interpretação das tendências para os anos mais recentes (**quadro 20**). Os resultados da análise comparativa relativa ao número de casos com diagnóstico em 2014 e 2023 mostraram que o escalão 50-59 anos apresentou a maior redução (53,0%) e que no escalão 25-29 anos se observou um pequeno aumento (5%).

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>7,8</sup> (figura 13A). No mesmo período, as taxas de diagnóstico mais elevadas observaram-se sempre no grupo etário dos 25-29 anos e as mais baixas no grupo dos 15-19 anos (figura 13B).



Figura 13. Casos de infeção por VIH (2014-2023): distribuição (%) (A) e taxa de novos casos (B) por grupo etário e ano de diagnóstico.

### Distribuição geográfica

A informação relativa à residência é, entre outros, 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. Na análise dessa informação para o nível NUTS II verificou-se que a A.M. de Lisboa acumula o maior número de casos de infeção por VIH entre os seus residentes (n=33 428), correspondendo a 51,5% do total de casos notificados no país, seguida da região Norte com 25,1% (n=16 298). A.A.M. do Porto é a segunda região NUTS III com maior número de casos acumulados a seguir à A.M. de Lisboa.

Quadro 21. Casos de infeção por VIH (1983-2023): distribuição por residência (NUTS II e III)   data da notificação.

Região de residência		Ano de diagnóstico											Total	
NUTSII	NUTSIII	�2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	N	%
Norte	Sub-total	13 544	330	321	327	310	284	272	204	230	245	231	16 298	25,1
	Alto Minho	387	13	20	13	15	16	8	4	14	23	12	525	
	Cávado	892	34	25	23	31	11	21	16	22	28	25	1 128	
	Ave	599	28	22	21	14	22	16	10	19	20	14	785	
	A. M. do Porto	10 347	205	196	224	198	182	185	134	135	134	136	12 076	
	Alto Tâmega	86	4	1	3	2	1	2	3	0	2	3	107	
	Tâmega e Sousa	722	37	45	33	39	33	24	25	22	23	29	1 032	
	Douro	312	6	9	7	6	15	12	7	11	7	6	398	
	Terras de Tr�s-os-Montes	199	3	3	3	5	4	4	5	7	8	6	247	
Centro	Sub-total	5 337	229	223	213	214	178	167	145	163	146	130	7 145	11,0
	Oeste	964	34	40	38	29	17	28	32	35	23	15	1 255	
	Região de Aveiro	935	44	59	52	59	46	48	32	22	31	44	1 372	
	Região de Coimbra	1 219	64	55	44	45	46	42	32	32	39	26	1 644	
	Região de Leiria	791	38	26	24	20	26	13	20	27	25	18	1 028	
	Viseu D�o-Lafões	454	18	20	19	15	22	15	9	22	16	0	610	
	Beira Baixa	210	8	4	5	11	7	3	2	9	3	5	267	
	Médio Tejo	493	16	13	20	21	10	9	8	6	7	17	620	
A.M. de Lisboa	Beiras e Serra da Estrela	271	7	6	11	14	4	9	10	10	2	5	349	
	Sub-total	27 938	652	695	679	595	522	576	454	513	380	424	33 428	51,5
Alentejo	A. M. de Lisboa	27 938	652	695	679	595	522	576	454	513	380	424	33 428	
	Sub-total	1 978	50	57	57	49	39	44	23	32	36	32	2 397	3,7
	Alentejo Litoral	307	10	13	7	5	5	9	5	7	8	8	384	
	Baixo Alentejo	317	6	9	11	1	1	1	1	3	12	8	370	
	Lezíria do Tejo	870	19	19	24	30	19	23	14	11	9	12	1 050	
	Alto Alentejo	182	7	9	5	4	6	8	3	5	2	1	232	
Algarve	Alentejo Central	302	8	7	10	9	8	3	0	6	5	3	361	
	Sub-total	2 691	77	72	71	61	70	57	43	69	45	27	3 283	5,1
R. A. dos Açores	Algarve	2 691	77	72	71	61	70	57	43	69	45	27	3 283	
	R. A. dos Açores	358	6	4	15	13	13	17	7	2	8	13	456	0,7
R. A. da Madeira	R. A. da Madeira	593	13	28	16	21	13	25	22	12	13	13	769	1,2
Outro pais		243	2	3	10	6	4	14	8	16	1	0	307	0,5
Não referida		691	8	12	29	29	9	13	8	17	23	6	845	1,3
<b>Total</b>		<b>53 373</b>	<b>1 367</b>	<b>1 415</b>	<b>1 417</b>	<b>1 298</b>	<b>1 132</b>	<b>1 185</b>	<b>914</b>	<b>1 054</b>	<b>897</b>	<b>876</b>	<b>64 928</b>	<b>100,0</b>

As taxas médias de novos diagnósticos de infeção por VIH, relativas ao último quinquénio (2019 a 2023), foram apuradas para as diferentes regiões NUTS III do continente e ilhas (**figura 14**) e os valores mais elevados verificaram-se na A.M. de Lisboa (16,1 casos/10<sup>5</sup> habitantes), na região do Algarve (10,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e na região de Aveiro (9,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes). A taxa média nacional determinada para este período foi de 9,4 casos/10<sup>5</sup> habitantes.

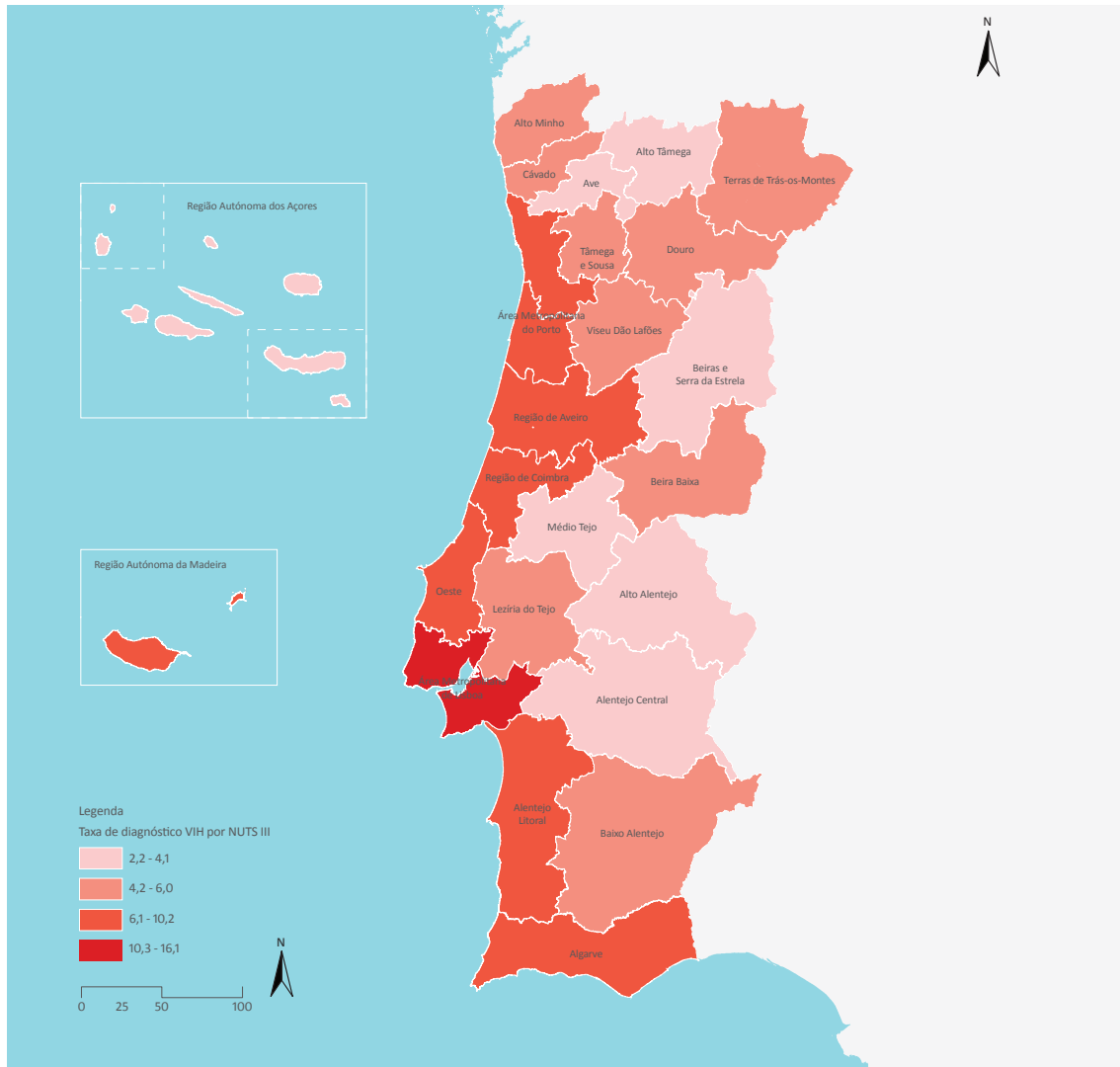


Figura 14. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2019-2023) por região NUTS III.

Os distritos com maior número acumulado de residentes com infeção por VIH, em todo o período em análise e também na última década, são, por ordem decrescente, Lisboa, Porto e Setúbal (**quadro 22**). Inversamente, Portalegre, Bragança e Guarda são, por esta ordem, os distritos do país com menor número de casos acumulados até ao final de 2023.

As taxas anuais dos novos diagnósticos ocorridos entre 2014 e 2023, por distrito ou região autónoma de residência, são apresentadas no **quadro 23**. Ao longo desta década, a taxa anual mais elevada foi sempre observada no distrito de Lisboa, que registou uma taxa média de 17,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes. O distrito de Setúbal com uma taxa média de novos diagnósticos de 11,5 casos/10<sup>5</sup> habitantes e o de Faro com 10,4 casos/10<sup>5</sup> habitantes foram, respetivamente o segundo e terceiro com as taxas mais elevadas.

Quadro 22. Casos de infeção por VIH (1983-2023): distribuição por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	N	%
Aveiro	1 528	66	80	76	81	63	73	51	41	50	55	2 164	3,3
Beja	376	8	11	13	1	1	5	2	4	12	8	441	0,7
Braga	1 501	62	48	44	48	33	39	26	41	48	40	1 930	3,0
Bragança	206	3	4	4	5	5	5	5	7	9	6	259	0,4
Castelo Branco	334	11	5	13	17	11	5	7	10	4	9	426	0,7
Coimbra	1 182	61	54	43	43	46	40	30	31	38	26	1 594	2,5
Évora	302	8	7	10	9	8	3	0	6	5	3	361	0,6
Faro	2 691	77	72	71	61	70	57	43	69	45	27	3 283	5,1
Guarda	183	4	5	6	8	2	8	6	12	1	3	238	0,4
Leiria	1 332	57	39	43	34	34	22	38	45	35	24	1 703	2,6
Lisboa	22 598	590	591	591	496	436	481	385	421	319	354	27 262	42,0
Portalegre	182	7	9	5	4	6	8	3	5	2	1	232	0,4
Porto	10 438	220	216	233	211	197	182	142	138	138	152	12 267	18,9
Santarém	1 240	34	32	34	48	26	28	18	16	13	26	1 515	2,3
Setúbal	6 104	86	142	119	122	101	123	90	116	85	88	7 176	11,1
Viana do Castelo	387	13	20	13	15	16	8	4	14	23	12	525	0,8
Vila -Real	333	9	5	7	6	8	10	6	5	5	9	403	0,6
Viseu	571	22	28	22	20	30	19	13	26	20	1	772	1,2
R.A. Açores	358	6	4	15	13	13	17	7	2	8	13	456	0,7
R.A. Madeira	593	13	28	16	21	13	25	22	12	13	13	769	1,2
Estrangeiro	243	2	3	10	6	4	14	8	16	1	0	307	0,5
Desconhecido	691	8	12	29	29	9	13	8	17	23	6	845	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>53 373</b>	<b>1 367</b>	<b>1 415</b>	<b>1 417</b>	<b>1 298</b>	<b>1 132</b>	<b>1 185</b>	<b>914</b>	<b>1 054</b>	<b>897</b>	<b>876</b>	<b>64 928</b>	<b>100,0</b>

Quadro 23. Casos de infeção por VIH (2014-2023): 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										
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Aveiro	9,4	11,4	10,8	11,6	9,0	10,5	7,3	5,8	7,1	7,8	
Beja	5,4	7,5	8,8	0,7	0,7	3,5	1,4	2,8	8,3	5,5	
Braga	7,4	5,7	5,2	5,7	3,9	4,7	3,1	4,9	5,7	4,7	
Bragança	2,3	3,1	3,1	3,9	3,9	4,0	4,0	5,6	7,3	4,9	
Castelo Branco	5,9	2,7	6,9	9,2	6,0	2,8	3,9	5,6	2,2	5,0	
Coimbra	14,5	12,9	10,2	10,3	11,1	9,7	7,3	7,5	9,2	6,3	
Évora	5,0	4,4	6,2	5,7	5,1	1,9	0,0	3,9	3,3	2,0	
Faro	17,1	15,9	15,8	13,5	15,4	12,5	9,4	14,8	9,6	5,7	
Guarda	2,6	3,3	3,9	5,3	1,3	5,4	4,1	8,3	0,7	2,1	
Leiria	12,3	8,5	9,3	7,4	7,4	4,8	8,3	9,8	7,6	5,2	
Lisboa	26,3	26,3	26,4	22,0	19,3	21,2	16,9	18,4	14,0	15,5	
Portalegre	6,2	8,1	4,4	3,6	5,5	7,4	2,8	4,7	1,9	1,0	
Porto	12,3	12,1	13,0	11,8	11,0	10,2	7,9	7,7	7,7	8,4	
Santarém	7,7	7,3	7,7	11,0	6,0	6,5	4,2	3,8	3,0	6,0	
Setúbal	10,1	16,6	13,9	14,2	11,8	14,3	10,4	13,3	9,7	10,0	
Viana do Castelo	5,5	8,5	5,5	6,4	6,8	3,4	1,7	6,0	9,9	5,2	
Vila -Real	4,6	2,6	3,6	3,1	4,2	5,3	3,2	2,7	2,7	4,9	
Viseu	6,0	7,8	6,0	5,5	8,4	5,3	3,7	7,4	5,7	0,3	
R.A. Açores	2,5	1,7	6,2	5,4	5,4	7,1	2,9	0,8	3,4	5,4	
R.A. Madeira	5,0	11,0	6,2	8,3	5,2	10,0	8,8	4,8	5,2	5,1	
<b>Total</b>	<b>13,2</b>	<b>13,6</b>	<b>13,7</b>	<b>12,6</b>	<b>11,0</b>	<b>11,4</b>	<b>8,8</b>	<b>10,1</b>	<b>8,5</b>	<b>8,2</b>	

As taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH foram também apuradas relativamente aos concelhos de residência, para o período 2019-2023. Para esta análise foram considerados apenas os concelhos que no quinquénio contabilizaram um número superior a 10 casos. No **quadro 24** são apresentados os resultados para os municípios que no período em análise apresentaram uma taxa média de diagnósticos superior à taxa média nacional.

Lisboa, Sintra e Amadora foram, por ordem decrescente, os três municípios com maior número de novos casos, no entanto, o concelho que apresentou a taxa mais elevada no período (27,1 casos/10<sup>5</sup> habitantes) foi o concelho da Amadora, seguindo-se Lisboa, Portimão e Sintra. Alguns destes valores poderão sofrer alterações devido a atraso na notificação, que previsivelmente terá maior impacto nos resultados da análise a um nível geográfico mais granular.

No quinquénio em análise, como referido anteriormente, a taxa média dos diagnósticos de infeção por VIH realizados no país foi de 9,4 casos/10<sup>5</sup> habitantes, constatando-se que, no mesmo período, as taxas de diagnóstico em cinco municípios do país foram superiores ao dobro da taxa nacional.

Quadro 24. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2019-2023) nos municípios com taxas superiores à taxa nacional.

Concelho	Nº de casos VIH (2019-2023)	Nº casos/10 <sup>5</sup> habitantes	Rate ratio (RR)
Amadora	236	27,1	2,9
Lisboa	620	22,3	2,4
Portimão	67	22,0	2,3
Sintra	421	21,6	2,3
Sever do Vouga	11	20,0	2,1
Porto	219	18,3	1,9
Almada	151	16,9	1,8
Odivelas	126	16,8	1,8
Loures	160	15,7	1,7
Peniche	19	14,1	1,5
Cascais	148	13,7	1,5
Setúbal	80	12,9	1,4
Soure	11	12,7	1,4
Seixal	107	12,7	1,4
Aveiro	52	12,5	1,3
Albufeira	27	11,9	1,3
Oliveira do Bairro	14	11,7	1,2
São João da Madeira	13	11,4	1,2
Azambuja	12	10,9	1,2
Vila Franca de Xira	72	10,4	1,1
Vila Nova de Gaia	155	10,1	1,1
Figueira da Foz	30	10,1	1,1
Faro	34	9,9	1,1
Ílhavo	20	9,9	1,1

**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 9,4 casos/10<sup>5</sup> habitantes.



### Origem geográfica

A análise dos dados referentes à origem geográfica dos casos, é efetuada utilizando a informação relativa ao país de nascimento, à semelhança do que é efetuado pela vigilância epidemiológica europeia, e os países de origem são agrupados segundo as regiões geográficas indicadas no protocolo de reporte ao sistema de vigilância europeu - *The European Surveillance System*, TESSy.

A **figura 15** ilustra a distribuição dos casos do último decénio segundo a origem geográfica e o ano de diagnóstico. Observa-se um decréscimo marcado dos casos em indivíduos nascidos em Portugal (59%), por outro lado, os casos em pessoas nascidas na América Latina aumentaram marcadamente (147%). A proporção de novos casos em indivíduos nascidos no estrangeiro teve um aumento contínuo e, pela primeira vez nos 40 anos da epidemia VIH nacional, em 2023 foram em maior número que os casos que indicaram ter nascido em Portugal (466 vs 410).



Figura 15. Casos de infeção por VIH (2014-2023): distribuição (n) (A) e (%) (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

### Modo de transmissão

Os casos com diagnóstico em Portugal, acumulados ao longo das quatro décadas da epidemia, referem maioritariamente transmissão por via sexual (66,4%). As relações heterossexuais foram indicadas como forma provável de aquisição da infeção por VIH em 46,4% dos casos, sendo a forma de trans-

missão mais frequente na última década (54,7%; 6 325/11 555) e em todos os anos que a constituem. A transmissão associada a relações sexuais entre homens constitui 19,9% do total, mas representa 37,9% (4 374/11 555) dos casos diagnosticados entre 2014 e 2023 (**quadro 25**). A segunda maior fração do total acumulado com diagnóstico no país (30,1%) corresponde a casos de transmissão associada ao consumo de drogas injetadas, no entanto, apenas em 2,1% desses casos (401/19 546) o diagnóstico ocorreu nos últimos dez anos.

A maior proporção dos casos acumulados de pessoas do sexo masculino, consiste em casos de transmissão heterossexual (34,6%; 16 220/46 842) seguindo-se os casos em UDI (34,5%; 16 150/46 842) e em HSH (27,6%; 12 944/46 842). Na década mais recente, 2014 a 2023, a maioria dos diagnósticos em homens ocorreu em HSH (52,5%; 4 374/8 331), seguindo-se os casos associados a relações heterossexuais (39,7%; 3 307/8 331) e em UDI (4,1%; 340/8 331). Os casos acumulados do sexo feminino são maioritariamente de transmissão heterossexual (77,1%; 13 924/18 055), proporção essa que aumenta nos casos com diagnóstico na década mais recente (93,9%; 3 018/3 213).

Quadro 25. Casos de infeção por VIH (1983-2023): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	N	%
Heterossexual	Sub-total	23 822	815	761	798	759	652	642	462	568	440	428	30 147	46,4
	H	12 913	464	420	422	406	351	321	220	278	222	203	16 220	
	M	10 906	351	341	376	353	301	321	242	290	218	225	13 924	
HSH	Sub-total (H)	8 560	442	549	526	463	405	455	379	402	386	367	12 924	19,9
	UDI	Sub-total	19 145	64	66	48	37	35	47	30	27	24	23	19 546
	H	15 810	59	52	40	31	25	41	27	21	23	21	16 150	
	M	3 334	5	14	8	6	10	6	3	6	1	2	3 395	
	Mãe-filho	Sub-total	468	7	6	5	7	2	0	2	5	5	4	511
	H	215	2	1	2	3	1	0	1	2	4	3	234	
	M	251	5	5	3	4	1	0	1	3	1	1	275	
	Transfusão ou Hemoderivados	Sub-total	456	6	0	3	1	3	3	2	1	1	2	478
	H	309	3	0	1	0	3	1	0	0	0	0	317	
	M	147	3	0	2	1	0	2	2	1	1	2	161	
	Outro/ND	Sub-total	109	8	3	3	2	3	7	3	5	2	5	150
	H	54	3	1	3	1	1	1	1	0	1	1	67	
	M	43	5	2	0	1	1	3	1	3	0	1	60	
	T	12	0	0	0	0	1	3	1	2	1	3	23	
Não referido	Sub-total	813	25	30	34	29	33	34	37	48	40	49	1 172	1,8
<b>Total</b>		<b>53 373</b>	<b>1 367</b>	<b>1 415</b>	<b>1 417</b>	<b>1 298</b>	<b>1 132</b>	<b>1 185</b>	<b>914</b>	<b>1 054</b>	<b>897</b>	<b>876</b>	<b>64 928</b>	<b>100,0</b>

Legenda: H - Homens; M - Mulheres; T - Pessoa trans; HSH- homens que têm sexo com homens; UDI -utilizadores de drogas injetadas; ND - não determinado.

