

INFEÇÃO POR VIH EM PORTUGAL



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Infeção por VIH em Portugal–2023

AUTORES

Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH

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 – 2023. Lisboa: DGS/INSA; 2023

CONTRIBUTOS

DGS

Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH

Joana Bettencourt, Alexandre Gomes

Direção de Serviços de Informação e Análise

Pedro Pinto Leite, Vitor Cabral Veríssimo

INSA

Departamento de Doenças Infeciosas

Helena Cortes Martins, Celeste Moura

Departamento de Epidemiologia

Carlos Aniceto

PALAVRAS CHAVE

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

EDITORES

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

Lisboa, novembro de 2023

ISBN (e-book): 978-989-8794-97-0

Índice

Resumo	11
Abstract	13
Lista de siglas e abreviaturas	15
Nota Introdutória	17
1. Vigilância Epidemiológica	21
1.1. Informação epidemiológica - 2022	23
1.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2022)	38
1.3 - Pessoas que vivem com VIH em Portugal	72
2. Atividades Desenvolvidas	77
2. 1. Prevenção	79
2.2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação	86
2.3. Apoio à Sociedade Civil	90
2.4. Literacia e ações públicas	91
2.5. Estigma e Discriminação - Índice de Estigma de Pessoas que vivem com o VIH – <i>People Living with HIV Stigma Index</i>	93
2.6. Participação Internacional	94
3. Notas Finais	97
Referências	100
Anexos	103
ANEXO I - Métodos	104
ANEXO II - Definição nacional de caso de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	106
ANEXO III - Lista das doenças definidoras de SIDA (por ordem alfabética)	108

Índice de Quadros

Quadro 1. Novos casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2022.	23
Quadro 2. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por grupo etário.	24
Quadro 3. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.	24
Quadro 4. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.	25
Quadro 5. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por origem geográfica e sexo.	26
Quadro 6. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por modo de transmissão dos indivíduos e sexo.	27
Quadro 7. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por estágio inicial e sexo.	28
Quadro 8. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: diagnósticos tardios (%) segundo a nova definição, por sexo e modo de transmissão.	31
Quadro 9. Novos casos de SIDA com diagnóstico em 2022.	32
Quadro 10. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por grupo etário e sexo.	33
Quadro 11. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.	33
Quadro 12. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por residência (NUTS II).	33
Quadro 13. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por origem geográfica e sexo.	34
Quadro 14. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por modo de transmissão e sexo.	34
Quadro 15. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo.	35
Quadro 16. Óbitos ocorridos em 2022: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.	36
Quadro 17. Óbitos ocorridos em 2022: distribuição por modo de transmissão.	36
Quadro 18. Óbitos ocorridos em 2022: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão.	37
Quadro 19. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por ano de diagnóstico e sexo.	40
Quadro 20. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	44
Quadro 21. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação.	46
Quadro 22. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por distrito de a residência à data da notificação e ano de diagnóstico.	48
Quadro 23. Casos de infeção por VIH (1983-2022): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.	49
Quadro 24. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2018-2022) nos 16 municípios do continente com as taxas mais elevadas.	50

Quadro 25. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	52
Quadro 26. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.	55
Quadro 27. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por estágio inicial e ano de diagnóstico.	56
Quadro 28. Casos de infeção por VIH em crianças (<15 anos) (1984-2022): distribuição por sexo, idade, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.	58
Quadro 29. Casos de SIDA (1983-2022): distribuição sexo e ano de diagnóstico do estágio.	60
Quadro 30. Casos de SIDA (1983-2022): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	63
Quadro 31. Casos de SIDA (1983-2022): distribuição por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estágio.	64
Quadro 32. Casos de SIDA (2013-2022): taxa de novos casos por 10 ⁵ habitantes por distrito de residência e ano de diagnóstico do estágio.	65
Quadro 33. Casos de SIDA (1983-2022): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.	66
Quadro 34. Óbitos em casos de infeção por VIH e de SIDA (1984-2022): distribuição por ano de morte.	68
Quadro 35. Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2022): distribuição por sexo e modo de transmissão segundo o ano de morte.	69
Quadro 36. Estimativas nacionais para 2021.	72

Índice de Figuras

Figura 1. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) do grupo etário por modo de transmissão.	25
Figura 2. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.	26
Figura 3. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: 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).	27
Figura 4. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.	28
Figura 5. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) do estágio clínico por modo de transmissão.	29
Figura 6. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) dos casos com contagens TCD4+ < 350 células/mm ³ de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.	30
Figura 7. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo.	32
Figura 8. Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.	35
Figura 9. Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2022): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estágio SIDA, ou ano de morte.	38
Figura 10. Casos de infeção por VIH (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.	41
Figura 11. Casos de infeção por VIH (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.	42
Figura 12. Casos de infeção por VIH (2013-2022): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.	43
Figura 13. Casos de infeção por VIH (2013-2022): distribuição (%) (A) e taxa de novos casos (B) por grupo etário e ano de diagnóstico.	45
Figura 14. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2018-2022) por região NUTS III	47
Figura 15. Casos de infeção por VIH (2013-2022): distribuição (n) (A) e (%) (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.	51
Figura 16. Casos de infeção por VIH, distribuição por modo de transmissão e ano de diagnóstico: período 1983 a 2022 (A); período de 2013 a 2022 (B).	53
Figura 17. Casos de infeção por VIH (2013-2022): evolução nas proporções de casos com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada e de diagnóstico tardio, segundo a nova definição.	57
Figura 18. Casos de infeção por VIH (2013-2022): tendências temporais das medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico, para as principais formas de transmissão.	57
Figura 19. Casos de SIDA (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.	61
Figura 20. Casos de SIDA (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio e sexo.	62
Figura 21. Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2013-2022): tendências temporais na frequência de diagnóstico.	67
Figura 22. Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH (2000-2022): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.	69
Figura 23. Características dos casos com diagnóstico nas diferentes décadas da infeção VIH em Portugal.	71
Figura 24. Tendências temporais na incidência estimada para a infeção por VIH em Portugal.	73
Figura 25. Características das PVVIH em Portugal em 2022.	74