**Notas:** estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo, pelo que, para algumas categorias, 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



A **figura 16A** mostra as grandes variações que se observaram, ao longo das quatro décadas da epidemia em Portugal, na frequência de novos casos, segundo os diferentes modos de transmissão. A mais evidente foi verificada para os casos associados ao consumo de drogas injetadas, que na década de 90 tiveram um aumento muito acentuado até 1999, seguido de um decréscimo contínuo. A comparação do número de casos em UDI, com diagnóstico em 2014 e 2023, revela uma redução de 64%. 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 36% em mulheres). Os diagnósticos em HSH apresentaram uma tendência crescente entre 2005 e 2012. Após esse ano observam-se algumas variações, difíceis de interpretar, no entanto, a comparação do número de casos com diagnóstico em 2014 e em 2023 revela um decréscimo de 17%. Desde 2015, os casos em HSH correspondem anualmente à maioria dos casos reportados em homens (**figura 16B**).

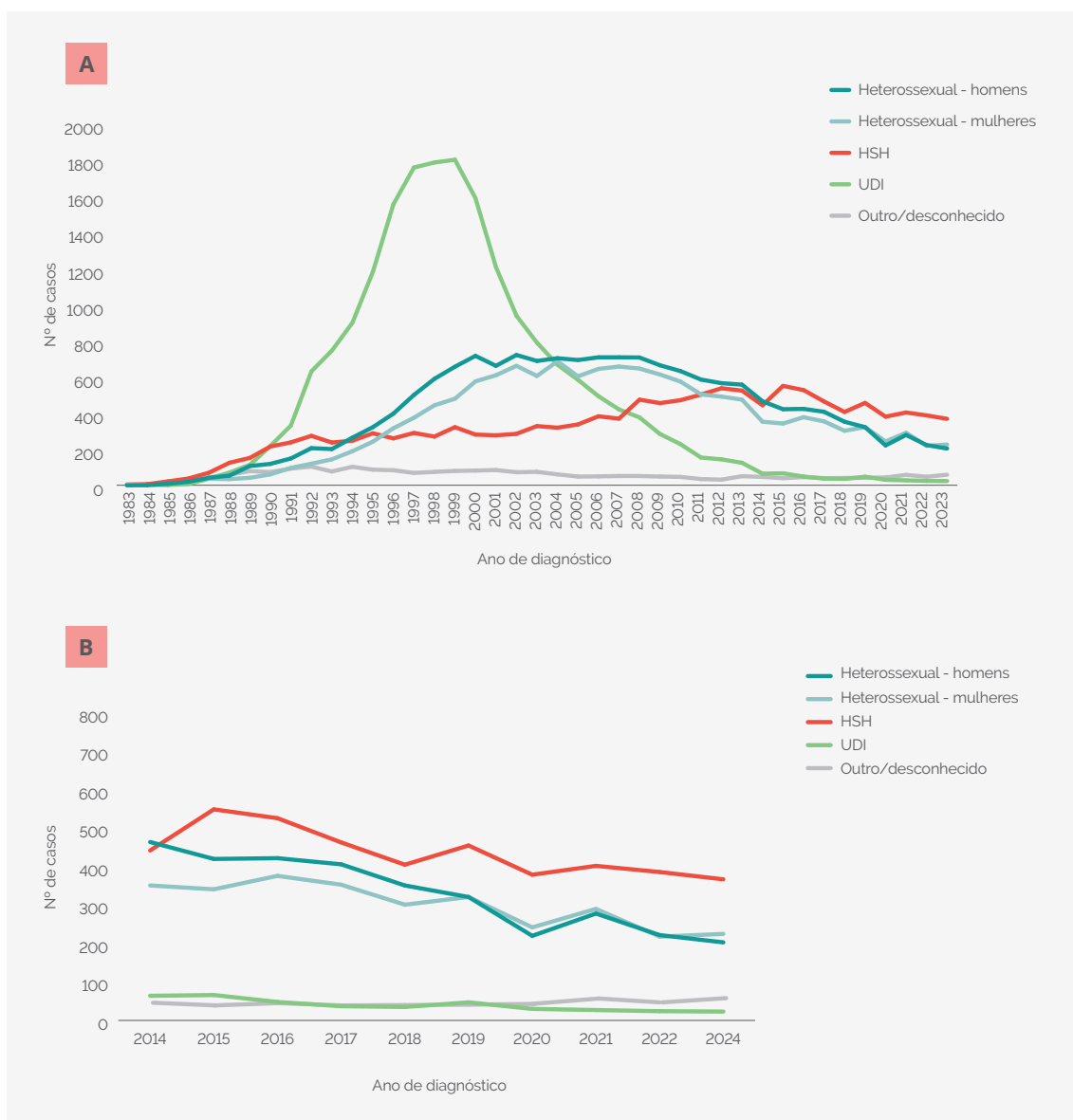


Figura 16. Casos de infeção por VIH, distribuição segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico: período 1983 a 2023 (A); período de 2014 a 2023 (B).

### Tipo de vírus

As infeções por VIH-1 correspondem a 95,5% do total dos casos acumulados com diagnóstico em Portugal e em 3,2% dos casos foi indicada infeção por VIH-2 (**quadro 26**). Os casos registados como VIH1+VIH2 são maioritariamente casos de infeção por VIH notificados no passado, em que o tipo de vírus não foi identificado ou, mais raramente, poderão corresponder a infeções duplas.

Quadro 26. Casos de infeção por VIH (1983-2023): 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	
≤2013	50 901	1 783	458	231	53 373
2014	1 292	39	7	29	1 367
2015	1 368	37	3	7	1 415
2016	1 348	51	4	14	1 417
2017	1 246	42	2	8	1 298
2018	1 081	38	3	10	1 132
2019	1 149	26	1	9	1 185
2020	886	20	0	8	914
2021	1 009	31	3	11	1 054
2022	870	18	0	9	897
2023	842	15	1	18	876
<b>Total</b>	<b>61 992</b>	<b>2 100</b>	<b>482</b>	<b>354</b>	<b>64 928</b>

São regularmente diagnosticados em Portugal casos de infeção por VIH-2. Nos 2 171 casos acumulados entre 1983 e 2023, 2 100 tiveram diagnóstico no país. O maior número desses casos regista-se em mulheres (1 097/2 100; 52,2%), a idade mediana à data do diagnóstico foi de 44,0 anos e 63,8% (1 339/2 100) referiam residência na Área Metropolitana de Lisboa à data de notificação. A informação relativa à naturalidade, disponível em 69,4% (1 457/2 100) dos casos diagnosticados no país, revela que 71,9% dessas pessoas (651/906) eram originárias de países da África Subariana, a maioria das quais (77,4%; 701/906) da Guiné-Bissau. Foi referida transmissão por contacto heterossexual em 83,4% (1 752/2 100) dos casos que reportaram infeção por VIH-2. Ocorreram no país 698 diagnósticos de estágio SIDA em casos de infeção por VIH-2 e foram comunicados 588 óbitos para o total de casos de infeção por este vírus.

Entre 2014 e 2023 foram diagnosticados 317 casos de infeção por VIH-2, 61,3% dos quais em mulheres, a mediana da idade ao diagnóstico foi de 54,0 anos, 74,2% dos indivíduos residiam na A.M. de Lisboa, 72,9% eram oriundos da África Subariana, 82,7% desses eram naturais da Guiné-Bissau e 93,6% dos casos referiam transmissão heterossexual e a mediana dos valores das contagens de linfócitos TCD4+, conhecidas em 83,3% dos casos, foi igual a 398,5 células/mm<sup>3</sup>. Neste período foram ainda diagnosticados 81 casos de SIDA, 52 dos quais (64,2%) concomitantemente com o diagnóstico da infeção por VIH-2 e notificados 115 óbitos, em pessoas com idade mediana de 62,0 anos ao óbito e em que o intervalo médio entre o diagnóstico e a morte foi de 10,0 anos.

### Estádio clínico inicial

Segundo a definição de caso de infeção por VIH e de SIDA em vigor na UE e no país<sup>5,6</sup>, para efeitos de vigilância epidemiológica o estadiamento dos casos de 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, não incluindo os valores das contagens de células TCD4+, ou seja, o critério imunológico.



A informação relativa ao estágio clínico é recolhida desde a implementação da vigilância nacional para a infecção VIH e SIDA. Os resultados da análise dessa informação estão resumidos no **quadro 27**, revelando que na maioria dos casos (58,6%) o diagnóstico ocorreu na fase assintomática da infecção e que em 24,6% dos casos acumulados o diagnóstico da infecção por VIH foi concomitante com o diagnóstico de SIDA. No entanto, quando são analisados apenas os diagnósticos ocorridos na última década, a proporção de casos assintomáticos aumenta para 64,9% (7 494/11 555) e a de casos com diagnóstico concomitante de SIDA decresce para 15,2% (1 751/11 555).

Quadro 27. Casos de infecção por VIH (1983-2023): distribuição por estágio clínico inicial e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Estádio inicial										Total N
	Infecção aguda		Assintomático		Sintomático não-SIDA		SIDA		Não referido		
Ano de diagnóstico	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N
≤2013	27	0,1	30 535	57,2	5 758	10,8	14 195	26,6	2 858	5,4	53 373
2014	14	1,0	945	69,1	152	11,1	236	17,3	20	1,5	1 367
2015	25	1,8	999	70,6	154	10,9	202	14,3	35	2,5	1 415
2016	28	2,0	925	65,3	156	11,0	256	18,1	52	3,7	1 417
2017	35	2,7	871	67,1	157	12,1	184	14,2	51	3,9	1 298
2018	50	4,4	736	65,0	146	12,9	154	13,6	46	4,1	1 132
2019	70	5,9	764	64,5	148	12,5	161	13,6	42	3,5	1 185
2020	35	3,8	550	60,2	127	13,9	163	17,8	39	4,3	914
2021	53	5,0	623	59,1	169	16,0	182	17,3	27	2,6	1 054
2022	37	4,1	543	60,5	153	17,1	118	13,2	46	5,1	897
2023	38	4,3	538	61,4	156	17,8	95	10,8	49	5,6	876
<b>Total</b>	<b>412</b>	<b>0,6</b>	<b>38 029</b>	<b>58,6</b>	<b>7 276</b>	<b>11,2</b>	<b>15 946</b>	<b>24,6</b>	<b>3 265</b>	<b>5,0</b>	<b>64 928</b>

### Diagnósticos tardios

Conforme referido anteriormente, a informação relativa ao valor das contagens de CD4 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>2</sup>. Os critérios usados nesta classificação foram recentemente revistos<sup>4</sup>, de modo a considerarem outros eventos clínicos com significado na história natural da infecção, nomeadamente as seroconversões recentes e/ou as síndromas retrovirais agudas, bem como o diagnóstico de estágio SIDA, as quais são eventos que permitem, respetivamente, infirmar ou confirmar diagnósticos tardios, independentemente dos valores de CD4.

Estas informações são recolhidas na notificação de caso e têm sido alvo de monitorização, numa perspetiva de informar para a ação, concretamente para iniciativas no âmbito das estratégias de rastreio e diagnóstico precoce.

A **figura 17** apresenta as tendências temporais das percentagens anuais de casos com valores de TCD4+ compatíveis com a definição de apresentação tardia e de doença avançada mais antiga e assente exclusivamente nos valores de CD4 da primeira avaliação e ainda a proporção de diagnósticos tardios segundo a definição atualizada.

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. A análise para os dez últimos anos, por ambas as abordagens, mostra que as percentagens mais elevadas de diagnósticos tardios e de doenças avançadas se registaram em 2021, podendo esta situação resultar de atrasos no diagnóstico provocados pela pandemia CoVID-19.

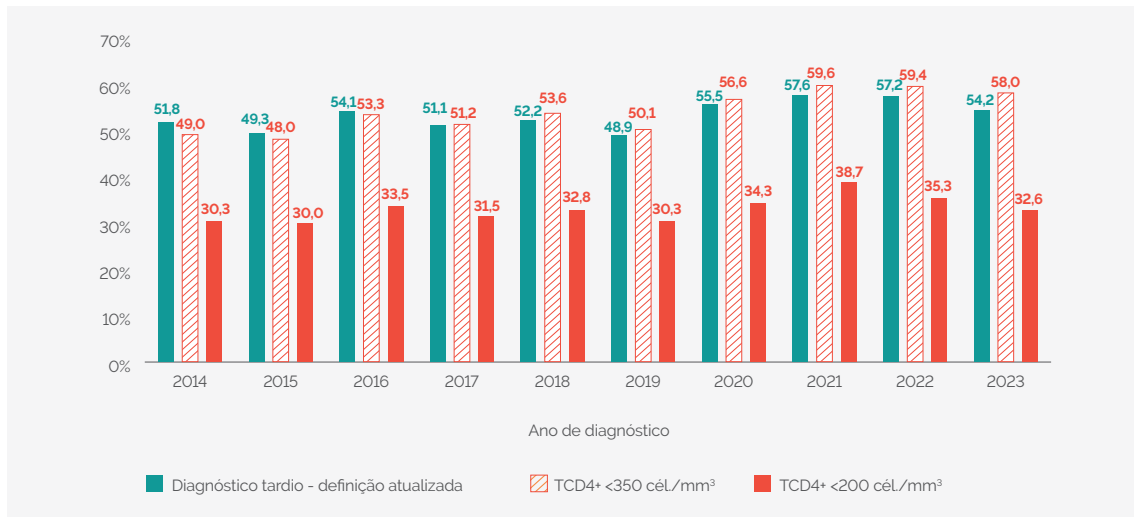


Figura 17. Casos de infeção por VIH (2014-2023): evolução nas proporções de casos com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada e de diagnóstico tardio, segundo a nova definição.

A análise das medianas dos valores das contagens de CD4 desagregada por modo de transmissão, revelou que, entre 2014 e 2023, os casos de transmissão heterossexual em homens apresentaram consistentemente as medianas mais baixas, com valores sempre inferiores a 300 células/mm<sup>3</sup>. Os casos referentes a HSH apresentaram, para a maioria dos anos, as medianas mais elevadas, o que é compatível com um diagnóstico mais atempado (figura 18). O reduzido número anual de diagnósticos entre UDI nos anos em observação teve impacto nas medianas apuradas, pelo que os valores e a tendência deverão ser interpretados com prudência.

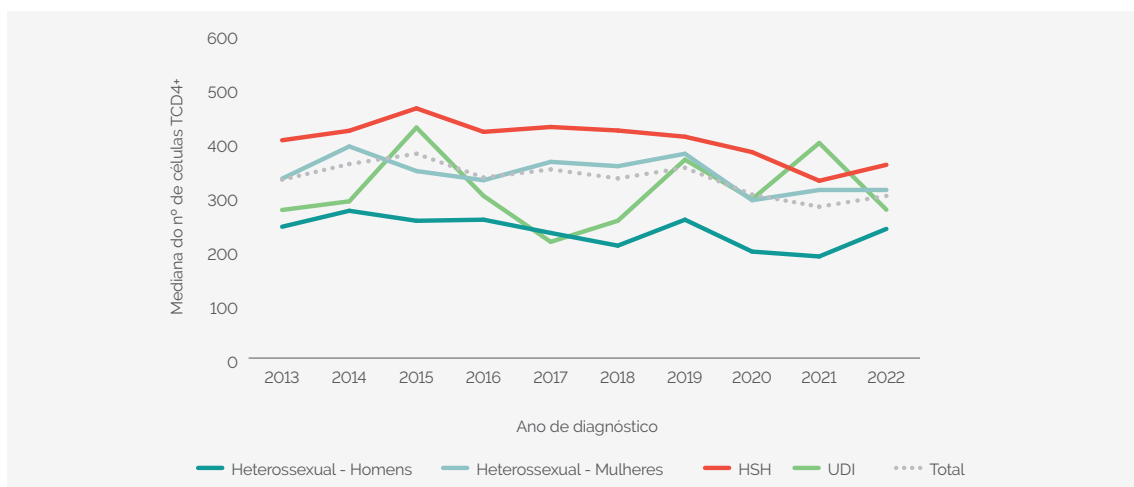


Figura 18. Casos de infeção por VIH (2014-2023): tendências temporais das medianas dos valores das contagens de CD4 à data de diagnóstico, para as principais formas de transmissão.



### Casos de infeção por VIH em crianças

Até 31 de dezembro de 2023 foram notificados 703 casos de infeção por VIH em crianças com idade inferior a 15 anos à data do diagnóstico, 631 dos quais diagnosticados em Portugal. Contudo, apenas em 41 destes (6,5%) o diagnóstico ocorreu na década mais recente.

O **quadro 28 A** apresenta o resumo das características dos casos pediátricos com diagnóstico em Portugal, onde se constata que os casos se distribuem equitativamente entre sexos, que o maior número de diagnósticos ocorreu no primeiro ano de vida e que a via de transmissão mais frequente foi a transmissão mãe-filho. Importa realçar que 92,6% dos casos de transmissão vertical foram diagnosticados nas três décadas anteriores e que, tal como noutros países, as medidas implementadas em Portugal para a prevenção da transmissão vertical de VIH, tiveram sucesso.

Quadro 28 A. Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2023): distribuição por sexo, idade ao diagnóstico, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.

Características	Ano de diagnóstico												Total	%
	≤2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023			
<b>Sexo</b>														
Masculino	290	2	1	1	3	2	0	1	1	4	2	307	48,7	
Feminino	298	5	4	3	4	1	0	2	3	1	1	322	51,0	
<b>Idade</b>														
0-11 meses	280	2	1	1	3	1	0	1	0	2	1	292	46,3	
1-4 anos	121	3	0	3	1	2	0	0	1	2	0	133	21,1	
5-9 anos	83	1	1	0	2	0	0	0	1	1	1	90	14,3	
10-12 anos	42	1	2	0	0	0	0	1	2	0	0	48	7,6	
13-14 anos	64	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	68	10,8	
<b>País de nascimento</b>														
Portugal	284	3	2	1	4	1	0	1	2	1	3	302	47,9	
África Subsariana	90	4	2	2	3	1	0	2	2	4	0	110	17,4	
Outra	18	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	20	3,2	
Não referida	198	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	199	31,5	
<b>Modo de transmissão</b>														
Mãe-filho	462	7	5	4	6	2	0	2	4	5	2	499	79,1	
Transfusão ou hemoderivados	57	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	58	9,2	
Heterossexual	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	4,0	
HSH	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	1,3	
UDI	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	3,0	
Outro/não determinado	11	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12	1,9	
Não referido	9	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10	1,6	
<b>Total</b>	<b>590</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>631</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.

## Transmissão vertical de VIH

O Grupo de Trabalho sobre Infeção por VIH na Criança (GTVIHC), criado em 1998, é atualmente um grupo de estudo da Sociedade de Infeciologia Pediátrica e conta com a participação de pediatras de 50 hospitais nacionais. Desde a sua génese o grupo recolhe e analisa informações relativas às crianças nascidas de mães que vivem com VIH, desde o parto até ao término do seguimento. As informações recolhidas (demográficas e clínicas) permitem identificar os casos de infeção na criança e avaliar fatores de risco, da mãe e da criança, para essa transmissão.

O conhecimento do número de crianças nascidas de mães com infeção por VIH permite o apuramento da taxa de transmissão vertical, informação que não é possível obter através do sistema de notificação, no qual apenas são registados os casos de infeção já confirmados. O GTVIHC disponibilizou informação relativa ao número de crianças nascidas em Portugal entre 2014 e 2023, filhas de mães que vivem com VIH, quanto ao tipo de vírus a que estiveram expostas, ao número de crianças infetadas e à taxa de transmissão, que se encontra sistematizada no **quadro 28 B**.

Quadro 28 B. **Crianças nascidas de mães que vivem com VIH (2014-2023): distribuição segundo o ano de nascimento, tipo de vírus da infeção materna, número de infeções e taxa de transmissão.**

Características	Ano de nascimento									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Crianças nascidas de mães que vivem com VIH+ (n)	239	211	217	225	266	219	202	176	228	222
Risco para VIH-1	227	200	205	217	255	208	191	172	220	215
Risco para VIH-2	12	11	12	12	11	8	11	3	5	5
Risco para VIH-1 e VIH-2	0	0	0	0	0	3	0	1	3	2
Crianças infetadas (n)	4	4	2	1	1	0	2	1	2	2
Taxa de transmissão mãe-filho (%)	1,78	2,00	1,48	0,46	0,43	0,00	1,00	0,58	0,95	0,94

**Notas:** A taxa de transmissão é calculada pelo GTVIHC para o tipo de vírus ao qual as crianças estiveram expostas e são excluídas dos cálculos as crianças que abandonam o país ou o seguimento antes do fim do período de seguimento preconizado.

De acordo com a informação disponibilizada, entre 2014 e 2023 nasceram em Portugal 2 205 crianças filhas de mães que vivem com VIH, tendo esta infeção sido transmitida a apenas 19 crianças (0,86%). As taxas de transmissão, calculadas por tipo de vírus ao qual as crianças foram expostas e apenas para as crianças que completaram o seguimento clínico preconizado, foram inferiores a 1,00 % em seis dos dez anos. Na década em análise, 2019 foi o único ano em que não foram diagnosticados casos de transmissão mãe-filho de VIH, em crianças nascidas em Portugal.

O GTVIHC disponibilizou informações adicionais que revelam que desde 2017 predominam as mães de nacionalidades estrangeiras, maioritariamente de países africanos, mais especificamente dos países de língua oficial portuguesa. Relativamente às crianças nascidas em 2023, apenas 33% eram filhas de mães nascidas em Portugal, 64% das mães eram multiparas e em 74% das mulheres a infeção por VIH foi diagnosticada antes da gravidez. Nos casos em que o diagnóstico materno ocorreu durante a gravidez, 71% eram mulheres de origem africana e 49% viviam em Portugal há um ano ou menos. As duas crianças infetadas nasceram de mães com gravidezes não vigiadas ou mal vigiadas, em que o diagnóstico da infeção materna aconteceu no 2º ou 3º trimestres.