Figura 26. Número de preservativos externos distribuídos (2019-2022).	79
Figura 27. Número de preservativos internos distribuídos (2020-2022).	80
Figura 28. Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas (2019-2022).	80
Figura 29. Número de preservativos distribuídos, por população (2019-2022).	81
Figura 30. Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas, por população (2019-2022).	81
Figura 31. Número de pedidos de material preventivo, por tipologia de entidade (2019-2022).	82
Figura 32. Número de seringas distribuídas no âmbito do PTS (1993 - 2022).	83
Figura 33. Número de pessoas que receberam PrEP (2018-2022)	84
Figura 34. N.º de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2022, por sexo.	85
Figura 35. Proporção de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2022, por grupo etário.	85
Figura 36. Proporção de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2022, por populações chave.	86
Figura 37. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CSP (2014-2022).	87
Figura 38. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (2014-2022).	87
Figura 39. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CAD (2000-2022).	88
Figura 40. Número de testes VIH e proporção de resultados reativos nas DICAD, ARS, I.P. (DICAD da ARS do Norte e DICAD da ARS Algarve), (2015-2022).	88
Figura 41. Número de testes VIH realizados, com prescrição dos CSP (2010-2022).	89
Figura 42. Número de autotestes VIH vendidos nas farmácias (2019-2022).	90
Figura 43. Imagem da campanha de promoção do uso de preservativo (Dia internacional do preservativo).	92

Resumo

Este relatório conjunto da DGS e INSA 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.

Em Portugal, segundo os dados recolhidos a 30 de junho de 2023, foram notificados 804 casos em que o diagnóstico de infeção por VIH ocorreu em 2022 (7,7 casos/10⁵ habitantes), valor não ajustado para o atraso da notificação. A maioria dos casos ocorreu em homens (3,1 casos por cada caso em mulheres). A mediana das idades ao diagnóstico foi de 37,0 anos e 27,9% dos casos referiam idades inferiores a 30 anos, a maioria dos quais (71,6%) correspondentes a homens que têm sexo com homens (HSH). A taxa de diagnóstico mais elevada registou-se no grupo etário 25-29 anos, 21,7 casos/10⁵ habitantes, em particular nos homens (35,6 casos/10⁵ habitantes). A residência de 39,1% dos indivíduos situava-se na Área Metropolitana de Lisboa (10,8 casos/10⁵ habitantes) e a região do Algarve apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (7,0 casos/10⁵ habitantes). A maioria dos novos casos (51,7%) ocorreu em indivíduos naturais de Portugal, país que foi indicado como local de provável contágio em 73,6% dos casos com essa informação. A transmissão por via sexual foi referida em 91,9% dos casos com diagnóstico em 2022, sendo a heterossexual a mais frequente (47,7%). Os casos em HSH constituíram 61,8% dos novos diagnósticos em homens. Na primeira avaliação clínica predominaram os casos assintomáticos, contudo, em 12,1% houve um diagnóstico concomitante de SIDA, 57,2% apresentaram-se com contagens de TCD4+ < 350 células/mm³ proporção que se revela mais elevadas nos casos de homens que referiam transmissão heterossexual, 68,1%. Durante o ano 2022 foram também diagnosticados 138 novos casos de SIDA (1,3 casos/10⁵ habitantes), sendo a pneumocistose a doença definidora de SIDA mais frequente, sendo referida em 26,8% dos casos. Foram ainda notificados 151 óbitos ocorridos em 2022, sendo que em 51,7% destes o diagnóstico da infeção por VIH tinha ocorrido há mais de 15 anos.

Nas quatro décadas da epidemia VIH (1983-2022), foram notificados em Portugal 66 061 casos de infeção, dos quais 23 637 atingiram estágio SIDA. Entre 2013 e 2022 observou-se uma redução de 56% no número de novos casos de infeção por VIH e de 74% em novos casos de SIDA. Uma vez que os totais relativos a 2022 não estão ajustados para o atraso na notificação, estes valores são provisórios. Não obstante a tendência decrescente sustentada, Portugal continua a apresentar taxas de novos casos de infeção por VIH e SIDA muito superiores aos valores médios registados no conjunto de países da União Europeia.

As estimativas realizadas para o ano 2021 revelaram que, em Portugal, viviam 45 532 pessoas com infeção por VIH, 94,4% das quais estavam diagnosticadas. A proporção de infeções não diagnosticadas era mais elevada para os casos em homens heterossexuais (8,7%) e mais baixa em utilizadores de drogas injetadas (UDI) (1,3%). Nesse ano, análise o tempo médio entre a infeção e o diagnóstico foi 3,7 anos.

À semelhança do observado em anos anteriores, mantem-se uma elevada percentagem 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 prevenção da transmissão e promoção do diagnóstico precoce dirigidas a essas populações específicas. Os HSH jovens e os migrantes de ambos os sexos devem também poder beneficiar de ações dirigidas, com especial foco na prevenção e no rastreio.

Em 2022, foram distribuídos, através do PNISTVIH, cerca de cinco milhões de preservativos externos e internos e mais de um milhão e seiscentas 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 UDI. No que diz respeito à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao VIH, 2022 registou um aumento significativo no número de pessoas abrangidas por esta importante estratégia de prevenção, atingindo-se um total de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, maioritariamente homens e que referem práticas sexuais com outros homens.

Foram realizados cerca de setenta 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 2022 foram prescritos mais de trezentos e setenta 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.

Pese embora se tenham verificado melhorias nos últimos anos, o estigma e a discriminação experienciados pelas PVVIH persistem em Portugal, com quatro em cada dez pessoas a referirem terem sido alvo de algum tipo de discriminação social e 15% já sofreram alguma situação de violação dos seus direitos, de acordo com dados recolhidos através do Índice do Estigma das Pessoas que Vivem com VIH (Stigma Index), em 2021 e 2022.

Abstract

This report is a joint publication from the Directorate-General of Health and the National Institute of Health Doutor Ricardo Jorge and presents updated HIV surveillance data from Portugal and information on national prevention and testing initiatives.

In Portugal, 804 new HIV infection cases were diagnosed in 2022, corresponding to a rate of 7.7 new cases/10⁵ inhabitants, not adjusted for reporting delay. Those diagnoses were 3.1 times more frequent in men than in women. The median age of recently diagnosed individuals was 37.0 years; 27.9% were less than 30 years old, 71,6% 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 (21.7 cases/10⁵ inhabitants), particularly in men (35.6 cases/10⁵ inhabitants). Lisbon Metropolitan Area was the residence area for 39,1% of persons with a new diagnosis of HIV infection (10.8 cases/10⁵ inhabitants), and the second largest rate of diagnoses was identified in the Algarve region (7.0 cases/10⁵ inhabitants). Most cases occurred in individuals born in Portugal (51.7%), which was also the country more frequently referred to as the probable country of infection (73.6%). Sexual transmission was reported in 91.9% of cases; although cases of heterosexual transmission prevailed (47.7%), cases in MSM account for 61.80% of the new diagnoses between men. At the first clinical appointment the majority of new patients were asymptomatic, however, CD4 counts were <350 cells/mm³ in 57.2% of cases, the highest proportions observed among heterosexual men (68.1%). In 2022, 138 new AIDS cases were diagnosed in individuals aged ≥15 years (1.3 cases/10⁵ inhabitants). Pneumocystosis was the most frequent AIDS-defining illness, reported in 26.8% of AIDS cases. In the same period, 151 deaths occurred in people with HIV infection, 51.7% of those deaths happening more than fifteen years after HIV diagnosis.

In the four decades of the HIV epidemic (1983-2022), 66 061 cases of HIV infection were cumulatively reported in Portugal, of those 23 637 were AIDS cases. Although 2022 data are not adjusted for reporting delay, temporal trends show that between 2013 and 2022 both new HIV and AIDS diagnoses have declined, respectively 56% and 74%. Despite the downward trend, Portugal still exhibits one of the highest rates of new HIV and AIDS diagnosis among European Union countries.

National estimates revealed that 45 532 persons were living with HIV in Portugal by the end of 2021, 5,6% of those undiagnosed. The highest proportion of undiagnosed infections was found to be among heterosexual males (8.7%) and the lowest among IDU (1.3%). The estimated mean time from infection to diagnosis was 3.7 years.

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

National Programme for STI and HIV activities concerning prevention during 2022 included the supply of more than 5 million of external and internal condoms and 1 million 600 thousand lubricants. 2022 marks the 30th anniversary of the needle exchange programme in Portugal, allowing the distribution of more than 64 million syringes among injecting drug users' population. Regarding Pre-Exposure Prophylaxis, 2022 registered a significant increase in the number of people covered by this important prevention strategy, reaching more than 4,5 thousand people, mostly men who have sex with men. HIV rapid testing performed in several settings including primary healthcare sector and community-based organizations, counted more than 70 thousand, representing an increasing trend compared to 2021. Additionally, more than 3 hundred and 70 thousand HIV tests were prescribed, and a more than 12 thousand HIV self-tests were sold by community pharmacies from October 2019 until December 2022.

ABSTRACT

Even though progress has been registered in recent years, stigma and discrimination experienced by PLWHIV still persist; In Portugal 4 out of 10 people reported some kind of social discrimination, and 15% of PLWHIV have already experienced human rights violations, according to People Living with HIV Stigma Index, 2021 – 2022.

Lista de siglas e abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AFP	Associação de Farmácias de Portugal
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
A.M.	Área metropolitana.
ANF	Associação Nacional das Farmácias
ARS	Administração Regional de Saúde
CAD	Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
COVID-19	Doença por coronavírus, 2019
CSP	Cuidados de saúde primários
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
ERRMD	Equipas de redução de riscos e minimização de danos
FNSC	Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais
HSH	Homens que têm sexo com homens
INE	Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
LGBTI+	Lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo.
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
ONG	Organizações não-governamentais
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
PCB	Programme Coordinating Board (UNAIDS)
PNISTVIH	Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PSSA	Pessoas em situação de sem-abrigo
PTS	Programa Troca de Seringas
PUD	Pessoas que usam drogas
PVVIH	Pessoas que vivem com VIH
R.A.	Região Autónoma
SI.VIDA	Sistema de Informação para a Infeção VIH e SIDA
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
TESSy	<i>The European Surveillance System</i>
TS	Trabalhadoras/es do sexo
UDI	Utilizadores de drogas injetadas
UE/EEE	União Europeia / Espaço Económico Europeu
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
VIH-1	Vírus da imunodeficiência humana do tipo 1
VIH-2	Vírus da imunodeficiência humana do tipo 2

Nota Introdutória

Passaram 40 anos desde a identificação do primeiro caso de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em Portugal, em **1983**. Desde então, foram notificados 66 061 casos de infeção, dos quais 23 637 atingiram estadió SIDA e registaram-se 15 779 óbitos. No final de 2021, as estimativas revelaram que 45 532 pessoas viviam com VIH em Portugal, das quais, 94,4% estavam diagnosticadas.