A comparação do número de casos de transmissão vertical que consta nos dados disponibilizados pelo GTVIHC e a obtida a partir do sistema de vigilância nacional, evidencia a existência de subnotificação dos casos pediátricos com diagnóstico no período perinatal, mostrando existir uma oportunidade de melhoria na notificação dos mesmos.



### I.2.2. Casos de SIDA

O enquadramento legal vigente determina a obrigatoriedade de notificação dos casos de SIDA, cuja definição de caso<sup>5,6</sup> integra como requisito a presença de uma doença ou condição definidora de SIDA.

A análise estatística da informação referente aos casos de SIDA é apresentada segundo o ano de diagnóstico do estágio e 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.

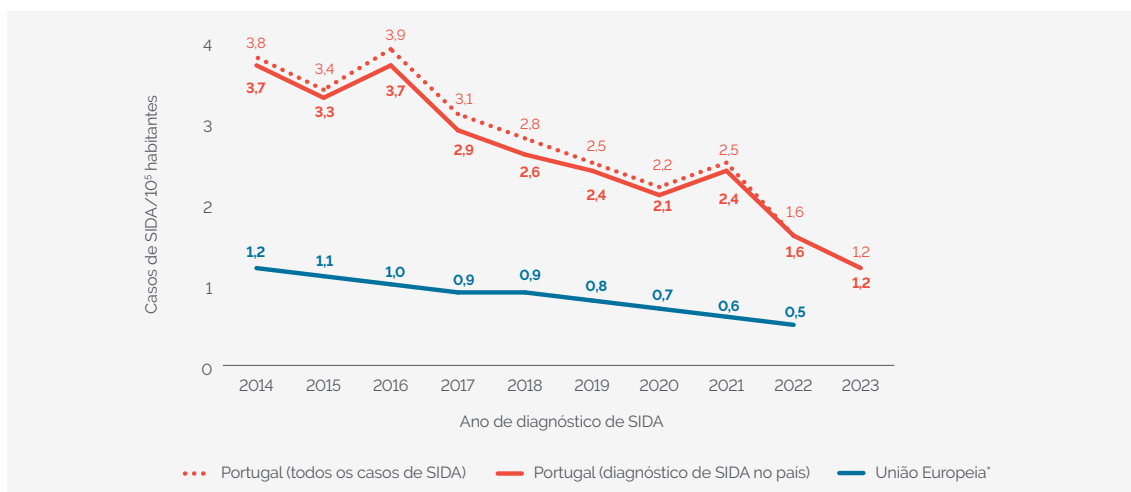
Nas quatro décadas da epidemia VIH foram notificados 23 955 casos de SIDA, dos quais 23 703 foram diagnosticados em Portugal, até 31 de dezembro de 2023. Em 16 038 destes casos (67,7%) o diagnóstico do estágio SIDA ocorreu em simultâneo com o diagnóstico da infeção por VIH.

#### Distribuição temporal

A distribuição dos casos de SIDA por ano de diagnóstico da doença ou condição definidora de SIDA é apresentada no **quadro 29**. O número anual de novos diagnósticos de SIDA atingiu o valor máximo em 1999 e apresenta tendência decrescente a partir de 2003. A comparação do número de casos de SIDA com diagnóstico nos anos 2014 e 2023 revela uma redução de 66%. Os casos de SIDA com diagnóstico nos últimos dez anos correspondem a 11,4% (2 696/23 703) do total de casos de SIDA.

À semelhança do indicado relativamente à interpretação das tendências temporais observadas nos casos de infeção por VIH, uma vez que o número de casos com diagnóstico de SIDA nos anos mais recentes e em particular no último poderá sofrer alterações devido a atraso na notificação, recomenda-se reserva na interpretação das tendências e dos valores encontrados para a variação da incidência de SIDA. Esta revelou uma tendência decrescente, com uma redução de 67% quando comparada a incidência apurada para os anos 2014 e 2023, respetivamente 3,7 casos/10<sup>5</sup> habitantes e 1,2 casos/10<sup>5</sup> habitantes (**figura 19**).

Portugal tem sido um dos países com a taxa mais elevada de diagnósticos de SIDA no conjunto dos países da UE e as taxas anuais observadas têm valores de aproximadamente o triplo da taxa média europeia<sup>7</sup> (**figura 19**).



\*Fonte: WHO Europe/ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2023 (2022 data).

Figura 19. Casos de SIDA (2014-2023): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.

Quadro 29. Casos de SIDA (1983-2023): distribuição por sexo e ano de diagnóstico do estágio.

Ano de diagnóstico SIDA	Nº de casos de SIDA							
	Homens		Mulheres		Total		H/M	
	Todos	Diagn SIDA PT	Todos	Diagn SIDA PT	Todos	Diagn SIDA PT	Todos	Diagn SIDA PT
≤1990	652	649	96	96	748	745	6,8	6,8
1991	262	261	49	49	311	310	5,3	5,3
1992	379	378	83	83	463	462	4,6	4,6
1993	489	489	104	104	593	593	4,7	4,7
1994	606	605	131	131	737	736	4,6	4,6
1995	718	716	143	142	862	859	5,0	5,0
1996	849	846	184	183	1033	1029	4,6	4,6
1997	913	911	168	167	1081	1078	5,4	5,5
1998	949	947	201	200	1150	1147	4,7	4,7
1999	1 048	1 046	243	242	1291	1288	4,3	4,3
2000	982	979	239	236	1221	1215	4,1	4,1
2001	982	977	203	203	1185	1180	4,8	4,8
2002	982	977	220	219	1202	1196	4,5	4,5
2003	888	885	255	249	1146	1137	3,5	3,6
2004	862	854	228	226	1090	1080	3,8	3,8
2005	820	812	206	204	1026	1016	4,0	4,0
2006	692	686	255	249	947	935	2,7	2,8
2007	657	653	206	204	863	857	3,2	3,2
2008	621	617	227	226	849	844	2,7	2,7
2009	539	532	203	202	742	734	2,7	2,6
2010	546	538	229	226	775	764	2,4	2,4
2011	484	478	169	167	653	645	2,9	2,9
2012	447	441	186	181	634	623	2,4	2,4
2013	378	370	166	164	544	534	2,3	2,3
2014	307	295	91	87	398	382	3,4	3,4
2015	257	243	100	98	357	341	2,6	2,5
2016	288	274	113	112	401	386	2,5	2,4
2017	231	217	90	84	321	301	2,6	2,6
2018	192	179	98	93	290	272	2,0	1,9
2019	171	165	88	84	259	249	1,9	2,0
2020	166	162	60	58	226	220	2,8	2,8
2022	163	158	94	92	257	250	1,7	1,7
2023	130	127	41	40	171	167	3,2	3,2
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>90</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>129</b>	<b>128</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>

Legenda: H - homens; M- mulheres; Diagn SIDA PT - diagnóstico do estágio SIDA em Portugal.

**Nota:** Estão registados 1 caso sem informação relativa ao sexo e 6 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns anos e no global, o total é diferente da soma das partes.



### 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**). Estão registados seis casos de SIDA em pessoas trans, com diagnóstico em décadas anteriores.

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 em indivíduos do sexo masculino apresenta tendência decrescente a partir de 2003, enquanto os casos em mulheres mantiveram-se relativamente estáveis entre 1998 e 2010, decrescendo no período posterior. A análise comparativa do número de casos registados em 2014 e em 2023 mostra redução de 69% e de 56%, respetivamente, nos casos em homens e em mulheres. O decréscimo da taxa de incidência de SIDA em ambos os sexos, apurado por comparação das taxas obtidas para os mesmos anos, foi de 70% para o sexo masculino e 57% para o feminino (**figura 20**).

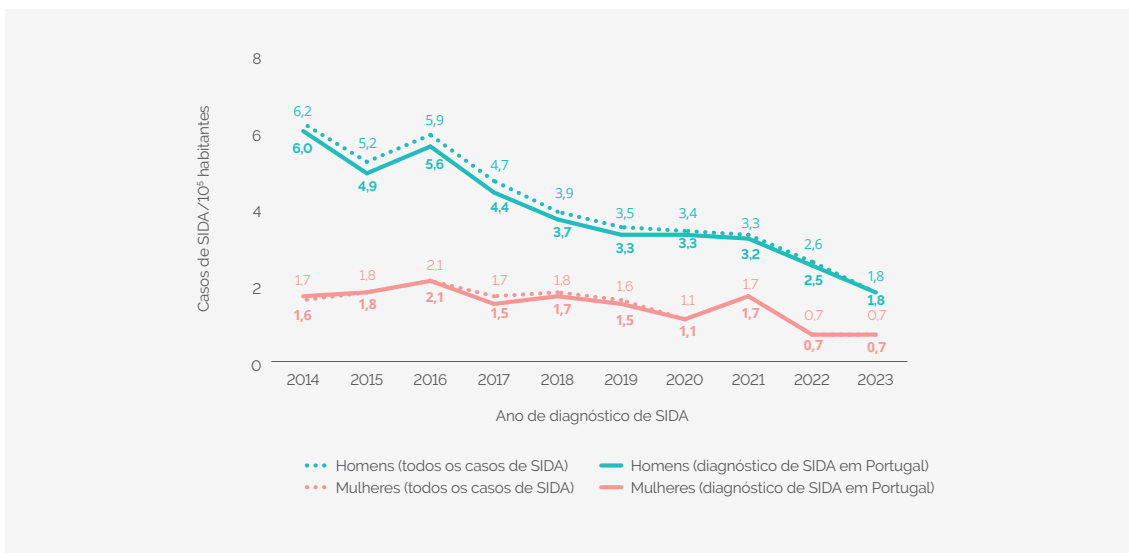


Figura 20. Casos de SIDA (2014-2023): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio e sexo.

### Idade ao diagnóstico de SIDA

O maior número acumulado de casos de SIDA regista-se no grupo dos 30 aos 39 anos (n=8 490), no entanto, na década mais recente, o maior número de diagnósticos de SIDA ocorreu em indivíduos com idade entre os 40 e os 49 anos (n=837) e a análise dos casos identificados nesse período mostrou que em 66,3% (1 788/2 696) a idade ao diagnóstico do estágio era superior ou igual a 40 anos (**quadro 30**). A estratificação por sexo revelou um padrão de distribuição de idades idêntico entre sexos e em relação ao padrão descrito para o total, tanto para os casos acumulados como para os casos que têm diagnóstico de SIDA entre 2014 e 2023.

Quadro 30. Casos de SIDA (1983-2023): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.

Grupo etário		Ano de diagnóstico de SIDA											Total	
		≤2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	N	%
<15 anos	Sub-total	145	1	1	2	3	1	0	0	1	2	1	157	0,7
	H	78	1	1	1	3	1	0	0	0	2	1	88	
	M	67	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	69	
15-19 anos	Sub-total	192	2	2	1	1	1	2	0	1	1	1	204	0,9
	H	122	2	1	1	1	0	0	0	1	0	1	129	
	M	70	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0	75	
20-29 anos	Sub-total	4 731	35	28	42	27	24	14	20	21	19	15	4 976	21,0
	H	3 606	27	19	33	24	16	12	14	17	15	11	3 794	
	M	1 123	8	9	9	3	8	2	6	4	4	4	1 180	
30-39 anos	Sub-total	7 851	98	84	89	64	62	61	57	51	40	33	8 490	35,8
	H	6 414	72	59	59	45	38	35	41	28	29	23	6 843	
	M	1 434	26	25	30	19	24	26	16	23	11	10	1 644	
40-49 anos	Sub-total	4 627	123	108	124	92	76	90	64	80	43	37	5 464	23,1
	H	3 728	100	81	93	62	48	59	53	51	35	29	4 339	
	M	897	23	27	31	30	28	31	11	29	8	8	1 123	
50-59 anos	Sub-total	2 113	65	71	70	63	66	50	49	60	36	20	2 663	11,2
	H	1 656	52	53	51	42	46	38	37	39	29	12	2 055	
	M	457	13	18	19	21	20	12	12	21	7	8	608	
≥60 anos	Sub-total	1 295	58	47	58	51	42	32	30	36	26	21	1 696	7,2
	H	995	41	29	36	40	30	21	17	22	17	13	1 261	
	M	300	17	18	22	11	12	11	13	14	9	8	435	
Desconhecido	Sub-total	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0,2
	Total	21 007	382	341	386	301	272	249	220	250	167	128	23 703	100,0

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

**Nota:** Estão registados 1 caso sem informação relativa ao sexo e 6 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns anos 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 (**quadro 31**). Na década de 2014 a 2023, foi no distrito de Lisboa que se registou a taxa média de diagnósticos de SIDA mais elevada, 4,8 casos/10<sup>5</sup> habitantes, seguindo-se os distritos de Setúbal (3,4 casos/10<sup>5</sup> habitantes) e Faro (2,9 casos/10<sup>5</sup> habitantes) (**quadro 32**).

Quadro 31. Casos de SIDA (1983-2023): distribuição por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico de SIDA											Total	
	≤2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	N	%
Aveiro	528	11	16	22	16	11	20	17	13	10	10	674	2,8
Beja	123	1	2	3	0	1	1	2	3	1	2	139	0,6
Braga	534	18	6	6	14	1	13	8	6	6	7	619	2,6
Bragança	84	1	1	1	0	0	1	2	3	2	2	97	0,4
Castelo Branco	140	7	2	5	7	3	1	4	3	1	1	174	0,7
Coimbra	363	11	15	14	9	6	3	8	3	6	4	442	1,9
Évora	127	3	1	5	4	0	0	0	0	2	1	143	0,6
Faro	892	15	16	22	15	17	17	7	14	7	2	1024	4,3
Guarda	75	3	3	1	2	3	3	1	3	0	1	95	0,4
Leiria	426	17	8	7	7	6	4	12	10	5	4	506	2,1
Lisboa	8 716	174	148	154	114	113	101	91	95	61	48	9 815	41,4
Portalegre	52	1	0	1	1	2	1	1	1	0	0	60	0,3
Porto	4 735	53	54	70	39	38	41	26	35	25	22	5 138	21,7
Santarém	460	12	9	8	9	8	3	3	5	2	5	524	2,2
Setúbal	2 602	34	35	42	40	42	21	24	28	19	11	2 898	12,2
Viana do Castelo	153	6	6	1	2	5	2	2	5	3	2	187	0,8
Vila Real	123	5	2	4	3	2	0	1	4	0	2	146	0,6
Viseu	226	5	6	8	6	5	6	6	8	9	0	285	1,2
R.A. Açores	113	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	132	0,6
R.A. Madeira	189	2	6	4	3	2	3	2	1	2	2	216	0,9
Estrangeiro	125	0	2	4	1	2	2	1	6	3	0	146	0,6
Desconhecido	221	1	1	2	6	3	4	1	3	1	0	243	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>21 007</b>	<b>382</b>	<b>341</b>	<b>386</b>	<b>301</b>	<b>272</b>	<b>249</b>	<b>220</b>	<b>250</b>	<b>167</b>	<b>128</b>	<b>23 703</b>	<b>100,0</b>

Quadro 32. Casos de SIDA (2014-2023): taxa de novos casos por 10<sup>5</sup> habitantes por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico de SIDA										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Aveiro	1,6	2,3	3,1	2,3	1,6	2,9	2,4	1,8	1,4	1,4	
Beja	0,7	1,4	2,1	0,0	0,7	0,7	1,4	2,0	0,7	1,3	
Braga	2,1	0,7	0,7	1,7	0,1	1,5	0,9	0,7	0,7	0,8	
Bragança	0,8	0,8	0,8	0,0	0,0	0,8	1,6	2,4	1,6	1,6	
Castelo Branco	3,7	1,1	2,7	3,9	1,7	0,6	2,2	1,7	0,6	0,6	
Coimbra	2,6	3,6	3,4	2,2	1,5	0,7	1,9	0,7	1,5	1,0	
Évora	1,9	0,6	3,2	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,7	
Faro	3,3	3,5	4,9	3,3	3,7	3,7	1,5	3,0	1,5	0,4	
Guarda	1,9	2,0	0,7	1,4	2,1	2,1	0,7	2,1	0,0	0,7	
Leiria	3,7	1,7	1,5	1,5	1,3	0,9	2,6	2,1	1,1	0,8	
Lisboa	7,8	6,6	6,8	5,0	5,0	4,4	4,0	4,2	2,6	2,0	
Portalegre	0,9	0,0	0,9	0,9	1,9	0,9	0,9	1,0	0,0	0,0	
Porto	3,0	3,0	3,9	2,2	2,1	2,3	1,5	1,9	1,4	1,2	
Santarém	2,7	2,1	1,9	2,1	1,9	0,7	0,7	1,2	0,5	1,1	
Setúbal	4,0	4,1	4,9	4,7	4,9	2,4	2,7	3,2	2,1	1,2	
Viana do Castelo	2,5	2,5	0,4	0,9	2,2	0,9	0,9	2,2	1,3	0,9	
Vila -Real	2,5	1,0	2,1	1,6	1,1	0,0	0,5	2,2	0,0	1,1	
Viseu	1,4	1,7	2,2	1,7	1,4	1,7	1,7	2,3	2,6	0,0	
R.A. Açores	0,8	0,8	0,8	1,3	0,8	0,8	0,4	0,4	0,8	0,8	
R.A. Madeira	0,8	2,4	1,6	1,2	0,8	1,2	0,8	0,4	0,8	0,8	
<b>Total</b>	<b>3,7</b>	<b>3,3</b>	<b>3,7</b>	<b>2,9</b>	<b>2,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,1</b>	<b>2,4</b>	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>	

## Modo de transmissão

A estratificação dos casos de SIDA segundo o modo de transmissão revela que o total acumulado de casos que referem transmissão heterossexual é o mais elevado. No entanto, até 2019 predominavam os casos em UDI (**quadro 33**).

Entre 2014 e 2023 foram diagnosticados em Portugal 2 696 casos de SIDA, 64,7% dos quais associados a transmissão heterossexual, 19,1% em HSH e os casos em UDI corresponderam apenas a 11,5% do total de casos. Verificou-se ainda que nesse período a frequência de diagnóstico de SIDA em casos associados aos três principais modos de transmissão foi decrescente, observando-se a maior redução nos casos em UDI (89%), seguida dos casos de transmissão heterossexual (67%). Os casos de SIDA em HSH tiveram a menor redução (56%).

Quadro 33. Casos de SIDA (1983-2023): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico de SIDA											Total	
		≤2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	N	%
Heterossexual	Sub-total	8 235	242	220	249	185	194	177	144	155	98	81	9 980	42,1
	H	5 522	169	132	147	111	109	100	91	78	63	46	6 568	
	M	2 712	73	88	102	74	85	77	53	77	35	35	3 411	
HSH	Sub-total (H)	2 703	62	65	82	59	44	39	45	51	40	27	3 217	13,6
UDI	Sub-total	9 351	71	48	45	42	22	23	18	22	12	8	9 662	40,8
	H	7 903	58	40	38	34	17	20	16	16	9	7	8 158	
	M	1 448	13	8	7	8	5	3	2	6	3	1	1 504	
Outro/ N.D.	Sub-total	368	3	3	5	2	3	4	1	3	5	2	399	1,7
	H	231	2	1	3	2	1	2	0	1	4	2	249	
	M	131	1	2	2	0	2	2	1	2	1	0	144	
Não referido	Sub-total	350	4	5	5	13	9	6	12	19	12	10	445	1,9
<b>Total</b>			<b>21 007</b>	<b>382</b>	<b>341</b>	<b>386</b>	<b>301</b>	<b>272</b>	<b>249</b>	<b>220</b>	<b>250</b>	<b>167</b>	<b>128</b>	<b>23 703</b>

Legenda: H - Homens; M - Mulheres; HSH- homens que têm sexo com homens; UDI -utilizadores de drogas injetadas; ND- não determinado.

**Nota:** Está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo e 6 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns anos e no global, o total é diferente da soma das partes.



### Doenças definidoras de SIDA

A lista das doenças ou condições definidoras de SIDA, segundo a publicação de 1993, consta do Anexo III deste relatório. No formulário de notificação 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, pelo que a análise da frequência do diagnóstico das diferentes doenças e condições indicadoras de SIDA é efetuada de forma independente.

As patologias mais frequentemente referidas no total de casos de SIDA acumulados são, por ordem decrescente, a tuberculose pulmonar, a pneumocistose e a tuberculose extrapulmonar, no entanto, nos casos com diagnóstico na última década a mais frequente foi a pneumocistose, seguida pela candidose esofágica e pela tuberculose pulmonar. A análise das tendências temporais observadas entre 2014 e 2023 revela um decréscimo no número absoluto e relativo de casos de SIDA que indicavam a tuberculose, em qualquer das suas formas clínicas, e um aumento da proporção de casos que referiam o diagnóstico de pneumocistose (**figura 21**).