Ao longo destas quatro décadas, registaram-se progressos notáveis no âmbito do conhecimento da infeção, prevenção, diagnóstico e tratamento do VIH, contribuindo para uma tendência decrescente no número de novas infeções, casos de SIDA e mortes associadas, desde o ano 2000, em Portugal.

Apesar dos desafios societários inerentes, a resposta à infeção VIH constituiu-se como um exemplo sem precedentes do envolvimento comunitário, das pessoas que vivem com a infeção, dos profissionais de saúde e dos governantes.

Neste percurso, destacam-se alguns dos momentos-chave que moldaram a história da infeção em Portugal:

Em **1985**, perante a identificação dos primeiros casos, foi constituído o **Grupo de Trabalho da SIDA**, precursor da **Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA**, constituída em **1990**.

Em **1993**, inicia-se a implementação do **Programa Troca de Seringas**, programa pioneiro de redução de riscos e minimização de danos, dirigido a uma população em situação vulnerável à infeção - as pessoas que utilizam drogas - que a par com outras respostas, tem contribuído para uma redução drástica do número de novas infeções nessa população.

Em **2002** estabeleceu-se a rede nacional dos **Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH**, com o objetivo de proporcionar o acesso ao conhecimento do estado serológico de forma voluntária, gratuita, anónima e confidencial, em todos os distritos de Portugal.

Em **2004**, foi publicada a Circular Normativa n.o 01/DSMIA, de 04/02/04 - **Gravidez e Vírus da Imunodeficiência**, no âmbito da prevenção da transmissão mãe-filho do VIH, que determinou a realização do teste na preparação e durante a gravidez. Este normativo possibilitou os resultados notáveis ao nível do número cada vez mais reduzido ou inexistente de casos de transmissão materno-infantil em Portugal.

Em **2005**, a infeção por VIH tornou-se uma **prioridade nacional**, sendo considerada uma **doença de notificação obrigatória**, e é criada a **Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA**, integrada no **Alto Comissariado da Saúde**. No mesmo ano, é criada a **Plataforma Laboral Contra a SIDA**, como resposta do meio laboral à infeção, abrangendo mais de uma centena de empresas, empenhadas na resposta ao estigma e à discriminação associadas à infeção.

Em **2007** surgiu o **Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA**, estrutura consultiva, através da qual se procurava assegurar a efetiva participação das organizações da sociedade civil em todos os níveis da resposta à infeção. No mesmo ano, é criado o **Programa Klotho** – programa de identificação precoce e prevenção da infeção VIH/SIDA em utilizadores de drogas, assim como a introdução do **teste rápido do VIH**.

Em **2008**, aprovou-se a **Portaria que regula a atribuição de apoios financeiros às organizações não-Governamentais** que, desde a primeira hora, foram parceiros fundamentais e proativos na implementação de respostas comunitárias de resposta à infeção por VIH, na promoção dos direitos humanos e na luta contra o estigma e a discriminação.

Em **2010**, o **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral** foi ampliado para abranger as PVVIH.

O ano de **2011** ficou marcado pela aprovação unânime da **Resolução da Assembleia da República n.o 161/2011**, recomendando medidas para combater a infeção VIH/SIDA em Portugal, com vista à sua eliminação.

Em **2012**, a infeção por VIH tornou-se um **Programa de Saúde Prioritário**, integrado na **Direção-Geral da Saúde**, tendo sido responsável pela introdução do Programa Troca de Seringas e pela implementação do teste rápido de VIH nos **cuidados de saúde primários**, em **2013**.

Em **2014**, com vista ao **alargamento do acesso aos materiais preventivos**, foi publicada a Norma n.o 07/2014 de 16 de junho, determinando a sua distribuição nas **unidades de saúde hospitalares** e de **cuidados de saúde primários**. Este foi também o ano em que se generalizou o **rastreio integrado das infeções por VIH, VHB, VHC e outras IST em organizações não-governamentais** e estruturas de base comunitária, permitindo aumentar o acesso e garantir a ligação aos cuidados de saúde das pessoas com estatuto serológico positivo.

Em **2015** registaram-se alterações significativas em matéria do tratamento da infeção por VIH, com a **indicação de tratamento de todas as pessoas que vivem com VIH, independentemente do valor dos linfócitos T CD4+**. Ao mesmo tempo, o Despacho n.o 13447-B/2015 de 20 de novembro estabeleceu que a **dispensa da terapêutica antirretrovírica** fosse feita por um **período mínimo de 90 dias**, garantindo um seguimento adequado da resposta ao tratamento e impedindo o recurso a consultas médicas desnecessárias ou a deslocações clinicamente injustificadas às instituições hospitalares.

A **Profilaxia Pré-Exposição do VIH (PrEP)** foi aprovada em Portugal em **2017**, como uma importante estratégia de prevenção da infeção em pessoas com risco acrescido, tendo tido início em **2018**, através de um Programa de Acesso Precoce e generalizada a abrangência geográfica das consultas a partir de **2019**.

Foi também em 2017 que Portugal aderiu à iniciativa **“Cidades na via rápida para acabar com o VIH”**, com a adesão das cidades de **Cascais, Lisboa e Porto** às quais se juntaram em 2018, mais 7 cidades (**Almada, Amadora, Loures, Oeiras, Odivelas, Portimão e Sintra**), seguidas da **Região Autónoma da Madeira** em 2021 e **Vila Nova de Gaia** em 2023.

Em **2018**, implementou-se um modelo integrado para a **prestação de cuidados de saúde hospitalares**, no âmbito da **infeção por VIH, VHB e VHC**, para a **população reclusa**, garantindo a adesão e a retenção dessa população nos cuidados de saúde.

Atento à inovação, Portugal aprovou em **2019** a dispensa do **autoteste de VIH** nas farmácias comunitárias, numa clara aposta de diversificar as alternativas de rastreio da infeção. De salientar que o Despacho n.o 2522/2018, de 12 de março já autorizava a **realização do teste rápido de VIH, VHB e VHC nas farmácias**.

O percurso efetuado ao longo destes 40 anos permite-nos olhar de forma encorajadora para o futuro, sem descurar a ambição inerente às metas e compromissos nacionais e internacionais.

Os novos desafios demográficos e as emergências sociais e de saúde exigem uma atenção contínua e a manutenção do investimento em estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento equitativas, sustentadas no respeito pelos direitos humanos, sem estigma nem discriminação. E isto só poderá ser realizado com o setor da saúde, com o apoio das comunidades e organizações da sociedade civil, parceiros científicos, e empenho governativo.

A Direção Geral da Saúde está orgulhosa do que se alcançou e continuará a fazer a escolha de “não deixar ninguém para trás”.

Rita Sá Machado
Diretora-Geral da Saúde

1



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



1.1. Informação epidemiológica - 2022

1.1.1. Novos casos de infeção por VIH

Até 30 de junho de 2023 foram notificados 804 novos casos de infeção por VIH em que o diagnóstico ocorreu entre 1 de janeiro de 2022 e 31 de dezembro de 2022, a maioria registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos (**quadro 1**). A taxa de novos diagnósticos apurada para o ano 2022 foi de 7,7 casos por 10⁵ habitantes, não corrigida para o atraso de notificação.

Quadro 1. **Novos casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2022.**

	Nº de casos
Adolescentes e adultos (≥15 anos)	803
Crianças (<15 anos)	1
Total	804

Verificou-se que em 33 (4,1%) destes casos o diagnóstico aconteceu fora de Portugal, pelo que a taxa apurada para os diagnósticos realizados em Portugal é de 7,4 casos por 10⁵ habitantes.

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

Foi notificado um caso de infeção por VIH em criança de 3 anos de idade, cujo diagnóstico ocorreu em 2022. O caso corresponde a uma criança nascida fora de Portugal, sendo referida a transmissão mãe-filho.

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

Os 803 casos diagnosticados durante o ano 2022 em adolescentes e adultos, ocorreram maioritariamente em homens (75,5%), representando os casos em mulheres 24,5% do total, o que corresponde a uma razão homem/mulher (H/M) de 3,1.

A idade à data de diagnóstico situou-se entre os 20 e os 39 anos em 54,5% dos novos casos, enquanto 23,0% foram diagnosticados em indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos. Embora o maior número de novos diagnósticos (228) tenha ocorrido em indivíduos com idades entre 30 e 39 anos (**quadro 2**), a taxa mais elevada, 21,7 casos/10⁵ habitantes, registou-se no grupo etário dos 25-29 anos. Após estratificação por sexo este padrão foi também observado nos casos em homens, para os quais se apurou uma taxa de diagnósticos de 35,6 casos/10⁵ homens no grupo etário dos 25-29 anos. Nas mulheres, o maior número de novos casos e a taxa mais elevada de diagnósticos registaram-se no grupo etário dos 30-39 anos, respetivamente, 57 casos e 9,5 casos/10⁵ mulheres.

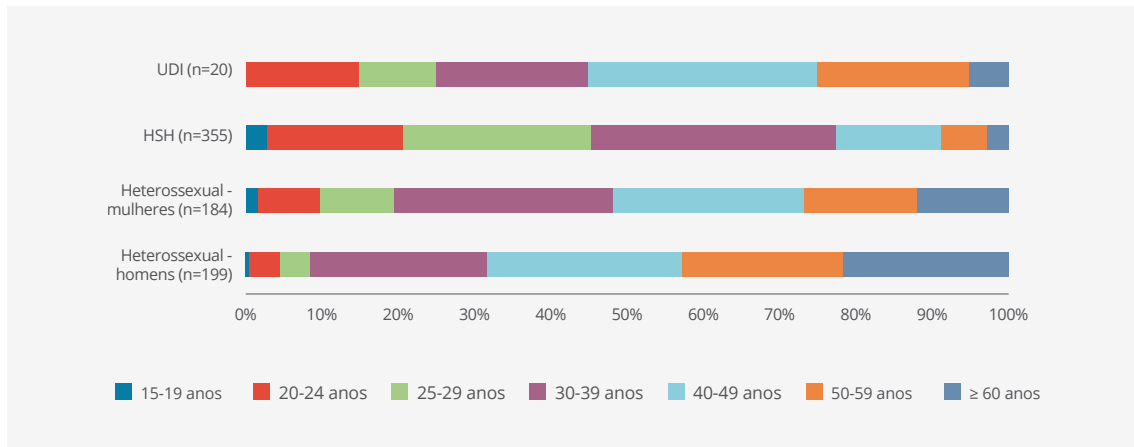
Quadro 2. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por grupo etário.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	N	%	Casos/10 ⁵ habitantes
15-19 anos	11	1,8	4,1	3	1,5	1,2	14	1,7	2,7
20-24 anos	75	12,4	26,1	16	8,1	5,8	91	11,3	16,2
25-29 anos	100	16,5	35,6	19	9,6	7,1	119	14,8	21,7
30-39 anos	171	28,2	28,8	57	28,9	9,5	228	28,4	19,1
40-49 anos	117	19,3	15,7	49	24,9	6,1	166	20,7	10,8
50-59 anos	75	12,4	10,4	28	14,2	3,5	103	12,8	6,8
≥ 60 anos	57	9,4	4,0	25	12,7	1,4	82	10,2	2,5
Total	606	100,0	12,1	197	100,0	3,6	803	100,0	7,7