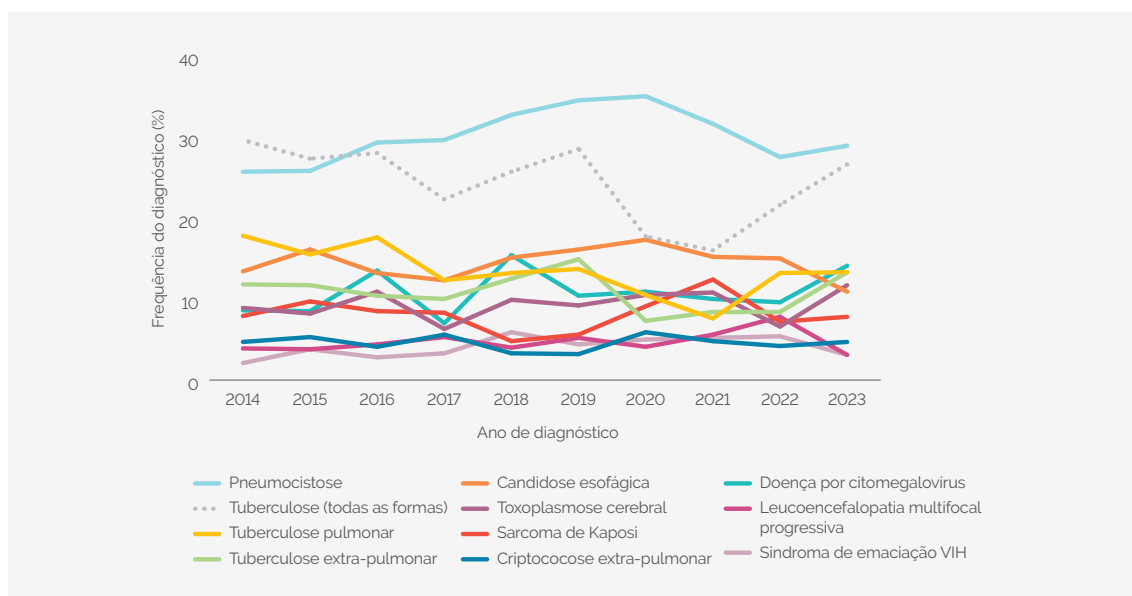


Figura 21. Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2014-2023): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

### I.2.3. - Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH e causas de morte

Em Portugal, foram notificados 15 918 óbitos que ocorreram entre 1984 e 2023 em pessoas que viviam com VIH, dos quais 11 236 registaram-se em casos que atingiram o estágio SIDA (**quadro 34**).

Quadro 34. Óbitos em casos de infeção por VIH e SIDA (1984-2023): 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	369	208
2015	353	177
2016	372	189
2017	325	168
2018	290	159
2019	236	116
2020	176	76
2021	196	97
2022	165	74
2023	111	58
Desconhecido	252	115
<b>Total</b>	<b>15 918</b>	<b>11 236</b>



No **quadro 35** é apresentada a distribuição dos óbitos por ano, sexo e modo de transmissão, onde é possível constatar que o maior número de mortes ocorreu em homens (12 899; 81,0%) e em UDI (7 588; 47,7%). Foram notificados 2 593 óbitos ocorridos entre 2014 e 2023, dos quais 1 365 (52,6%) em casos de transmissão heterossexual, 891 (34,4%) em UDI e 272 (11,5%) em HSH.

Quadro 35. **Óbitos em casos de infecção por VIH (1984-2023): 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	
≤2013	10 724	2 348	4 366	1 505	6 571	631	13 073
2014	285	84	170	34	155	10	369
2015	275	78	176	31	141	5	353
2016	279	93	185	31	151	5	372
2017	240	85	163	33	117	12	325
2018	226	64	151	34	98	7	290
2019	178	58	135	25	72	4	236
2020	130	46	118	18	38	2	176
2021	144	52	117	28	41	10	196
2022	122	43	90	21	46	8	165
2023	87	24	60	17	32	2	111
Não referido	209	43	91	21	126	14	252
<b>Total</b>	<b>12 899</b>	<b>3 018</b>	<b>5 822</b>	<b>1 798</b>	<b>7 588</b>	<b>710</b>	<b>15 918</b>

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

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

A eficácia da terapêutica antirretroviral que foi sendo progressivamente introduzida, conduziu a um aumento da sobrevivência das pessoas que vivem com VIH. A maioria dos óbitos ocorridos nos dois anos mais recentes, registaram-se em indivíduos em que o diagnóstico ocorreu há mais de quinze anos, por oposição ao que se verificava no ano 2000, quando cerca de 60% das mortes ocorriam no ano subsequente ao diagnóstico (**figura 22**). Não obstante a evolução positiva registada, mantém-se anualmente uma proporção acima de 20% de óbitos que ocorrem nos cinco anos subsequentes ao diagnóstico da infecção por VIH.

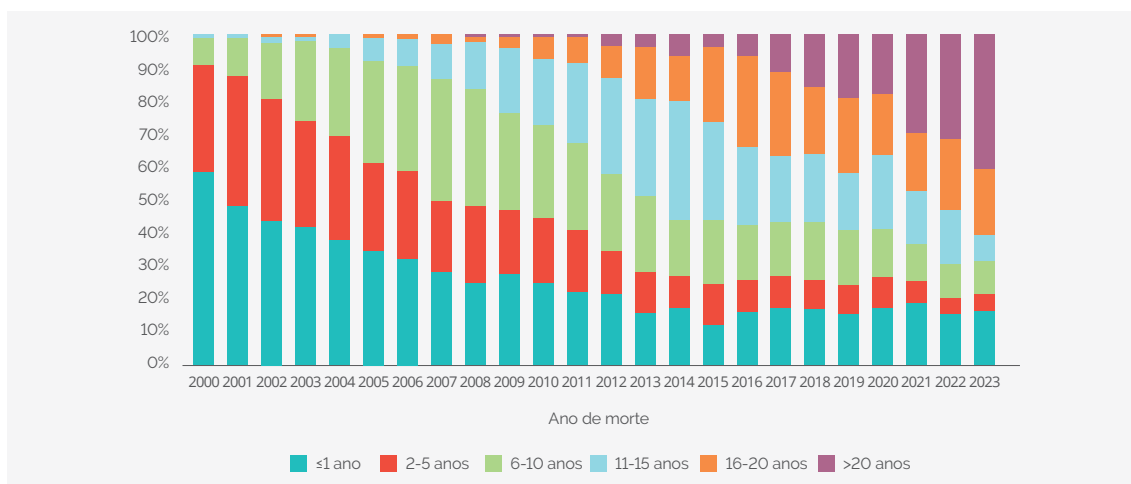


Figura 22. **Óbitos em pessoas que viviam com infecção por VIH (2000-2023): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.**

## I.3 - Pessoas que vivem com VIH em Portugal

### I.3.1. Estimativas nacionais para 2022

A infeção por VIH tem características que favorecem a existência de pessoas que desconhecem estar infetadas, nomeadamente o facto de ser de progressão lenta e assintomática durante grande parte da sua história natural. Este facto contribui para a disseminação da infeção, de forma inconsciente, e para as consequências negativas na própria saúde que os diagnósticos tardios acarretam. O conhecimento da dimensão e características da subpopulação que vive, em Portugal, com infeção por VIH não diagnosticada é da maior importância para adequação das iniciativas dirigidas ao diagnóstico e à prevenção. Ainda, a obtenção desta informação é necessária para a monitorização do primeiro dos três objetivos definidos pela ONUSIDA e plasmados na Declaração de Paris<sup>9</sup>, subscrita por Portugal em 2017, que comprometeu os países signatários com as metas 90-90-90 até 2020, 90% das pessoas que vivem com VIH diagnosticadas, destas 90% em tratamento e dessas 90% com virémia indetetável, metas que foram revistas em 2021 e fixadas em 95-95-95, tendo 2030 como horizonte temporal para a sua concretização.

O conhecimento da fração não diagnosticada só é possível com informação relativa à prevalência da infeção na população e ambas as medidas podem ser estimadas com recurso a modelos matemáticos. Nas estimativas realizadas em Portugal tem sido adotado o modelo disponibilizado pelo ECDC, *HIV Modelling Tool*<sup>10</sup>, que usa os dados obtidos na vigilância epidemiológica de rotina para efetuar estimativas da prevalência, incidência, fração não diagnosticada e demora diagnóstica (tempo decorrido entre a infeção e o diagnóstico), especificamente para a infeção por VIH-1.

Nos exercícios de modelação efetuados até à data em Portugal, tem sido aplicada uma estratégia de ajustamento dos dados da vigilância epidemiológica descrita anteriormente<sup>11</sup>, que teve por objetivo impedir que a prevalência fosse sobre estimada devido à subnotificação dos óbitos e a saídas do país não comunicadas.

Como explicado no início deste relatório, nos anos mais recentes os movimentos migratórios para a Europa e também para Portugal intensificaram-se, integrando naturalmente PVVIH. Assim, embora estes casos devam ser contabilizados para estimativas da prevalência a modelação cujos resultados se apresentam de seguida foi efetuada em duas etapas: numa delas foram considerados todos os casos notificados e na outra apenas os casos com diagnóstico em Portugal.

Foram efetuadas estimativas que visaram o ano 2022, uma vez que se prevê que os dados epidemiológicos nacionais referentes a 2023 não estejam ainda consolidados. Os resultados obtidos indicaram que em Portugal, no final de 2022, existiriam 46 764 PVVIH (46 273-47 321), o que corresponde a uma prevalência nacional de 0,44% (0,44-0,45%) (**quadro 36**). Foi ainda estimado que em Portugal, em 2022, o número de infeções por VIH não diagnosticadas ascenderia a 2 323 (2 068-2 651), o que equivale a 5,0% (4,5%-5,6%) do total das PVVIH que viviam em Portugal no final desse ano.

Quadro 36. Resultados das estimativas nacionais para o ano 2022: total e por modo de transmissão.

	TOTAL	Heterossexual - Homens	Heterossexual - Mulheres	HSH	UDI
PVVIH	46 764 (46 273-47 321)	11 979 (11 784-12 345)	11 855 (11 668-12 178)	12 617 (12 368-12 886)	9 663 (9 462-10 014)
PVVIH diagnosticadas	44 540 (44 062-44 948)	10 978 (10 766-11 225)	11 122 (10 912-11 337)	11 979 (11 766-12 218)	9 562 (9 351-9 874)
PVVIH não diagnosticadas (n)	2 323 (2 068-2 651)	901 (835-1 145)	691 (654-870)	712 (601-880)	91 (74-146)
PVVIH não diagnosticadas (%)	5,0 (4,5-5,6)	7,5 (7,1-9,3)	5,8 (5,6-7,1)	5,6 (4,9-6,8)	0,9 (0,8-1,4)
Nº novas infeções ocorridas em 2022	227 (115-424)	24 (20-170)	37 (33-139)	159 (98-248)	2 (1-42)
Demora diagnóstica (anos)	3,7 (3,5-3,9)	5,5 (5,4-5,7)	4,1 (3,9-4,3)	2,6 (2,4-2,9)	5,1 (5,0-5,2)

Legenda: PVVIH- pessoas que vivem com VIH; HSH -homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

De acordo com os resultados apresentados no quadro 36, terão ocorrido em Portugal 227 (115-424) novas infeções por VIH-1 durante o ano 2022, o que corresponde a uma incidência estimada de 2,2 (1,1-4,0) infeções/10<sup>5</sup> habitantes. Como é possível constatar na **figura 23**, a incidência nacional terá atingido o seu máximo na primeira metade da década de 90. O ano em que se estimou terem ocorrido mais novas infeções foi o ano 1994, com uma estimativa de 2 826 infeções. Entre 1995 e 2005 observou-se um decréscimo do número estimado de novas infeções, ao qual se seguiu um período de estabilização da incidência, que, em 2010 retomou a uma trajetória descendente.

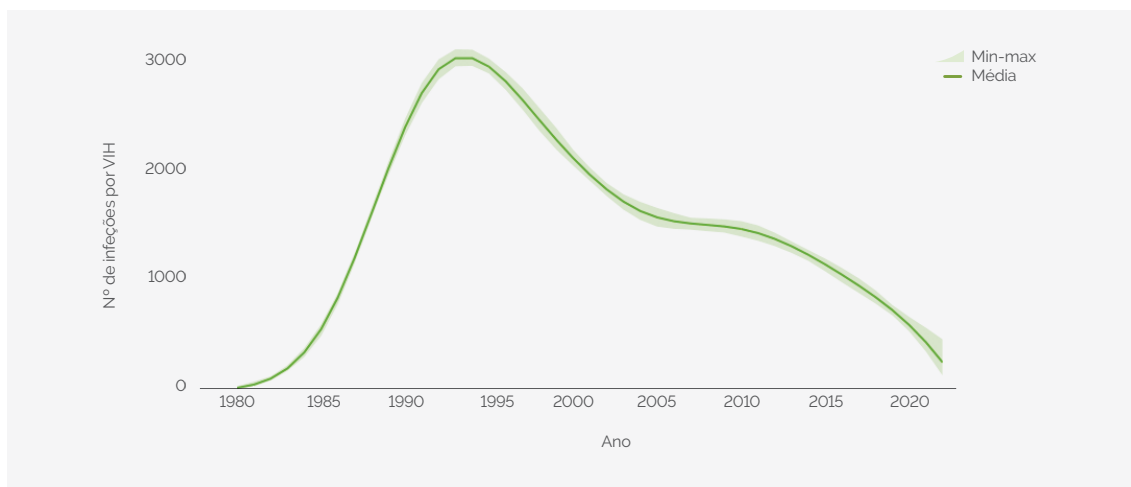


Figura 23. Tendências temporais na incidência estimada para a infeção por VIH

Tal como atrás referido, a aplicação do modelo permite calcular a demora diagnóstica, o tempo médio decorrido entre a infeção por VIH e o seu diagnóstico, que em 2022 foi de 3,7 anos (3,5-3,9 anos). A comparação deste valor com o estimado para décadas precedentes, respetivamente, 4,2 anos (4,1-4,3 anos) no ano 2013, 5,3 anos (5,2-5,3 anos) no ano 2003 e 7,9 anos (7,7-8,0 anos) ano 1993, evidencia um diagnóstico progressivamente mais precoce.

O conhecimento das estimativas nacionais é de interesse e necessário para o reporte internacional, contudo, na perspetiva da intervenção junto de populações com risco acrescido, torna-se necessário um conhecimento mais granular. Nesta perspetiva são efetuadas estimativas desagregadas para as formas de transmissão mais frequentes, também apresentadas no **quadro 36**. Observam-se diferenças marcadas ao nível da fração não diagnosticada, a mais elevada das quais (7,5%) foi encontrada

para os casos em homens que adquiriram a infeção por contacto heterossexual e a menor foi encontrada para os UDI (0,9%). Embora com incerteza associada relativamente elevada, estimou-se que em 2022 o maior número de infeções tenha ocorrido entre os HSH (n=159) e o menor entre os UDI (n=2). Foi também estimada a demora diagnóstica, sendo apurado que os diagnósticos mais precoces ocorrem nos HSH, com uma demora diagnóstica estimada de 2,6 anos (2,4-2,9 anos). Os diagnósticos mais diferidos ocorrem entre os homens que adquirem a infeção por contacto heterossexual, 5,5 anos (5,4-5,7 anos), achado que é consonante com as evidências atrás descritas relativas à percentagem de diagnósticos tardios encontrada para esses grupos.

As estimativas apresentadas são efetuadas anualmente, no âmbito do exercício de recolha de informação para o reporte necessário à monitorização dos objetivos com que Portugal se comprometeu ao assinar a declaração de Dublin<sup>12</sup> em 2004 e a Declaração de Paris em 2017, como atrás indicado. Os resultados obtidos mostram que, em 2022, Portugal atingiu o primeiro objetivo da ONUSIDA, com 95% das PVVIH a conhecerem a sua infeção.

Os resultados das estimativas para as principais subpopulações, de acordo com a forma de transmissão, revelam que, embora o objetivo dos 95% de PVVIH diagnosticadas só tenha sido atingido para os UDI, no entanto, mais de 90% das PVVIH que adquiriram a infeção por contacto sexual já foram diagnosticadas.

Portugal enfrenta ainda muitas dificuldades na monitorização do 2º e 3º objetivos da estratégia da ONUSIDA, não sendo possível, atualmente, monitorizar o desempenho nacional, relativamente ao número de PVVIH em tratamento e ao número de PVVIH com a virémia suprimida, situação que urge ultrapassar.



# II. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

## II. 1. Prevenção

Após os anos 2020 e 2021, fortemente marcados pela pandemia da COVID-19, que impactou as atividades desenvolvidas pelo Programa Nacional, em 2022 observa-se a retoma dos níveis de atividade de prevenção pré-pandémicos.

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 ao VIH, pela promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da violência e redução do estigma e da discriminação das 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 6 987 135 preservativos (externos e internos) e de 1 917 100 embalagens de gel lubrificante em 2023 (figuras 24 e 25). A disponibilização de material teve um aumento significativo (28,7%) comparativamente a 2022, que se atribui ao investimento do Programa na aquisição e distribuição desses materiais.

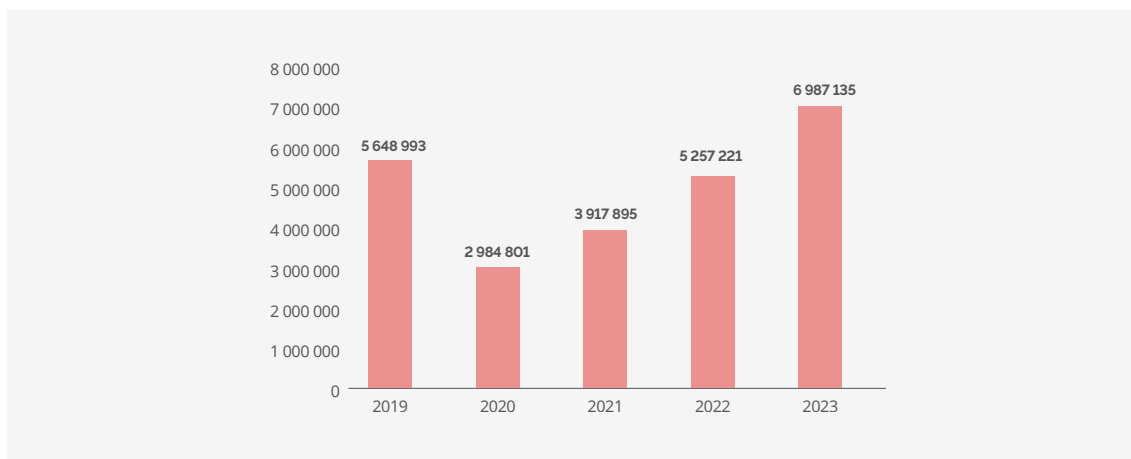


Figura 24. Número de preservativos distribuídos (2019-2023).

Relativamente à distribuição de gel lubrificante, verificou-se tendência crescente em 2023, com um aumento de cerca de 15,4% no número de embalagens distribuídas.

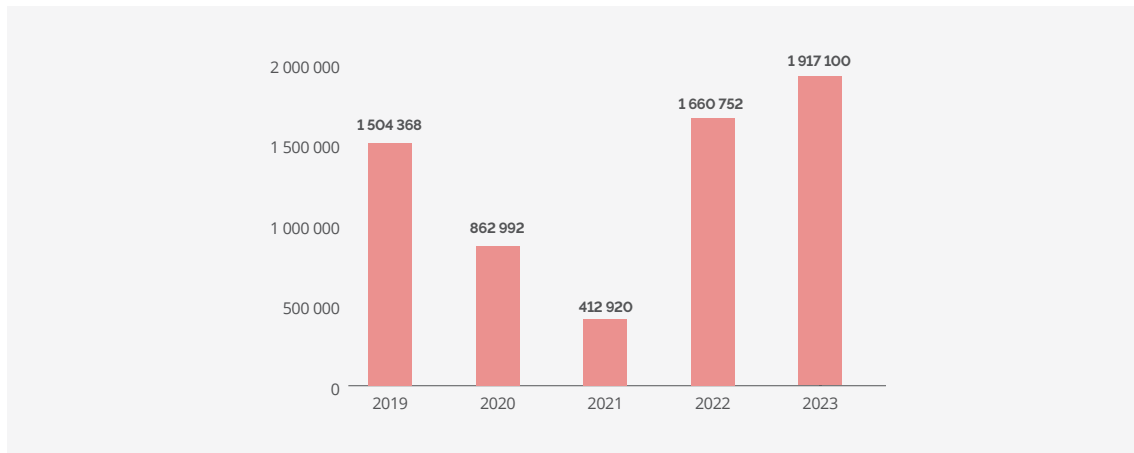
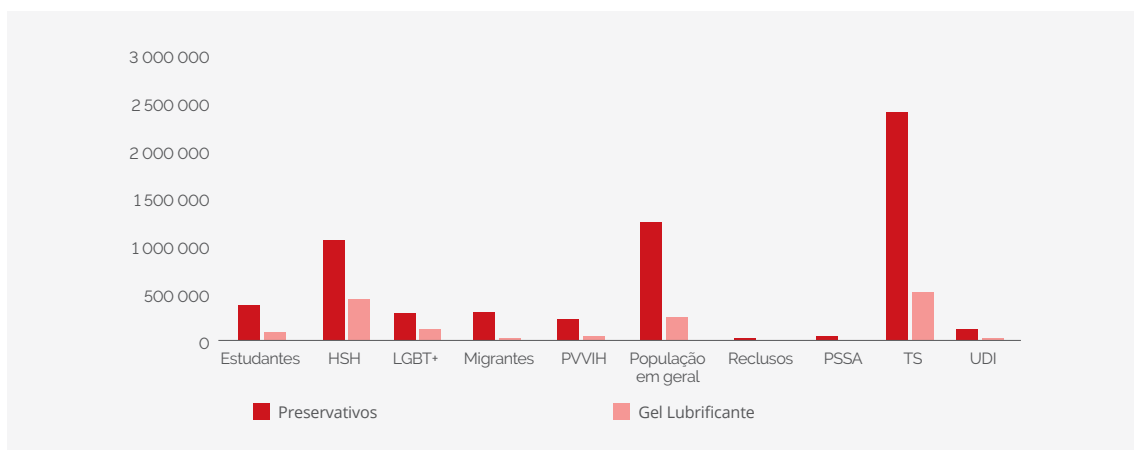


Figura 25. Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas (2019-2023).