A idade mediana à data do diagnóstico apurada para o total de casos diagnosticados em adolescentes e adultos foi de 37,0 anos [Percentil 25 e 75 – (P25-P75): 29,0-48,0] (**quadro 3**). Os casos relativos a homens que têm sexo com homens (HSH), apresentaram uma mediana de idades de 30 anos, que é 11,5 anos inferior à apurada para os casos em utilizadores de drogas injetadas (UDI) (41,5 anos) e 14 anos inferior aos que referem transmissão heterossexual (44 anos). Em 45,4% (161/355) dos casos de transmissão em HSH a idade à data de diagnóstico foi inferior a 30 anos (**figura 1**), enquanto apenas 13,7% (53/388) dos casos de transmissão por contacto heterossexual foram diagnosticados em indivíduos com idades equivalentes. Ainda, 71,9% (161/224) dos casos diagnosticados em pessoas com idades entre 15 e 29 anos referiam transmissão por relações sexuais entre homens. Por outro lado, 35,0% (134/383) dos casos em que a transmissão ocorreu por contacto heterossexual registaram-se em indivíduos com 50 ou mais anos, correspondendo a 72,4% (134/185) dos novos casos registados em indivíduos desse grupo etário.

Quadro 3. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os novos casos (≥ 15 anos)	37,0	29,0	48,0
Homens	36,0	28,0	47,0
Mulheres	41,0	32,0	51,0
Heterossexual	44,0	34,0	56,0
HSH	30,0	25,0	38,0
UDI	41,5	31,5	48,5



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 2022: distribuição (%) do grupo etário por modo de transmissão.**

De entre os novos casos com informação relativa à residência, de acordo com a definição dada pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II de 2013¹, verifica-se que a maior proporção de novos casos (39,1%; 314/803) residia na Área Metropolitana (A.M.) de Lisboa, sendo também entre os residentes desta região que se registou a taxa mais elevada de novos diagnósticos (10,8 casos/10⁵ habitantes) (**quadro 4**). O número de novos diagnósticos em residentes na região Norte do país foi o segundo maior registado no país, contudo, à semelhança do registado em anos anteriores, foi entre os residentes na região do Algarve que se detetou a segunda taxa de diagnóstico mais elevada. A região Norte apresentou a terceira taxa de diagnósticos VIH mais elevada do país.

A análise das taxas de novos diagnósticos por distrito revelou que os três distritos com as taxas mais elevadas foram o distrito de Lisboa (10,9 casos/10⁵ habitantes), o distrito de Viana do Castelo (10,3 casos/10⁵ habitantes) e o distrito de Setúbal (9,0 casos/10⁵ habitantes).

Quadro 4. **Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.**

Região NUTSII	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes
Norte	240	29,9	6,6
Centro	134	16,7	5,9
Área Metropolitana de Lisboa	314	39,1	10,8
Alentejo	27	3,4	3,8
Algarve	33	4,1	7,0
Região Autónoma dos Açores	7	0,9	2,9
Região Autónoma da Madeira	13	1,6	5,1
Residência no estrangeiro	2	0,2	n.a.
Sem informação	33	4,1	n.a.
Total	803	100,0	7,7

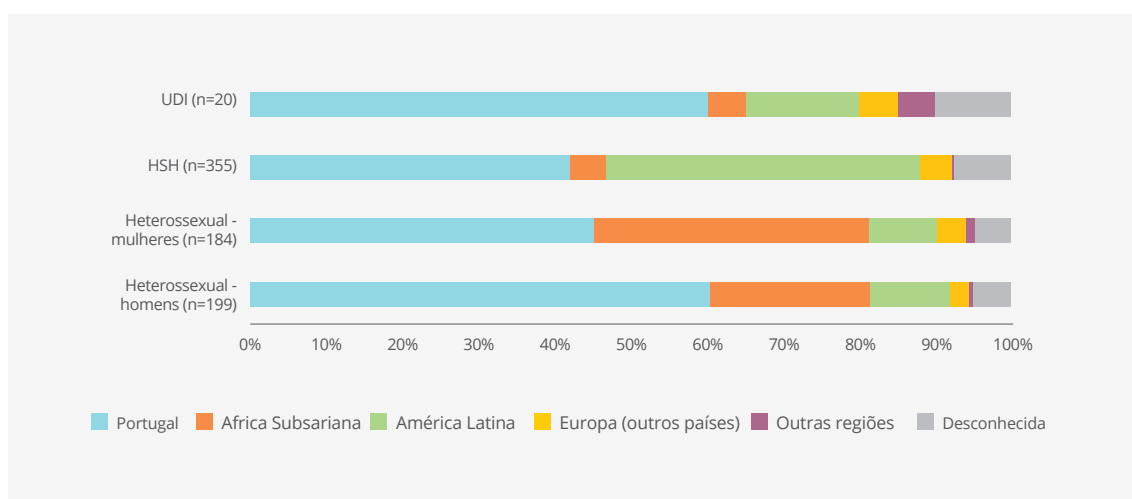
A informação relativa ao país ou região geográfica de origem, apurada com base no país de naturalidade é apresentada no **quadro 5**.