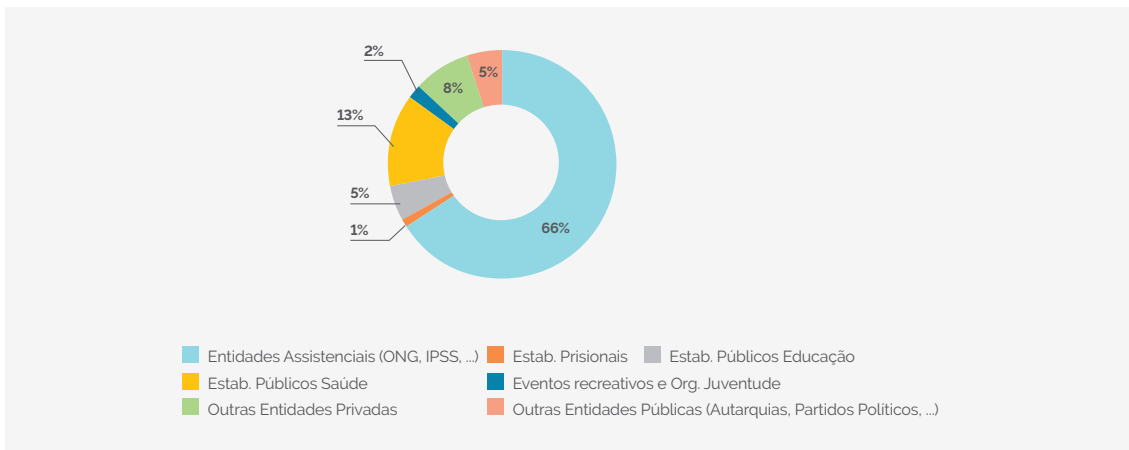
No que se refere à população a quem é distribuído o material preventivo, a maior parte dos preservativos (externos e internos) e gel lubrificante destinam-se às/aos trabalhadoras/es do sexo (TS), população em geral e HSH (figura 26).



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

Figura 26. Número de preservativos e gel lubrificante distribuídos, por população (2023).

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, em 2023 (figura 27).



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

Figura 27. **Proporção de pedidos de material preventivo, por tipologia de entidade (2023).**

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

O PTS, programa de redução de riscos e minimização de danos, tem contribuído significativamente para a redução da proporção de novos casos de infeção por VIH em pessoas que utilizam drogas por via injetável. Desde a sua implementação em 1993, o PTS garantiu a distribuição de 64 943 072 seringas, numa média anual de 2 094 938 seringas (figura 28).

De 2014 a 2023, a média anual foi de 1 259 325 seringas, o que revela uma redução no número de seringas distribuídas anualmente, justificado por alterações nos padrões e consumo, com a via fumada a ganhar cada vez mais terreno.

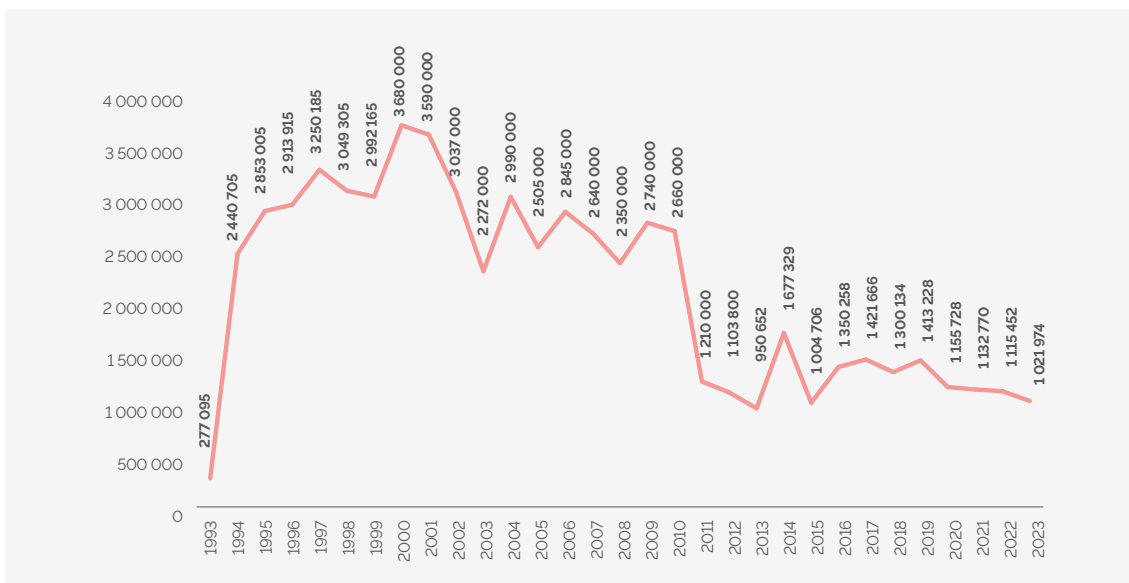


Figura 28 **Número de seringas distribuídas no âmbito do PTS (1993 – 2023).**

Em 2023, o PTS distribuiu 1 021 974 seringas entre pessoas que utilizam drogas por via injetável, observando-se um decréscimo de 8,4% inferior ao do ano de 2022.

As Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (ERRMD) foram responsáveis pela distribuição de 845 784 seringas, o que corresponde a 83% do total das seringas distribuídas. As farmácias associadas da Associação Nacional das Farmácias (ANF) e da Associação de Farmácias de Portugal (AFP) distribuíram 17% do total das seringas (170 714), enquanto as unidades de saúde dos CSP asseguraram a distribuição de 0,5% das seringas distribuídas em 2023 (5 476).

Encontravam-se registadas 1 693 farmácias aderentes ao PTS, englobando farmácias 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). No que diz respeito aos cuidados de saúde primários, em 2023, apenas se verificou distribuição de seringas no distrito de Coimbra e na Região Autónoma da Madeira.

O PTS está disponível em todos os distritos de Portugal Continental, bem como nas duas regiões autónomas, sendo que apenas o distrito de Portalegre, à semelhança de anos anteriores, não registou distribuição de seringas. Os distritos que registaram maior número de seringas distribuídas foram Lisboa (352 384), Porto (324 102) e Coimbra (136 106). Inversamente, e além de Portalegre, os distritos onde se registaram o menor número de seringas distribuídas foram Beja (3 824), Viana do Castelo (1 452), Guarda (466) e Bragança (70).

A tendência decrescente no número de seringas distribuídas verificada nos últimos anos, justifica avaliar as necessidades atuais, conhecer o perfil do atual consumidor de drogas, com vista à adequação dos programas de redução de riscos e minimização de danos face aos novos padrões de consumo, nomeadamente, por via fumada, em estreita articulação com o ICAD.

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

A PrEP está disponível em Portugal, desde 2017, na sequência da publicação do Despacho n.º 4835/2017 de 2 de junho<sup>13</sup> e da Norma n.º 025/2017 de 28 de novembro<sup>14</sup>, atualizada em 16 de maio de 2018.

Desde então, foi sendo implementada de forma generalizada em contexto hospitalar, com início em 4 hospitais em 2017, aos quais se juntaram 8 em 2018, 4 em 2019, 2 em 2020, 4 em 2021 e 3 em 2023.

Adicionalmente, foram criadas duas consultas descentralizadas de PrEP, com o objetivo de facilitar o acesso mais rápido às primeiras consultas, aos meios complementares de diagnóstico e à medicação, procurando assim, minimizar o tempo de espera significativo que já se verificava nos hospitais.

As consultas descentralizadas funcionam no Porto, no âmbito de uma parceria entre a Associação Abraço e os Centros Hospitalares e Universitários de São João e de Santo António e na região de Lisboa e Vale do Tejo, iniciativa conjunta do GAT, o Hospital Garcia de Orta, a Câmara Municipal de Almada e a recentemente extinta Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Foi recolhida informação referente às consultas de PrEP, através de um questionário, junto das 33 unidades que integram a Rede de Referência Hospitalar para a Infecção por VIH. Destas, 29 responderam ao questionário enviado, em que 4 informaram não disponibilizar ainda a consulta de PrEP (Hospital de Cascais, Hospital de Vila Franca de Xira, Centro Hospitalar do Oeste e Hospital Pulido Valente). As 25 unidades hospitalares que reportaram dados referentes ao ano de 2023, totalizaram 6 919 pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez no ano em questão e destas, 2 386 pela primeira vez nesse ano, mantendo a tendência crescente verificada desde 2018, ano da sua implementação (figura 29).

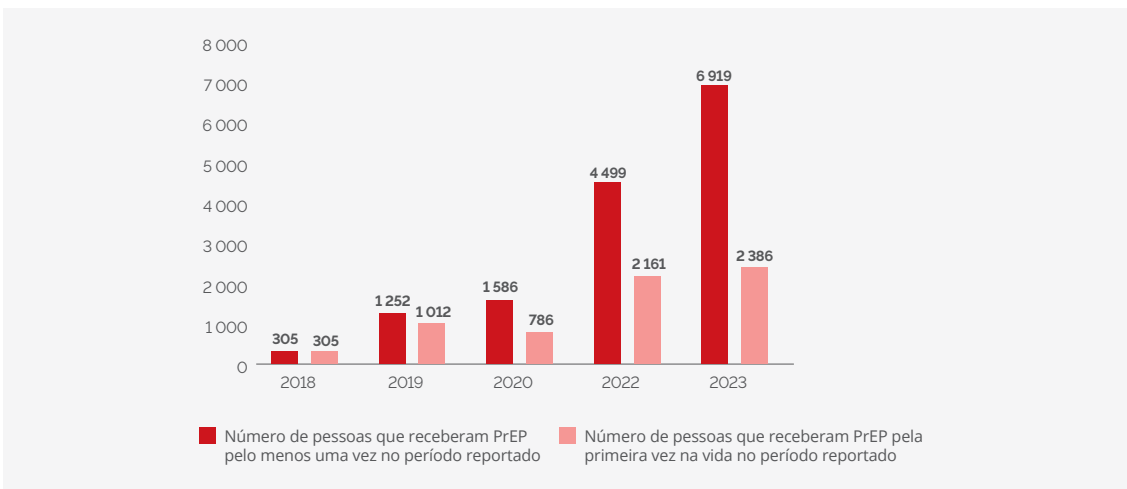


Figura 29. Número de pessoas que receberam PrEP (2018-2023).

Em 97,7% do total de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez nesse ano, está disponível a informação sobre o sexo à nascença, na sua maioria são do sexo masculino (95,8%) (figura 30). Relativamente à variável identidade de género (informação disponível em 91,1% do total), a esmagadora maioria identifica-se como homem (figura 31). Quando se analisa a variável idade (informação disponível em 70% dos casos), a maioria (70,9%) tem entre 20 e 39 anos, 1,1% situa-se entre os 15 e 19 anos e 8,7% tem cinquenta ou mais anos (figura 32).

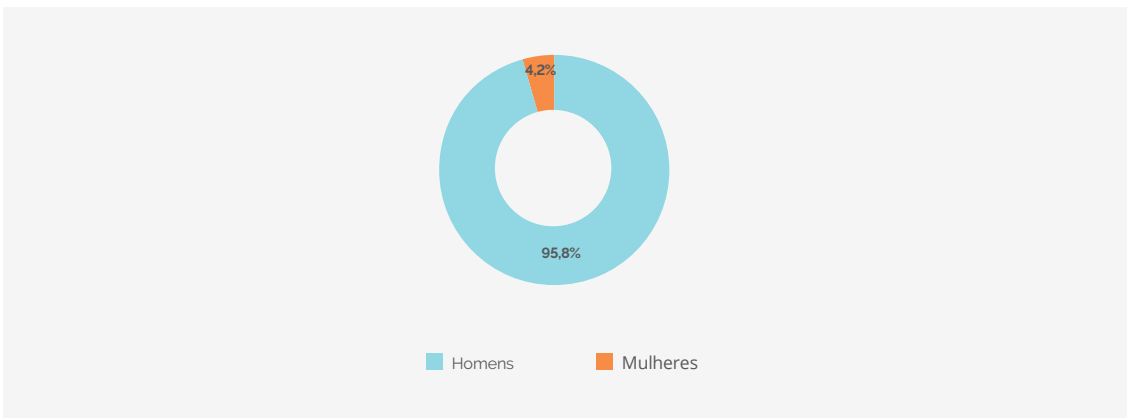


Figura 30. Pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, por sexo.

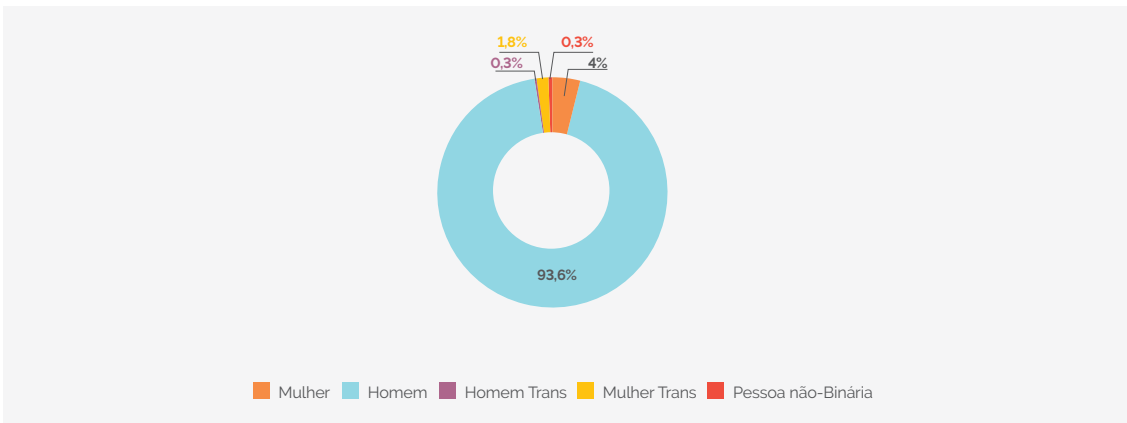


Figura 31. Pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, por género.

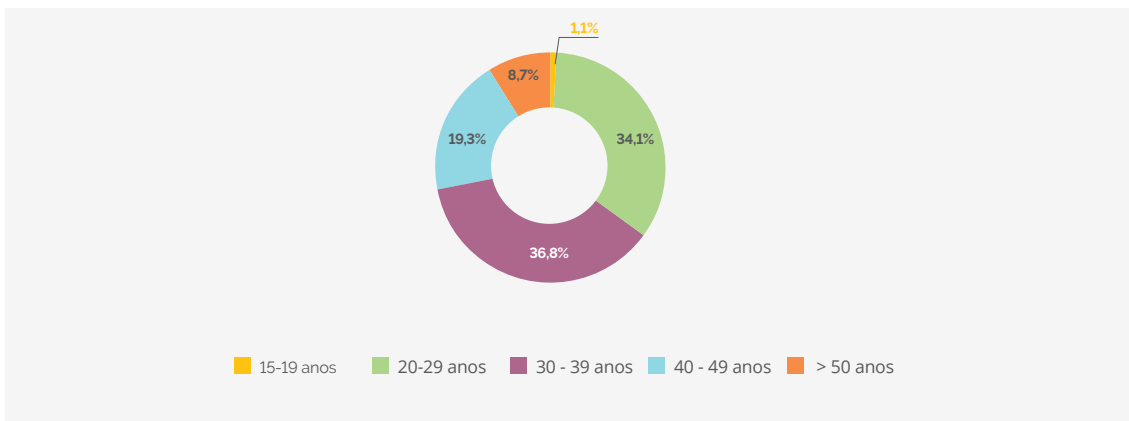


Figura 32. Pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, proporção por grupos etários.

A informação desagregada por populações chave abrangidas, estava disponível em 91,1% do total de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, sendo que 90,3% corresponderam a HSH, 43,0% eram imigrantes, 9,2% trabalhadores do sexo, 2,3% UDI e 20,2% referiram práticas de chemsex (categorias não mutuamente exclusivas) (figura 33).

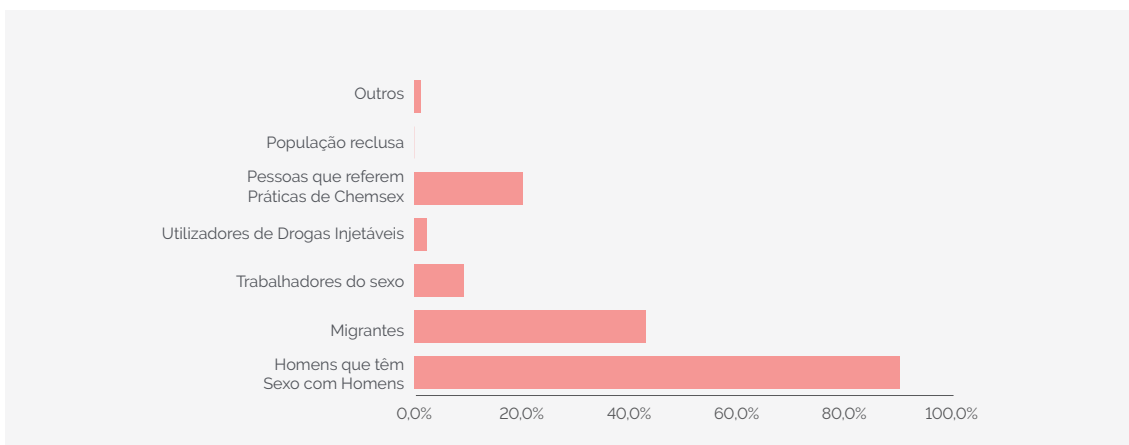


Figura 33. Proporção de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, por populações chave.

Em 98,3% das pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, está disponível a informação sobre o regime da toma, com cerca de 78% das pessoas em regime diário (figura 34).

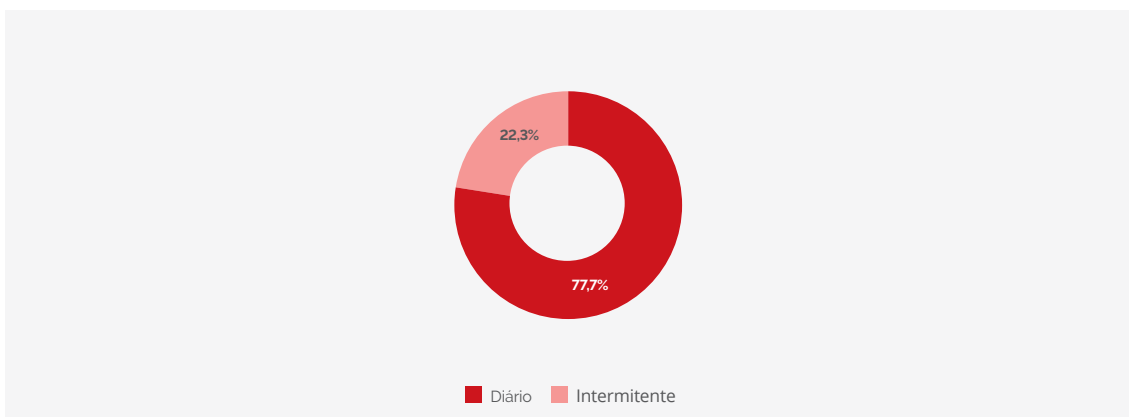


Figura 34. Proporção de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2023, por regime de toma.



Com vista a aumentar o acesso à PrEP, foi publicada a Portaria 402/2023 de 4 de dezembro<sup>15</sup> que define os procedimentos a adotar com vista ao alargamento do acesso à PrEP oral e estabelece um regime excecional de comparticipação para os medicamentos destinados à PrEP oral, possibilitando a disponibilização das consultas, para além do contexto hospitalar, nos cuidados de saúde primários e através de parcerias com organizações de base comunitária sem fins lucrativos, assim como a dispensa da medicação através das farmácias comunitárias, simplificando o acesso a este medicamento para uso em profilaxia, com maior proximidade e comodidade de horários.

A Portaria permite que a prescrição seja realizada por um conjunto de especialidades médicas, no âmbito dos cuidados de saúde primários, nos serviços de saúde privados e de organizações não-governamentais, não integrados no SNS.

Nesse contexto, foi publicada pela DGS a Norma n.º 01/2024 em 22 de março<sup>16</sup>, atualizando a Norma n.º 25/2017<sup>14</sup> de 28/11/2017, por sua vez atualizada em 16/05/2018, adequando-a às necessidades atuais e definindo os critérios e as formas de prescrição da PrEP oral.

A prescrição passa a estar integrada no sistema de Prescrição Eletrónica Médica (PEM), processo coordenado pela SPMS em articulação com a DGS, ACSS e INFARMED, encontrando-se em funcionamento desde início de julho do corrente ano.

Os dados disponibilizados pela ANF, AFP e INFARMED relativamente à dispensa da PrEP oral no contexto do regime excecional de comparticipação, informam que entre julho e setembro de 2024, 42 farmácias em 6 distritos de Portugal dispensaram a PrEP oral, num total de 89 embalagens (figura 35 e figura 36).

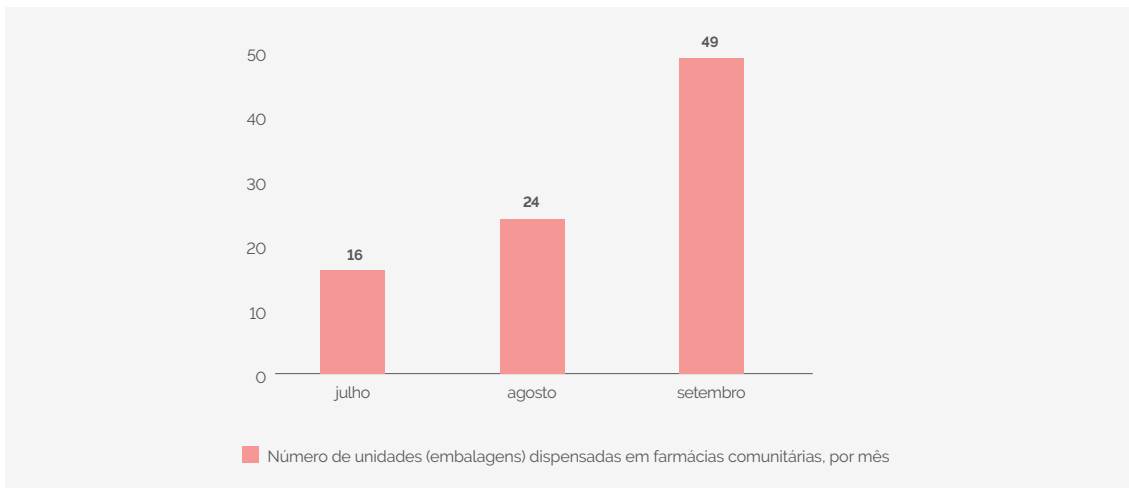


Figura 35. PrEP: Unidades (embalagens) dispensadas em farmácias comunitárias, por mês.