Quadro 5. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	302	49,8	87	44,2	389	48,4
África Subsariana	64	10,6	74	37,6	138	17,2
América Latina	174	28,7	17	8,6	191	23,8
Europa (outros países)	22	3,6	8	4,1	30	3,7
Outra	3	0,5	2	1,0	5	0,6
Sem informação	41	6,8	9	4,6	50	6,2
Total	606	100,0	197	100,0	803	100,0

Portugal foi indicado como país de naturalidade na maioria dos casos com informação (51,7%; 389/753). Dos 364 casos que referiam ter nascido noutro país, 37,9 eram originários de países situados na África Subsariana e 52,5% de países da América Latina. A estratificação por sexo dos 753 casos em que foi conhecida a naturalidade, revelou que a proporção de casos em mulheres que referem ter nascido em Portugal é inferior à dos casos que nasceram noutros países, respetivamente 46,3% (87/188) e 53,7% (101/188), situação que não se observa nos casos em homens, que maioritariamente nasceram em Portugal (53,5%; 302/565). Nos homens nascidos no estrangeiro, o maior número de casos corresponde a indivíduos originários da América Latina (174/263; 66,2%), enquanto as mulheres nascidas fora de Portugal foram, maioritariamente, originárias de países africanos (73,3%; 74/101).

A análise da informação referente à região de naturalidade, desagregada para as três principais formas de transmissão (**figura 2**), revelou para os casos de transmissão heterossexual em mulheres que 50,0% (92/184) eram oriundas de outros países, a maioria destas (72,8%; 67/92) da África Subsariana, enquanto nos casos de transmissão heterossexual em homens 60,3% nasceram em Portugal. Nos 355 casos em HSH, 50,4% (146) eram originários de países da América Latina e 42,0% (149) nasceram em Portugal. Entre os casos em 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 2022: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.

Na notificação dos casos de infeção por VIH é também recolhida informação relativa ao país onde terá ocorrido a infeção. O país de nascimento é indicado como país de provável contágio em 61,6% dos casos com diagnóstico em 2022, enquanto 26,5% refere ter adquirido a infeção noutro país.

Em 64,9% do total de casos a infeção terá ocorrido em Portugal, contudo, se forem considerados apenas os casos em que existe informação para esta variável (708/803), esta proporção ascende a 73,6% (521/708).

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**).

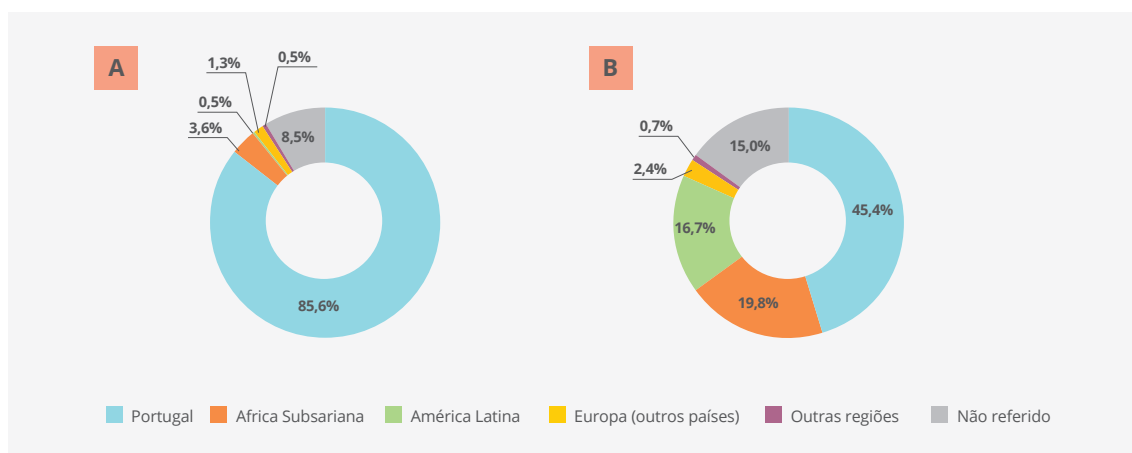


Figura 3. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infeção - casos com Portugal como país de naturalidade (A), casos com país de naturalidade diferente de Portugal (B).

É possível constatar que em 85,6% do total de casos diagnosticados em indivíduos de nacionalidade portuguesa a infeção terá ocorrido em Portugal (**figura 3A**). Nos casos que nasceram no estrangeiro, 45,4% referem Portugal como o país em que terão contraído a infeção (**figura 3B**). Ao serem analisados apenas os casos com informação (352/414), essa proporção aumenta para 53,4% (188/352).