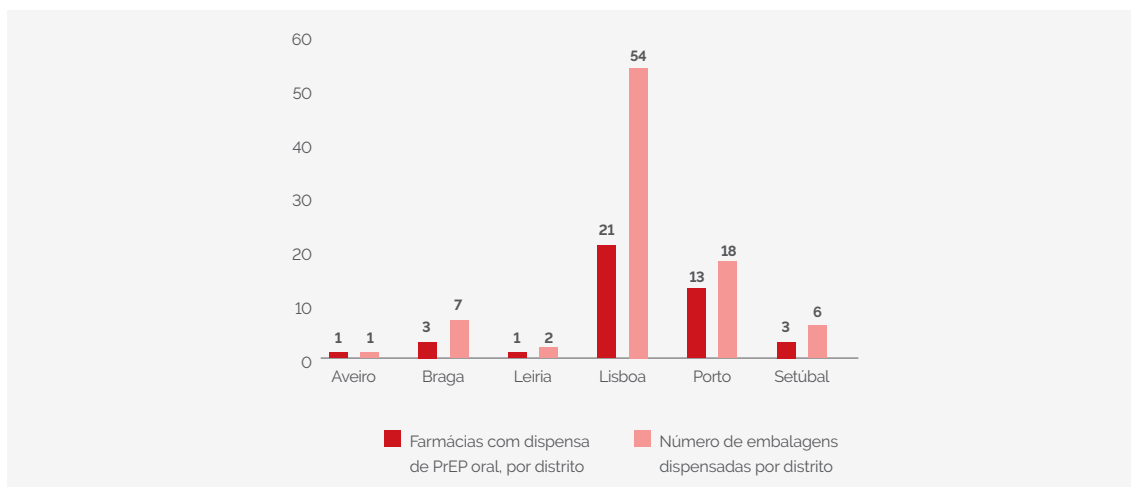


Figura 36. PrEP: Número de farmácias e Número de unidades (embalagens) dispensadas, por distrito (julho a setembro de 2024).

#### II.1.4. Profilaxia Pós-Exposição ao VIH

A Profilaxia Pós-Exposição ao VIH (PPE) consiste numa estratégia de prevenção da infeção por VIH que se traduz na toma de medicamentos antirretrovirais após uma situação de exposição de risco em contexto ocupacional (contexto profissional, nomeadamente de prestação de cuidados de saúde) ou não ocupacional (relações sexuais desprotegidas ou em situações de partilha de materiais cortantes ou perfurantes).

Está disponível em Portugal desde 2011, altura em que foram emanadas as primeiras recomendações nacionais. Desde então, é cada vez maior o número de pessoas que recorrem aos serviços de saúde com situações de exposição de risco para o VIH, sobretudo em contexto de relações sexuais.

As ONG/OBC têm sido importantes veículos de disseminação desta informação, referenciando para os serviços de urgência hospitalar pessoas com critérios de elegibilidade para a PPE não ocupacional. Nos últimos três anos, têm sido referenciadas para PPE em média uma centena de pessoas por ano, a partir das respostas e projetos promovidos por ONG/OBC. Importa assim conhecer a magnitude da resposta hospitalar, através de um conjunto de indicadores, recolhidos através de um questionário dirigido a 33 unidades hospitalares da Rede de Referência Hospitalar da Infeção por VIH, dos quais 15 responderam que, em 2023, 1 928 pessoas tinham recebido PPE, maioritariamente do sexo masculino (60,6% - 1 168) (figura 37). Foram reportados 19 utilizadores da PPE com idades inferiores a 18 anos (11 do sexo feminino e 8 do sexo masculino).

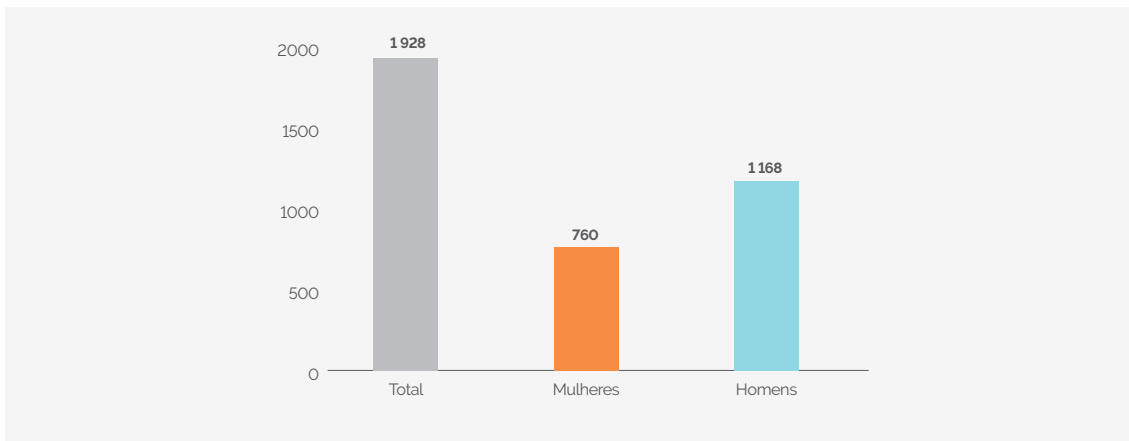


Figura 37. Número de Pessoas que receberam PPE em 2023, por sexo.

## II.2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação

O PNISTVIH prossegue o designio de reforçar o acesso ao teste e de reduzir a proporção de diagnósticos tardios da infeção por VIH, com vista ao cumprimento das metas 95-95-95 da ONUSIDA. Por isso, a aposta no investimento para a realização do rastreio do VIH nos Cuidados de Saúde Primários e Serviços de Urgência, CAD e ONG mantém-se prioritário.

Globalmente, verifica-se uma tendência crescente no número de testes realizados através de diversas estratégias e em diferentes contextos onde o teste está disponível e acessível. Em 2023, de acordo com os dados reportados ao PNISTVIH, realizaram-se em Portugal 89 171 testes de rastreio para a infeção por VIH em estruturas como os CAD, CSP, DICAD e ONG/OBC, com uma proporção de resultados reativos de 1,1% (957). Adicionalmente, foram prescritos e realizados 391 782 testes para diagnóstico/rastreio da infeção por VIH ao nível dos CSP.

### II.2.1. Cuidados de Saúde Primários

As unidades de saúde dos CSP foram responsáveis pela realização de 10% do total dos testes rápidos reportados em 2023, na Plataforma de Gestão do PNISTVIH, com uma proporção de resultados reativos de 0,2% (**figura 38**). Cerca de 49% dos testes foram realizados e reportados por unidades de saúde da região de Saúde Norte (4 312). A região de Saúde do Alentejo, à semelhança de anos anteriores, não reportou a realização de testes rápidos.

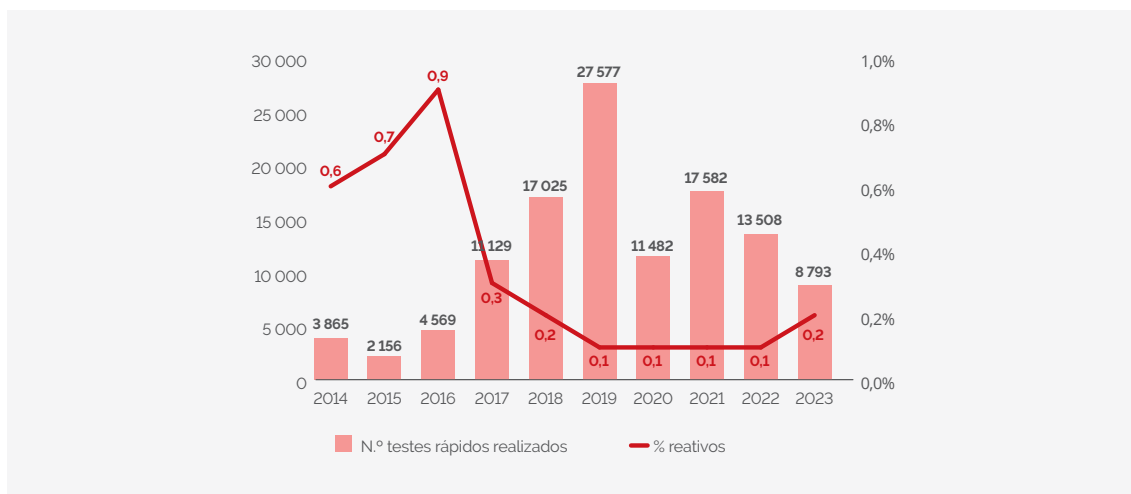


Figura 38. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CSP (2014-2023).

Em 2023, as ONG/OBC foram responsáveis pela realização de 76,9% dos testes de rastreio para VIH, com uma taxa de reatividade de 1,0% (figura 39). Em 52% dos casos, os utentes realizaram o teste VIH pela primeira vez. Do total dos casos reativos, 90,4% foram referenciados para os cuidados de saúde hospitalares para confirmação laboratorial e seguimento clínico.

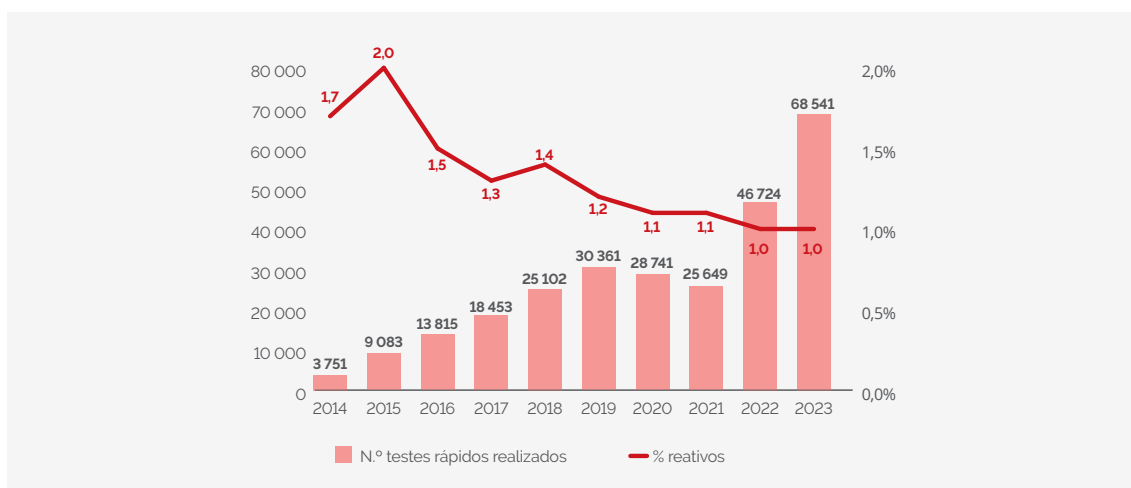


Figura 39. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (2014-2023).

### 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 40. Em 2023, foram reportados 6 174 testes rápidos pelos CAD do Porto, Braga, Bragança, Viana do Castelo, Aveiro, Viseu, Coimbra, Castelo Branco, Leiria, Évora e Faro, correspondendo a 9% do total de testes realizados. O CAD do Porto foi responsável pela realização da maioria destes testes (70%; 3 245). A proporção de resultados reativos foi de 3,1%, valor justificado por um significativo número de casos positivos de pessoas maioritariamente nascidas fora de Portugal, previamente diagnosticados e que recorreram ao CAD como forma de se ligarem/religarem aos cuidados de saúde.

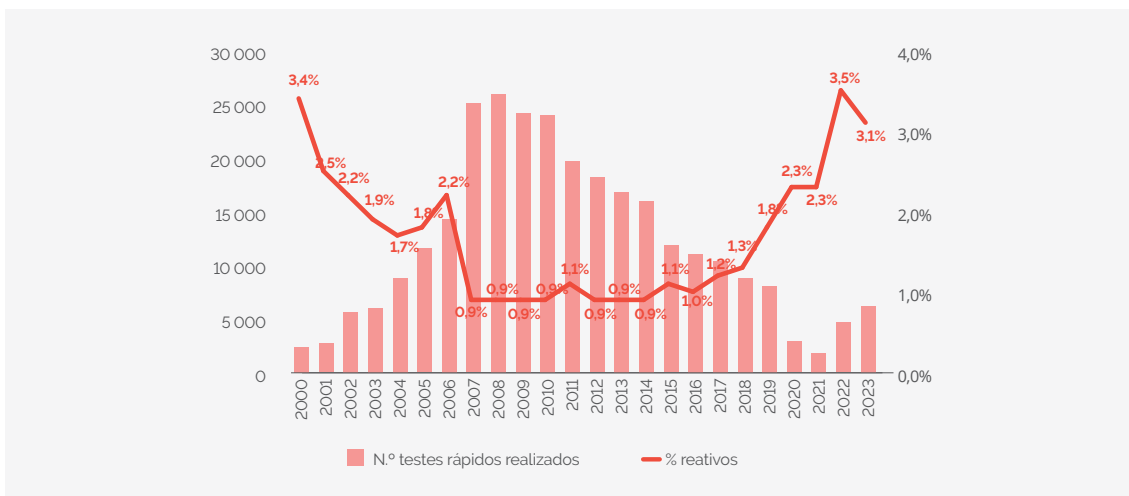


Figura 40. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CAD (2000-2023).

### II.2.4. DICAD, ARS, I.P. - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

As DICAD da ARS do Norte e da ARS do Algarve reportaram, em 2023, 5 663 testes rápidos de VIH realizados no âmbito das respostas dirigidas às pessoas que utilizam drogas nas regiões do Algarve e Norte - Equipas de Tratamento e Estruturas de Redução de Riscos e Minimização de Danos, correspondendo a 6,4% do número de testes reportados. Foram identificados 38 resultados reativos em novos utentes, o que corresponde a uma proporção de reativos de 0,7%.

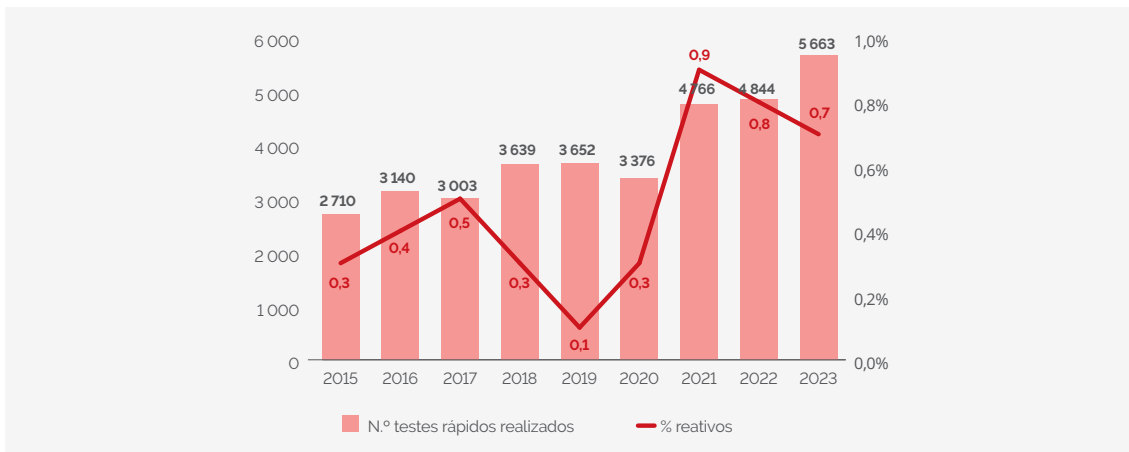


Figura 41. Número de testes VIH e proporção de resultados reativos nas DICAD, ARS, I.P. (DICAD da ARS do Norte e DICAD da ARS Algarve), (2015-2023).

### II.2.5. Testes prescritos no SNS

O número de testes VIH realizados com prescrição do Serviço Nacional de Saúde (SNS), concretamente prescrições efetuadas pelos CSP, foi de 391 782, o valor mais alto verificado desde 2010. Registou-se uma tendência acentuadamente crescente no número de testes prescritos desde 2020, ano em que o impacto da pandemia de COVID-19 mais se fez notar, e que se traduziu num aumento de mais 71%, entre 2020 e 2023 (figura 42).

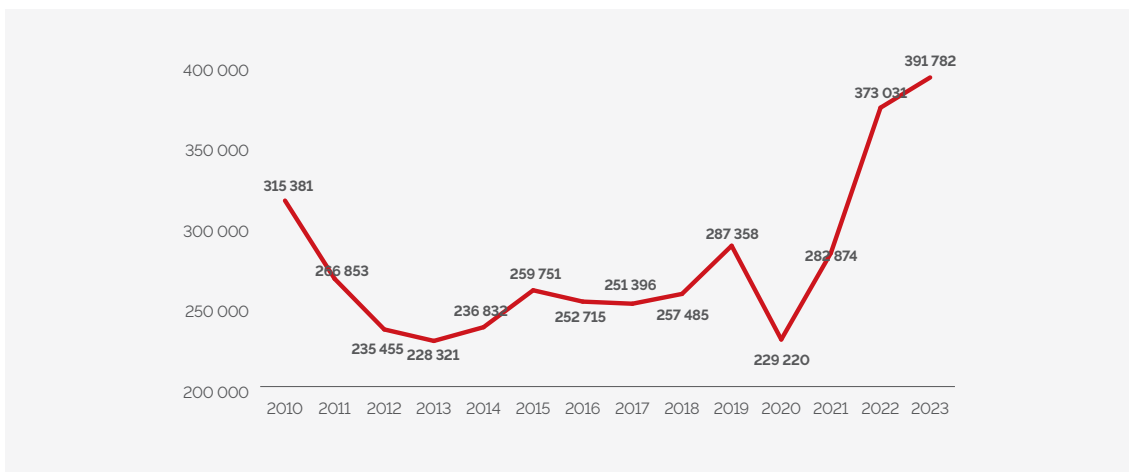


Figura 42. Número de testes VIH realizados, com prescrição nos CSP (2010-2023).

### II.2.6. Autotestes VIH

O autoteste para o VIH é cada vez mais reconhecido como uma ferramenta adicional no acesso ao conhecimento do estado serológico, especialmente dirigido a populações que procuram alternativas à realização do teste através das respostas implementadas na comunidade e nos serviços de saúde. Disponíveis em Portugal, desde 2019, através do Decreto-Lei n.º 79/2018, de 15 de outubro<sup>17</sup>, de acordo com os dados disponibilizados pela ANF e pela AFP, até 31 de dezembro de 2023, foram dispensados 17 559 autotestes para o VIH, observando-se um aumento anual na procura deste tipo de testes (figura 43). Disponível em todos os distritos de Portugal Continental e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, é no distrito de Lisboa onde se verifica maior procura (45,7%), seguido do Porto (20,3%) e Setúbal (7,6%). Com menor percentagem de autotestes vendidos encontram-se os distritos de Bragança (0,3%), Guarda e Portalegre (0,2%).

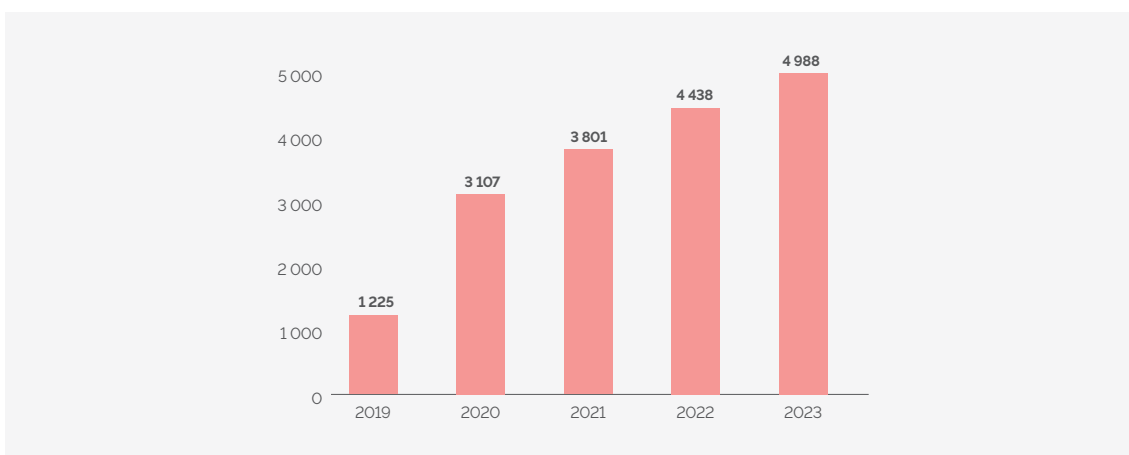


Figura 43. Número de autotestes VIH dispensados nas farmácias comunitárias (2019-2023).



### II.2.7. Contextos dos novos diagnósticos e ligação aos cuidados de saúde

As alterações recentes ao formulário da notificação clínica de casos de infeção por VIH e de SIDA do SINAVE, já anteriormente referidas, permitiram a recolha de informação relativa ao contexto no qual foi realizado o teste para VIH com o primeiro resultado positivo.

Foi possível apurar esse contexto em 96,8% dos casos com diagnóstico em 2023 (figura 44), verificando-se que em 36,8% ocorreu em serviços hospitalares, em 25,5% foi pedido ou realizado no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e em 12,5% aconteceu em estruturas da comunidade. As consultas específicas para IST, nas quais foram identificados 10,0% dos casos, foram maioritariamente (79,3%) efetuadas em consultas disponibilizadas por estruturas da comunidade.

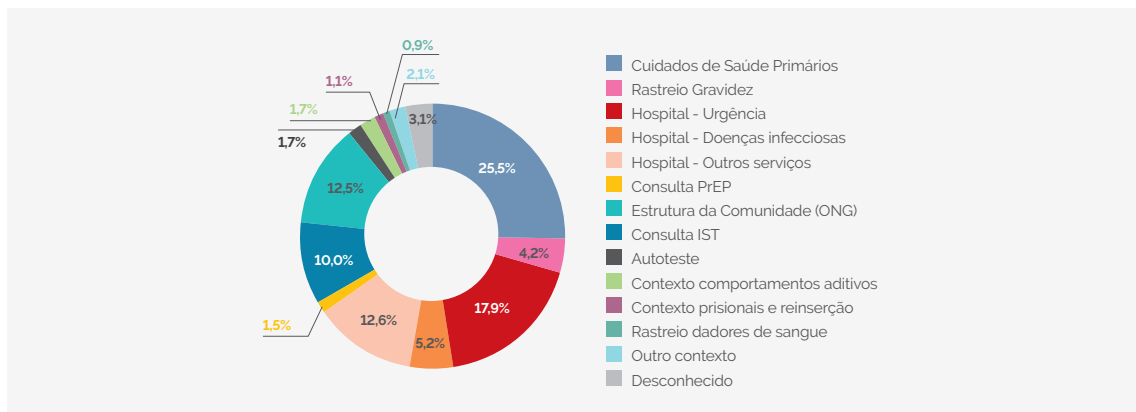
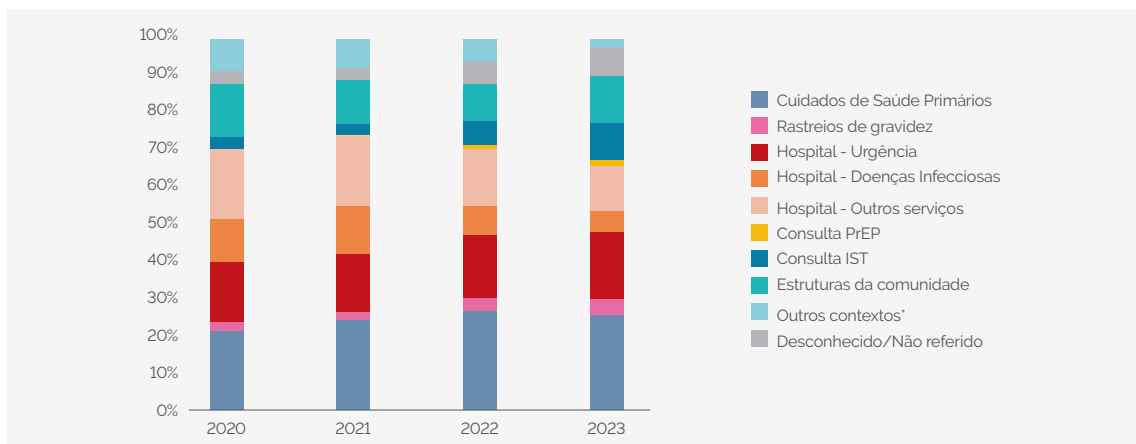


Figura 44. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do contexto de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo.

A análise da informação recolhida nas notificações dos casos com diagnóstico entre 2020 e 2023, mostrou um aumento percentual dos casos detetados em consultas de IST e em consultas de PrEP, provavelmente associado a um maior acesso a ambas. A proporção de infeções detetadas em contexto hospitalar é elevada em todos os anos em análise, contudo, aparenta sofrer um decréscimo nos dois últimos anos. Denota-se ainda a tendência crescente na percentagem de casos em que o primeiro teste positivo foi por solicitação dos CSP e nos rastreios de gravidez.



Legenda: \* Inclui autotestes e testes efetuados no contexto de intervenções de comportamentos aditivos, de serviços prisionais ou de reinserção, de rastreio de dadores de sangue e outros contextos não especificados.

Figura 45. Casos de infeção por VIH (≥15 anos) 2020-2023: distribuição (%) do contexto de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, por ano de diagnóstico.

O tempo decorrido entre a data do primeiro resultado positivo para VIH e a data da primeira conta-

gem de CD4 tem sido utilizado como *proxy* para avaliar a demora na ligação aos cuidados de saúde específicos, após o diagnóstico da infeção por VIH.

Apurou-se que 46,2% dos casos com diagnóstico em 2023 e com datas conhecidas para a contagem de CD4, foram integrados nos cuidados de saúde especializados até sete dias após o diagnóstico da infeção, 74,7% no período de um mês e 94,4% no intervalo de 90 dias (figura 46). Os casos com maior percentagem de referençiações nos sete dias após o diagnóstico de infeção VIH foram aqueles em que este ocorreu concomitantemente com diagnóstico de estágio SIDA (79,5%) ou de infeção aguda (60,0%), em ambas as situações, existe uma maior probabilidade do diagnóstico ter ocorrido em ambiente hospitalar com acesso imediato à monitorização laboratorial e terapêutica antirretrovírica.

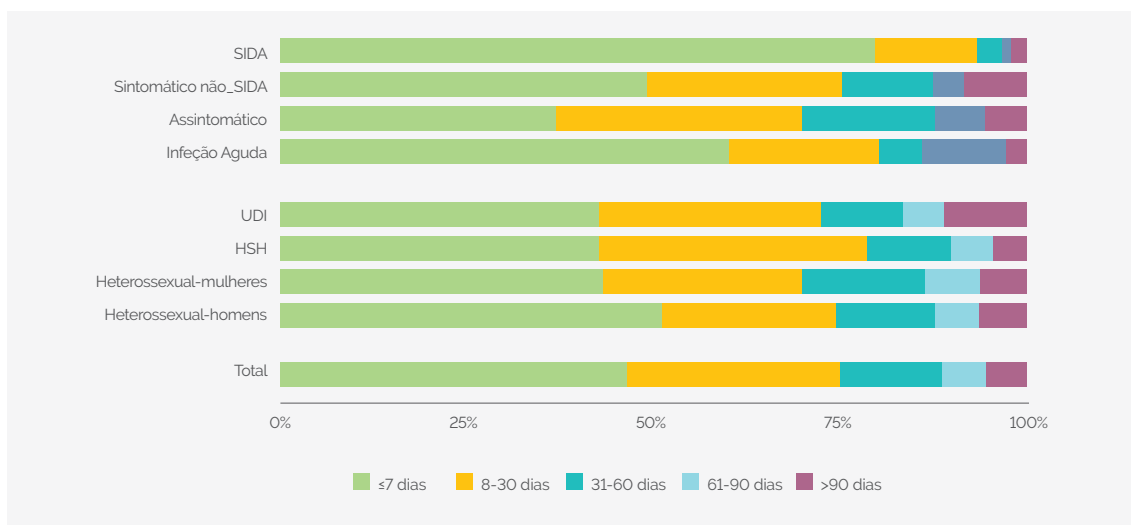


Figura 46. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2023: distribuição (%) do intervalo entre a data do primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4.

A distribuição por ano de diagnóstico, para os anos 2020 a 2023, revelou que as proporções para cada intervalo temporal se têm mantido estáveis e que em todos os anos mais de 70% dos casos são ligados aos cuidados de saúde no prazo de um mês (figura 47).

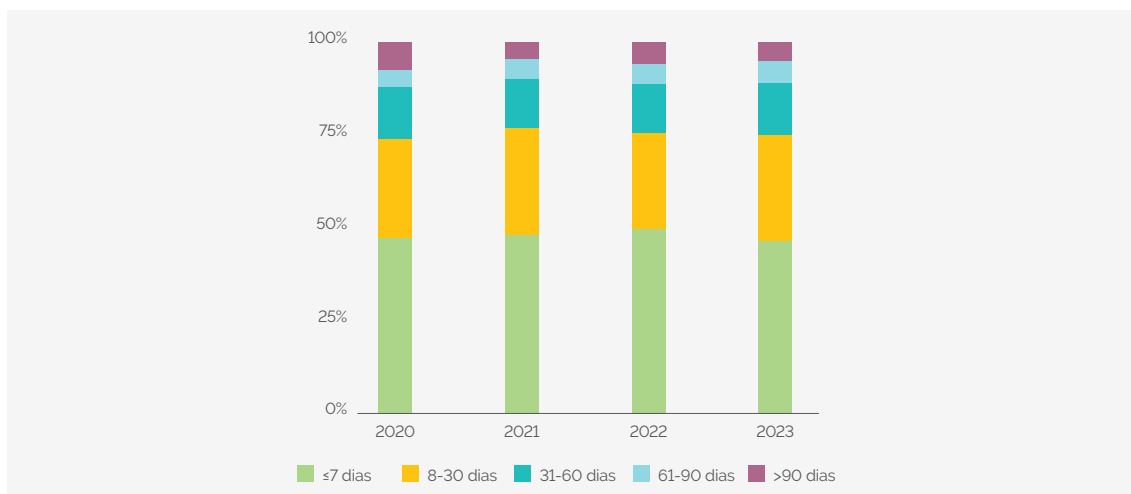


Figura 47. Casos de infeção por VIH (≥15 anos) 2020 - 2023: distribuição (%) do intervalo entre a data primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4, por ano de diagnóstico.

### II.3. Apoio à Sociedade Civil

O PNISTVIH manteve o apoio técnico e financeiro às instituições coletivas privadas sem fins lucrativos que atuam na área da infeção por VIH, através do financiamento de 9 projetos de apoio social e extra-hospitalar, 1 projeto no âmbito do estigma e discriminação e de 16 projetos de rastreio integrado de VIH, hepatites virais e IST, referênciação e ligação aos cuidados de saúde, ao abrigo do Decreto-Lei 186/2006, de 12 de setembro<sup>18</sup>.

Como 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, o PNISTVIH apoiou financeiramente, no montante de 984 938,32 € (novecentos e oitenta e quatro mil novecentos e trinta e oito euros e trinta e dois cêntimos) em projetos de rastreio integrado de VIH, VHB, VHC e sífilis que abrangeram, através de 20 257 sessões de rastreio, 19 627 beneficiários, permitindo a realização de 18 794 (testes rápidos de VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), 11 100 testes de VHB (Vírus da Hepatite B), 15 541 testes de VHC (Vírus da Hepatite C) e 18 327 testes de Sífilis, identificando-se proporções de resultados reativos de 1,3%, 1,9%, 1,1% e 1,0% respetivamente para o VIH, VHB, VHC e Sífilis.

Dos casos reativos identificados para VIH, VHB, VHC e Sífilis, foram referenciados para consulta hospitalar, respetivamente 90,4%, 79,2%, 75,3% e 60,0%, sendo que em 39,4%, 28,1%, 20,6% e 17,7% dos casos foi necessário acompanhar as pessoas às consultas. A percentagem de pessoas que fizeram o teste pela primeira vez foi de, respetivamente, 52,1% para VIH, 42,4% para VHB, 44,0% para VHC e 42,1% para Sífilis.

Através destes projetos, foi ainda possível assegurar a referênciação de 1 026 pessoas para a consulta de PrEP e de 128 pessoas para PPE. Cerca de 35 000 pessoas beneficiaram de materiais informativos, e 29 019 pessoas receberam preservativos externos, num total de 986 506. Já os preservativos internos, num total de 22 737 beneficiaram 5 972 pessoas e o gel lubrificante, num total de 316 710, beneficiaram 20 140 pessoas. O PTS foi disponibilizado também através de 3 projetos totalizando 10 028 seringas distribuídas e outros materiais para consumo de drogas por via injetável.

Os beneficiários destes projetos, num total de 19 627, são maioritariamente do sexo masculino, na faixa etária dos 25 aos 34 anos, nascidos em Portugal e em situação de emprego. São, na sua maioria, populações consideradas em risco acrescido de contraírem infeções, como sejam HSH, TS e seus clientes, UDI, PSA, Pessoas Trans e Migrantes.

Por outro lado, o investimento de 1 133 196,69€ (um milhão cento e trinta e três mil cento e noventa e seis euros e sessenta e nove cêntimos), em 9 projetos de acompanhamento psicossocial, acolhimento temporário e residencial e apoio domiciliário a PVVIH, sem retaguarda familiar ou social e a pessoas com complicações decorrentes de infeções crónicas pelos vírus da hepatite B e C, com níveis elevados de dependência física e psicológica. Estas respostas promovem a melhoria e/ou a manutenção da qualidade de vida, a promoção da adesão aos cuidados e à terapêutica; a melhoria das condições sociais, a autovigilância, a aceitação e a adaptação à doença e evitam episódios de recorrência às urgências devido a infeções oportunistas assim como, reduzem o número e duração de períodos de internamento hospitalar. Têm-se revelado fundamentais nos processos de ligação e retenção nos cuidados de saúde, assim como na manutenção da carga viral suprimida das pessoas que vivem com VIH e na cura das pessoas que vivem com VHC.

Através desses projetos foram apoiadas um total de 2 650 pessoas que vivem com VIH e familiares, distribuídas pelas três categorias de respostas do seguinte modo: 306 em Apoio Domiciliário, 19 em Apoio Residencial e 2 325 em Atendimento e Acompanhamento Psicossocial. Foram acompanhadas 77 grávidas seropositivas para o VIH, no âmbito da prevenção da transmissão vertical da infeção e 159 pessoas que reportaram algum tipo de discriminação relacionada com a infeção por VIH.

O apoio disponibilizado através dos projetos de apoio social e extra-hospitalar traduziu-se igualmente na disponibilização de 1 726 consultas de enfermagem, 3 550 consultas médicas, 6 100 consultas de apoio psicológico, 351 consultas de apoio jurídico e 58 103 apoios alimentares. Foram distribuídos 258 668 preservativos externos e internos e 77 595 embalagens de gel lubrificante. Foram referenciadas 160 pessoas para consulta de PrEP e 477 utentes foram apoiadas no acesso à vacinação.

Como indicadores de impacto, convém salientar que globalmente, a adesão à terapêutica e a carga viral suprimida dos utentes apoiados se situaram em cerca de 100%.

O PNISTVIH realizou um investimento de 70 000,00€ (setenta mil euros), num projeto que visa o funcionamento de um centro antidiscriminação VIH, confidencial e gratuito, dirigido a Pessoas que vivem com VIH em Portugal para assegurar o atendimento, aconselhamento e prestação de informação sobre os direitos das PVVIH, aconselhamento e acompanhamento jurídico e judicial de casos de discriminação, advocacia sobre leis e procedimentos no acesso à medicação antirretroviral, desenvolvimento de ações de sensibilização dirigidas a PVVIH e outros agentes da comunidade, recolha e disponibilização de informação sobre ética, direitos humanos e discriminação, a avaliação dos determinantes no acesso à saúde dos migrantes com VIH e o desenvolvimento de campanhas promotoras da não discriminação das PVVIH, designadamente a disseminação da mensagem Indetetável=Intransmissível (I=I).

Comparativamente a 2022, verificou-se um aumento de 3,8% no investimento realizado, refletindo o esforço de Portugal na prossecução do compromisso de assegurar que pelo menos 30% dos serviços prestados no âmbito da infeção por VIH sejam liderados e prestados pela comunidade até 2030, definido na Declaração Política de 2021, *Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting to End AIDS by 2030*.

## II.4. Literacia e ações públicas

### II.4.1. Dia Mundial da SIDA

No dia 1 de dezembro assinalou-se o Dia Mundial da SIDA, sob o tema as comunidades na liderança. As comunidades são essenciais na prevenção, diagnóstico e ligação aos cuidados de saúde, no combate ao estigma e a discriminação, na defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com a infeção. Garantem, também, o estabelecimento de relações de confiança entre os pares, inovam nas suas respostas, monitorizam a implementação de políticas e estratégias e exigem responsabilidades aos decisores e prestadores de serviços.

À semelhança de anos anteriores, a DGS e o PNISTVIH convidaram as 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, seis cidades iluminaram os seus edifícios de cor vermelha, juntamente com o Ministério da Saúde e a DGS, assinalando o compromisso de intensificar todos os esforços para a eliminação das desigualdades, com vista ao cumprimento das metas estabelecidas pela ONUSIDA.



Figura 48. Imagem do Dia Mundial da SIDA.

### II.4.2. 40 anos da infeção por VIH em Portugal – 1983-2023

Assinalou-se em 2023, quatro décadas desde a notificação do primeiro caso de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana em Portugal.

Simultaneamente, 2023 foi o ano em que o PTS assinalou 30 anos desde a sua implementação.

A Direção-Geral da Saúde, através do PNISTVIH levou a cabo um conjunto de iniciativas que demonstraram a forma como a sociedade portuguesa organizou e implementou a resposta a essa infeção.

Foram desenvolvidas várias iniciativas que se prolongaram até 2024, com formatos diversos. Para a comunicação das mesmas, criou-se uma landing page, com os destaques das atividades realizadas e vários conteúdos audiovisuais (figura 49)

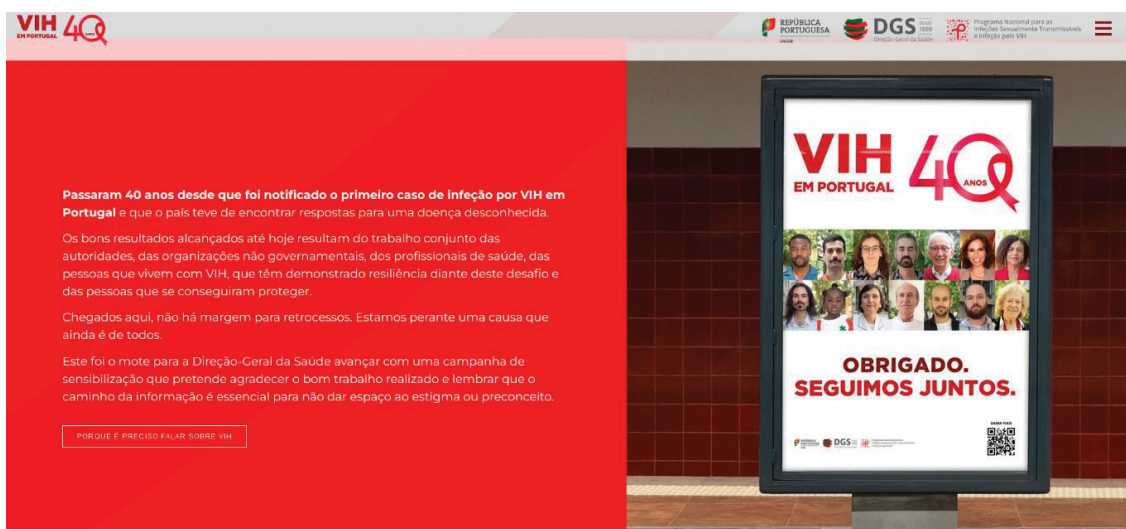


Figura 49. Imagem landing page 40 anos infeção por VIH em Portugal (2023).

No âmbito dos 40 anos da infeção por VIH em Portugal, foi elaborado um vídeo com os principais marcos históricos desde a descoberta do vírus, na década de 80, ilustrando o impacto das ações coletivas na promoção da saúde e o compromisso contínuo em garantir acesso e apoio à população

Com a série "40 Marcos, 40 Testemunhos", pessoas e instituições partilharam as suas experiências e desafios, num olhar coletivo sobre quatro décadas de avanços, com vozes de profissionais de saúde, ativistas e pessoas que vivem com infeção. A estas vozes, juntaram-se também várias figuras públicas, como Sara Sousa Pinto, Júlio Isidro, Carlão, Joana Barrios, entre outros, com mensagens informativas e a alertar para a importância de capacitar a população para adotar comportamentos preventivos.

Foi também criada uma exposição, em formato físico e digital, intitulada "40 Anos, 40 Campanhas". Apresenta uma seleção de campanhas de sensibilização que marcaram as décadas de prevenção ao VIH em Portugal, onde se observava a evolução das mensagens, desde o estigma inicial até abordagens modernas que incentivam a prevenção e o teste regular. A exposição mostra o papel fundamental das campanhas na educação do público e na promoção de práticas seguras, contribuindo significativamente para a mudança de atitudes e redução de novos casos.

No dia 10 de setembro de 2024 foi realizada uma Cerimónia de Homenagem (**figura 50**) que destacou contribuições notáveis de indivíduos e instituições na resposta à infeção. O evento contou com a presença da Senhora Secretária de Estado da Saúde, Professora Doutora Ana Povo e da Diretora Geral da Saúde, Dra. Rita Sá Machado. A elevada participação no evento e os contributos das personalidades/entidades homenageadas realçaram o compromisso de todas as pessoas para o controle da epidemia em Portugal, que requer uma dedicação contínua para alcançar as metas de saúde da ONUSIDA e o fim da discriminação em razão do VIH.



Figura 50. Homenageados presentes no evento 40 anos infeção por VIH em Portugal (2024).

## II.5. Estigma relacionado com o VIH nos Cuidados de Saúde, em Portugal

O Despacho n.º 7303/2021 de 22 de julho<sup>20</sup> definiu como uma das atribuições do PNISTVIH, defender os direitos das pessoas que vivem com a infeção por VIH e eliminar as barreiras e a discriminação nas instituições e serviços públicos. Neste contexto, determinou como meta a redução do estigma e da discriminação associados às infeções sexualmente transmissíveis e às pessoas que vivem com ou em risco acrescido de contraírem o VIH, alinhada com o objetivo da ONUSIDA de, até 2025, menos de 10% das pessoas que vivem com VIH e populações chave experienciam estigma e discriminação.

A abordagem do estigma e da discriminação associados à infeção por VIH implica um conhecimento atualizado destes fenómenos, com vista à identificação de tendências que os perpetuam e acentuam as barreiras ao acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados, mas também ao emprego e à vida social.

Neste contexto, o estudo "Conhecimento e estigma relacionado com VIH entre profissionais de saúde em Portugal" liderado pelo Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, apresenta dados sobre a relação entre o nível de conhecimento dos profissionais de saúde em Portugal sobre VIH e as atitudes estigmatizantes em relação às PVVIH. Este estudo, promovido pelo ECDC (Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças) e pela EACS (Sociedade Clínica Europeia da SIDA), envolveu 807 profissionais e avaliou como o conhecimento e o estigma sobre VIH influenciam a qualidade do atendimento de saúde prestado às PVVIH.



The infographic features a central heart shape composed of various red icons related to HIV/AIDS, including a red ribbon, a blood drop, a syringe, a condom, and a person. To the right of the heart, the text reads: "Vamos eliminar o estigma e a discriminação de VIH em ambientes de saúde". Below this, it says "Responda ao inquérito" and provides a QR code and a URL: <https://edspu.ecdc.europa.eu/survey/2v4hN7JANE0W9R9W98>. Logos for ECDC and EACS are visible in the top right corner.

O texto seguinte é da autoria do grupo de coordenação nacional do estudo europeu.

\*Através da aplicação de um questionário online, auto-administrado, entre setembro e dezembro de 2023, procurou-se avaliar diferentes componentes: 1) o conhecimento sobre o VIH; 2) a preocupação e preferências dos profissionais em relação às PVVIH; 3) as políticas institucionais; 4) o estigma relacionado com VIH. O questionário foi divulgado em Portugal e acessível a profissionais de saúde em múltiplos contextos, incluindo hospitais, cuidados de saúde primários e centros comunitários, garantindo uma amostra diversificada.

Para avaliar o conhecimento, os participantes responderam a questões sobre conceitos essenciais, como a eficácia da profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PPE) e o princípio "Indetectável = Intransmissível" (I=I). O nível de conhecimento foi, então, categorizado em quatro escalas: "Nenhum", "Baixo", "Médio" e "Alto", dependendo do número de conceitos dominados pelos participantes. O estigma foi avaliado através de um conjunto de declarações com as quais os participantes poderiam concordar ou discordar, representando atitudes estigmatizantes. Os participantes que concordavam com, pelo menos, uma afirmação estigmatizante eram classificados como tendo "Estigma". Também,

foi avaliada a preocupação e preferência dos profissionais na prestação de cuidados a PVVIH, bem como as políticas e estigma institucional.

Dos 807 profissionais de saúde que constituíram a amostra, 78% eram mulheres, com uma média de idade de 43,5 anos. A maioria dos participantes era composta por enfermeiros (38%) e médicos (28%), predominantemente a trabalhar em hospitais (54%) e cuidados de saúde primários (31%).

Os resultados indicaram uma grande variabilidade no conhecimento sobre VIH entre os diferentes grupos profissionais. No geral, 34% dos participantes demonstraram um nível de conhecimento "Alto". Os profissionais com níveis de conhecimento mais elevado foram aqueles com atividade profissional em unidades especializadas em VIH ou em centros comunitários. Pelo contrário, profissionais com idade superior a 40 anos, médicos fora do contexto hospitalar e outros profissionais de saúde demonstraram níveis mais baixos de conhecimento.

O estigma revelou-se um problema relevante entre os profissionais de saúde em Portugal. Apesar da maioria dos profissionais de saúde não terem reportado atitudes de estigma, cerca de 31% apresentaram alguma forma de estigma em relação a PVVIH. A análise dos dados identificou, como principais preditores de estigma entre profissionais de saúde portugueses o nível baixo de conhecimento sobre VIH, a falta de formação específica em VIH e a ausência de experiência prática em departamentos dedicados ao atendimento de PVVIH. Profissionais com menos conhecimento e formação mostraram-se mais propensos a atitudes estigmatizantes, enquanto aqueles com experiência direta no cuidado de PVVIH demonstraram menores níveis de estigma.

Cerca de 97% dos participantes não referiu preocupação na prestação de cuidados a PVVIH quando estes envolviam procedimentos de baixo risco, como medição de temperatura ou contato físico. No entanto, cerca de 33% dos participantes reportaram preocupação na realização de procedimentos que envolvessem potencial exposição a fluidos corporais, como a colheita de sangue e a prestação de cuidados a feridas. Verificou-se uma maior preocupação na prestação deste tipo de cuidados nos profissionais com níveis de conhecimento mais baixos do que nos profissionais com conhecimento elevado (42% vs 18-20%).

A análise institucional identificou que os níveis de discriminação variaram entre os diferentes contextos profissionais. Os hospitais foram apontados como as instituições onde os profissionais de saúde relataram maior prevalência de atitudes discriminatórias contra as PVVIH. Em cerca de 45% dos casos, os profissionais reportaram comentários discriminatórios, quebras de confidencialidade ou, mesmo, uma relutância explícita em prestar cuidados de saúde a PVVIH. Pelo contrário, os centros comunitários apresentaram índices relativamente menores de discriminação, embora ainda existam áreas a melhorar.

Além disso, o estudo destacou uma tendência preocupante de alguns profissionais manifestarem relutância em prestar cuidados a populações-chave afetadas por VIH, incluindo homens que têm sexo com homens, trabalhadores do sexo, transgénero e pessoas que usam drogas injetáveis. Esta relutância foi, com frequência, atribuída à falta de formação específica para lidar com essas populações vulneráveis, bem como preocupação de risco de exposição. Estes fatores refletem preconceitos estruturais e a necessidade de intervenções educativas que abordem as especificidades e necessidades dessas populações.

Os dados do estudo sugerem que profissionais com maior conhecimento sobre VIH demonstram atitudes menos estigmatizantes e maior confiança em prestar cuidados às PVVIH, especialmente em procedimentos que envolvem maior exposição de risco. Este dado reforça a necessidade de intervenções educativas abrangentes e contínuas. Estas formações devem ir para além dos aspetos biomédicos de VIH, incluindo tópicos como estigma e discriminação, diversidade e inclusão e, ainda,

a importância do atendimento culturalmente sensível. Além da formação, o estudo aponta para a importância de políticas institucionais, que garantam a igualdade de tratamento para todas as pessoas, independentemente do seu estado serológico. As instituições de saúde devem adotar e implementar diretrizes claras contra o estigma e a discriminação, reforçando a confidencialidade e os direitos das PVVIH. Estas políticas devem ser comunicadas de forma efetiva aos profissionais de saúde e, idealmente, acompanhadas de ações de sensibilização e formação para que se promovam ambientes de trabalho livres de preconceito e estigma.

A relevância destes achados para Portugal é significativa, sobretudo considerando o perfil atual da epidemia de VIH no país. Embora Portugal tenha feito progressos importantes na redução do número de novas infeções e na implementação de políticas de acesso universal ao tratamento, o estigma relacionado ao VIH nos serviços de saúde continua a ser uma barreira importante.

Um dos pontos enfatizados pelo estudo é a centralização do atendimento especializado em VIH, nos hospitais. Esta centralização limita a exposição e a formação sobre VIH em outros ambientes de saúde, como os cuidados de saúde primários, onde os profissionais podem ter menos oportunidades de interagir com PVVIH. Estes dados sugerem que o acesso a formação específica sobre VIH deve ser ampliado para todos os profissionais de saúde, independentemente do ambiente de trabalho, para garantir que todos estejam aptos a fornecer cuidados de qualidade e sem discriminação. Por outro lado, as atitudes discriminatórias em relação à PVVIH foram, também, mais frequentes a nível hospitalar, consequência como desta centralização na prestação de cuidados. Estes dados podem sugerir que a prestação de cuidados de saúde a PVVIH em consulta descentralizada na comunidade, por profissionais de saúde especializados e com níveis altos de conhecimento, poderá garantir a criação de um ambiente com menor estigma e, deste modo, mais acessível e com cuidados de melhor qualidade."

## II.6. Participação Internacional

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

- na contribuição voluntária do Governo português para o orçamento da ONUSIDA para o ano de 2023;
- enquanto Estado Observador do Programme Coordinating Board – PCB, UNAIDS, nas reuniões:
  - » *52<sup>nd</sup> UNAIDS PCB Meeting*, nos dias 26 a 28 de junho e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 16 e 19 de junho;
  - » *53<sup>rd</sup> UNAIDS PCB Meeting*, nos dias 12 a 14 de dezembro e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 4, 5 e 7 de dezembro;
- 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 nos meses de fevereiro e março de 2023.
- na articulação com a equipa da ONUSIDA responsável pelas estimativas globais da epidemia por VIH, "UNAIDS Estimates Team", para disponibilização de dados nacionais, discussão de resultados obtidos nos exercícios de estimativas feitos por Portugal e pela ONUSIDA, no que respeita à prevalência e incidência da infeção, e validação dos resultados finais a disponibilizar pela ONUSIDA no site <https://aidsinfo.unaids.org/> (fevereiro a abril 2023);

- na articulação com o ECDC, através de um elemento do PNISTVIH que é *Operational Contact Point* para a rede de vigilância da infeção VIH e SIDA e membro do "HIV Disease Network Coordination Committee" (HIVDNCC) órgão consultivo do ECDC para temas urgentes e definição das agendas das reuniões anuais da rede europeia:
  - » participação nas reuniões do HIV DNCC - 20 de Junho e 19 de Outubro;
  - » participação no WHO/ECDC *Joint Network meeting* HIV, com apresentação, a convite, de uma comunicação no painel "*Triple Elimination Initiative*" – Sevilha, 13 e 14 de setembro;
- através da participação de dois elementos do PNISTVIH na Conferência "*Fast Track Cities Amsterdam – 2023*" (25 a 27 de setembro):
  - » com apresentação de uma comunicação oral e dois posters ilustrando a experiência nacional na realização de estimativas para a epidemia VIH para os 10 municípios aderentes à iniciativa *Fast Track Cities*;
  - » com participação em reunião lateral com os Países de Língua Oficial Portuguesa presentes, promovida pelo IAPAC através da participação na Conferência HepHIV 2023, em Madrid (13 a 15 de novembro).



# III. NOTAS FINAIS

Nenhum país consegue planejar adequadamente a sua resposta à infeção por VIH se não conhecer verdadeiramente a sua epidemia. É este o propósito deste relatório que, anualmente, procura reunir um conjunto de dados que ajude à reflexão sobre as características sociodemográficas, as vulnerabilidades populacionais e as tendências comportamentais que informem a tomada de decisões efetivas e dirigidas às reais necessidades de prevenção, rastreio, diagnóstico, tratamento e cuidados da população.

A aposta no investimento em ferramentas robustas de prevenção, assim como a melhoria do acesso às mesmas, demonstra resultados importantes, com um aumento significativo de preservativos distribuídos, o número de pessoas que acederam à PrEP e à PPE. De facto, este relatório apresenta pela primeira vez, dados sobre o número de pessoas, que num ano, acederam à PPE em contexto hospitalar, evidenciando uma dimensão que não deve ser ignorada. Importa continuar a melhorar a recolha desta informação e perceber os contextos que motivaram o risco (ocupacional ou não ocupacional) e perceber a frequência do recurso a esta medida de prevenção em contexto não ocupacional e sensibilizar essas pessoas para a adoção de medidas alternativas, designadamente a PrEP.

No que diz respeito à PrEP, este relatório salienta o significativo aumento, comparativamente a 2022, de mais de 50% do número de pessoas que em 2023, receberam PrEP pelo menos uma vez e de mais de 10% das que tiveram acesso a essa estratégia de prevenção pela primeira vez, no mesmo ano. A assinalável completude dos dados reportados pelas unidades hospitalares, permitiu caracterizar estas populações, de uma forma que não tinha sido possível antes. Ao mesmo tempo, revela a falta de dados mais detalhados, pelo que importa estabelecer um sistema nacional de monitorização da PrEP, alinhado com as recomendações do ECDC para o efeito, que garanta a obtenção de indicadores relevantes como sejam, as barreiras estruturais de acesso, as situações que motivam a falta de adesão, suspensão ou abandono do plano de seguimento clínico e laboratorial, bem como as intercorrências como as taxas de incidência de infeção por VIH e as taxas de diagnóstico de IST, em utentes sob PrEP para VIH.

Os dados disponíveis, embora discretos, resultantes da monitorização da implementação da Portaria n.º 402/2023 de 4 de dezembro, são animadores e apontam para um número crescente de embalagens de Emtricitabina + Tenofovir dispensadas nas farmácias comunitárias. Com início efetivo da prescrição da PrEP oral em julho de 2024, através da PEM, a dispensa no contexto das farmácias comunitárias, evidencia um número cada vez maior de farmácias aderentes, embora ainda circunscritas a apenas 6 distritos do País. A sensibilização e a formação dos profissionais de saúde das especialidades contempladas na Portaria, assim como das farmácias, são essenciais para aumentar o número de consultas e dispensa de PrEP e, conseqüentemente, o número de pessoas abrangidas por esta estratégia robusta de prevenção.

Para o maior e melhor acesso à PrEP, contribuirão certamente as consultas em contexto comunitário, cuja efetivação se prevê ocorrer a breve trecho, resultante de um trabalho conjunto de vários organismos do Ministério da Saúde e envolvendo ONG que, através da celebração de protocolos com as Unidades Locais de Saúde (ULS), passam a assegurar, complementarmente às respostas já existentes, consultas de PrEP, dirigidas especialmente a populações mais vulneráveis.

Registam-se ainda elevadas proporções de diagnósticos tardios, particularmente entre pessoas com mais idade e em homens que adquiriram a infeção por contactos heterossexuais desprotegidos. Esta constatação evidencia a necessidade de aumentar a literacia destes grupos no que se refere a comportamentos de risco para a infeção por VIH e à importância da realização de testes de rastreio. Os resultados da modelação para as estimativas nacionais da demora diagnóstica (tempo entre a infeção e o diagnóstico) mostram diferenças consideráveis nos vários subgrupos analisados, sendo a mais elevada a estimada para os homens infetados por contactos heterossexuais. Contudo, frequente-

mente constata-se que antes destes diagnósticos tardios existiram várias oportunidades de diagnóstico perdidas, em diferentes contactos com os serviços de saúde, situação descrita tanto no contexto nacional<sup>22</sup> como internacional<sup>23</sup>, o que deverá motivar também uma atualização e consciencialização dos profissionais de saúde, tanto dos CSP como de outras especialidades clínicas. Embora careça de atualização em alguns pontos, a Norma n.º 58/2011, atualizada em 2014, sobre "Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)" enumera quais as populações a quem o teste para rastreio de infeção por VIH deve ser proposto e ainda as situações clínicas que deverão motivar a realização desse teste. Insistir no seu cumprimento deverá ser um objetivo das novas ULS.

Em 2023, pela primeira vez, a maioria dos novos diagnósticos ocorreu em pessoas não nascidas em Portugal. Em mais de metade dos casos, é indicado ou existe evidência que terão adquirido a infeção em Portugal. Embora, os dados não tenham sido ajustados para o atraso das notificações, podendo vir a verificar-se alterações nas proporções encontradas após integração de mais casos com diagnóstico nesse ano, a tendência temporal observada na última década denota um aumento constante na proporção de casos em pessoas nascidas noutros países. Urge investir na prevenção para estas comunidades migrantes, condição que por si confere um risco acrescido para a infeção por VIH, e o PNISTVIH, desde há vários anos, tem financiado projetos que se dedicam particularmente ao trabalho com estas populações, tanto na prevenção como no rastreio e ainda na ligação aos cuidados de saúde. Os dados da dispensa de PrEP mostram-nos ainda que os migrantes têm acesso a esta medida de prevenção, representando uma percentagem considerável dos beneficiários. Espera-se que o alargamento da dispensa de PrEP para o ambulatório e para estruturas da comunidade facilite o seu acesso também para estas pessoas. O aumento dos movimentos migratórios no território europeu, que Portugal tem experienciado mais intensamente nos anos mais recentes, reforça a necessidade de medidas dirigidas aos migrantes, envolvendo as comunidades em questão.

Portugal atingiu, com dados referentes ao ano de 2022, o objetivo de diagnosticar 95% das pessoas que vivem com VIH no país, contudo, essa meta não foi alcançada ainda em todos os grupos populacionais com risco para a infeção por VIH. Manter esta conquista torna-se um novo objetivo, ao qual acresce a necessidade de a repetir para as diferentes subpopulações. A dificuldade na monitorização, a nível nacional, dos restantes objetivos da estratégia 95-95-95, decorrente dos sistemas de informação existentes, terá de ser ultrapassada para que possamos conhecer a realidade nacional. Conhecer a informação relativa ao continuum of care permitir-nos-á evidenciar as boas práticas nacionais, através de resultados concretos, bem como mostrar os pontos que carecem de intervenção para que sejam atingidas as metas a que o país se propôs.

Por outro lado, as metas 10-10-10 da ONUSIDA, relacionados com o estigma e a discriminação, impelem o País ao conhecimento das situações e contextos em que as PVVIH ainda vivenciam estes fenómenos e atuar sobre elas, com vista à sua eliminação. De facto, é universalmente conhecido o impacto da estigmatização associada à infeção e às populações mais vulneráveis, na procura de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. Os dados obtidos através do estudo "Conhecimento e estigma relacionado com VIH entre profissionais de saúde em Portugal" revela o longo caminho ainda a percorrer para que Portugal seja efetivamente um país livre de preconceito, atento aos direitos das PVVIH.



## Referências

1. 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).
2. 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.
3. Direção-Geral da Saúde / Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2023. Lisboa: DGS/INSA; 2023
4. Croxford S, Stengaard AR, Brännström J, et al. Late diagnosis of HIV: An updated consensus definition. *HIVMed.* 2022;17. doi:10.1111/hiv.13425
5. 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
6. Despacho n.º 1150/2021 – Diário da República n.º 19/2021, Série II de 2021-01-28, da Direção-Geral da Saúde, que determina as doenças de notificação obrigatória a notificar na plataforma de apoio ao SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) ou no SI-Vida (Sistema de informação VIH/SIDA).
7. WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2023 – 2022 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
8. Tavošchi 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).
9. UNAIDS. Fast-Track Cities: Ending The Aids Epidemic. Cities achieving the 90-90-90 targets by 2020. Paris: UNAIDS, December 2014.
10. ECDC HIV Modelling Tool [software application]. Version 1.3.0 Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017. Acessível em: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-modelling-tool>
11. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Infeção VIH e SIDA Desafios e Estratégias 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018
12. European Union Presidency. (2004). Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Adopted at the Ministerial Conference "Breaking the Barriers – Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia," Dublin, Ireland, 23-24 February 2004
13. Despacho n.º 4835/2017 – Diário da República n.º 107/2017, Série II de 2017-06-02, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, que determina os procedimentos a adotar no âmbito do Programa Prioritário na área da Infeção VIH/SIDA e Tuberculose, da Direção-Geral da Saúde, com vista à promoção do acesso à Profilaxia Pré-Exposição da Infeção por VIH (PrEP).
14. Norma Clínica 25/2017 de 28 de novembro de 2017, da Direção-Geral da Saúde, que estabelece diretrizes para o uso da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) no combate ao HIV em adultos.
15. Portaria n.º 402/2023 – Diário da República n.º 233/2023, Série I de 2023-12-04, que define os procedimentos a adotar com vista ao alargamento do acesso à Profilaxia Pré-Exposição ao VIH (PrEP) e estabelece um regime excecional de comparticipação para os medicamentos destinados à PrEP.
16. Norma Clínica 01/2024 de 22 de março de 2024, da Direção-Geral da Saúde, que atualiza as orientações clínicas relacionadas com a administração da PrEP como medida preventiva contra a transmissão do vírus HIV.
17. 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).

18. Decreto-Lei 186/2006 – Diário da República n.º 176/2006, Série I de 2006-09-12, do Ministério da Saúde, que estabelece o regime de atribuição de apoios financeiros pelos serviços e organismos do Ministério da Saúde a entidades privadas sem fins lucrativos.
19. 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
20. 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 Infecções Sexualmente Transmissíveis e da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.
21. Portaria n.º 258/2013 – Diário da República n.º 155/2013, Série I de 2013-08-13, do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento dos Programas de Apoio Financeiro a atribuir pelos serviços e organismos centrais do Ministério da Saúde e pelas administrações regionais de saúde a pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos.
22. Lourinho, J.; Miguel, M.J.; Gonçalves, F.; Vale, F.; Franco, C.S.; Marques, N. Missed Opportunities for HIV Diagnosis and Their Clinical Repercussions in the Portuguese Population—A Cohort Study. *Pathogens* 2024, 13, 683. <https://doi.org/10.3390/pathogens13080683>
23. Röötel Kristi, Lemsalu Liis, Lätt Sirly, Epstein Jevgenia, on behalf of OptTEST by HiE. Missed opportunities for HIV testing in people diagnosed with HIV, Estonia, 2014 to 2015. *Euro Surveill.* 2019;24(15):pii=1800382. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.15.1800382>



**ANEXOS**

**VIH** 40 ANOS  
EM PORTUGAL



## 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<sup>6</sup>, 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), 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 (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.

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.

A informação relativa à transmissão mãe-filho da infeção por VIH foi disponibilizada pelo Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança (GTVIHC), da Sociedade Portuguesa de Infecçologia Pediátrica. Os dados foram disponibilizados sob forma agregada, para as diferentes variáveis.

### 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.dgs.pt/programa-nacionalistvih.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, as equipas de tratamentos das DICAD 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<sup>18</sup> e da Portaria n.º 258/2013 de 13 de agosto<sup>21</sup>, 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.

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

A recolha dos dados sobre a PrEP e a PPE foi efetuada através de um questionário online, preenchido pelos hospitais. A informação relativa à dispensa da PrEP através das farmácias comunitárias, foi disponibilizada pela ANF, AFP e o INFARMED. A informação relativa ao número de autotestes VIH vendidos nas farmácias comunitárias é fornecida pelas associações do sector, nomeadamente, a ANF e a AFP. O texto referente ao estudo "Conhecimento e estigma relacionado com VIH entre profissionais de saúde em Portugal" foi redigido pelo grupo que coordenou a participação nacional no estudo europeu "*Measuring HIV knowledge and attitudes in the healthcare setting - A cross-national survey in Europe and Central Asia*", promovido pelo ECDC e pela EACS.

## 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. Histoplasmoze 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.





### **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)