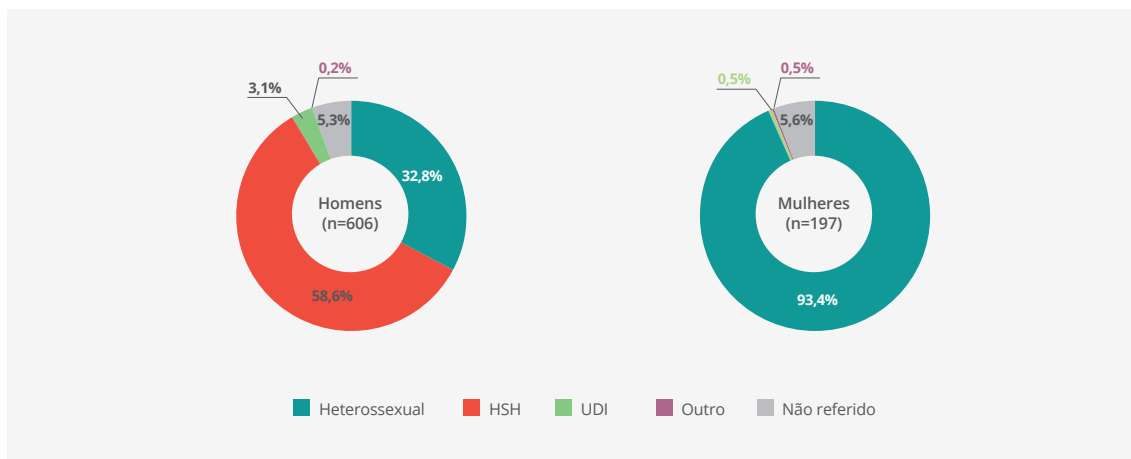
Em 91,9% dos casos com diagnóstico em 2022 a transmissão ocorreu através de relações sexuais (**quadro 6**). Destas, 47,7% por contactos heterossexuais e 44,2% em HSH. Os casos em UDI corresponderam a 2,5% do total.

Quadro 6. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por modo de transmissão dos indivíduos e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	199	32,8	184	93,4	383	47,7
HSH	355	58,6	-	-	355	44,2
UDI	19	3,1	1	0,5	20	2,5
Outro	1	0,2	1	0,5	2	0,2
Não referido	32	5,3	11	5,6	43	5,4
Total	606	100,0	197	100,0	803	100,0

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

A distribuição percentual dos novos casos por modo de transmissão e sexo é apresentada na **figura 4**. Os casos com diagnóstico em 2022 associados a transmissão por relações sexuais entre homens (n=355) constituíram 58,6% dos novos diagnósticos em homens, valor que ascende a 61,8% se forem considerados apenas os casos com informação sobre o modo de transmissão (574/606).



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 2022: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.**

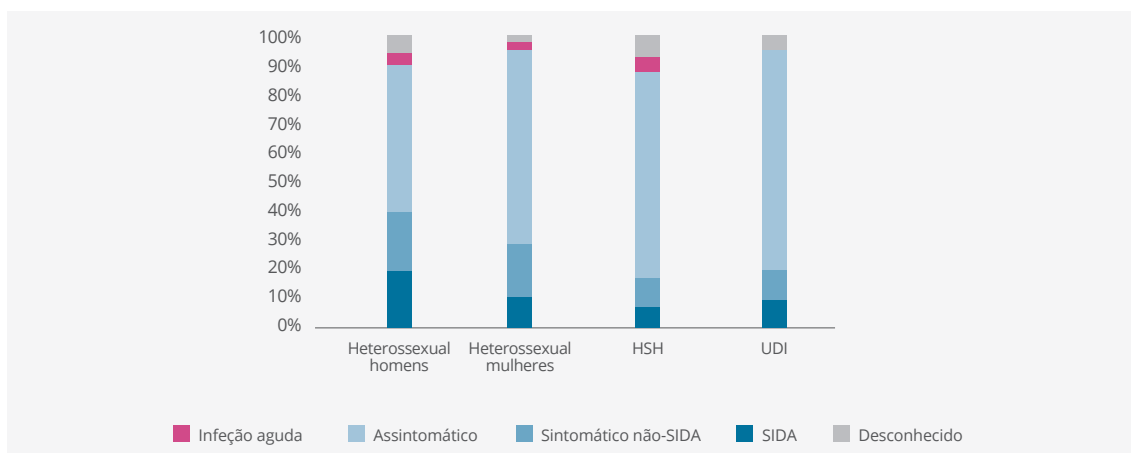
O tipo de vírus foi reportado em 98,8% (793/803) dos novos casos notificados, verificando-se que na maioria dos casos com informação (98,1%; 778/793) a infeção foi causada por VIH do tipo 1 (VIH-1). No período em análise foram diagnosticadas 15 infeções por VIH do tipo 2 (VIH-2). Esses diagnósticos ocorreram maioritariamente em mulheres (53,3%; 8/15), em indivíduos com 50 ou mais anos (73,3%; 11/15) e em nascidos em Portugal (46,7%; 7/15) e na Guiné-Bissau (26,7%; 4/15).

Em 94,1% (756/803) dos casos com diagnóstico em 2022 foi reportada informação relativa ao estágio clínico apurado na avaliação inicial e a maioria dos casos (63,4%) foram classificados como assintomáticos (**quadro 7**). Identificaram-se 34 casos em que o diagnóstico foi efetuado na fase aguda da infeção, 85,3% (29/34) dos quais correspondiam a homens, e nestes, 69,0% (20/29) referiam transmissão por relações sexuais com outros homens. A estratificação por sexo não revelou diferenças nas proporções dos casos nos diferentes estádios.

Quadro 7. **Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por estágio inicial e sexo.**

	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Infeção Aguda	29	4,8	5	2,5	34	4,2
Assintomático	380	62,7	129	65,5	509	63,4
Sintomático não-SIDA	80	13,2	36	18,3	116	14,4
SIDA	76	12,5	21	10,7	97	12,1
Sem informação	41	6,8	6	3,0	47	5,9
Total	606	100,0	197	100,0	803	100,0

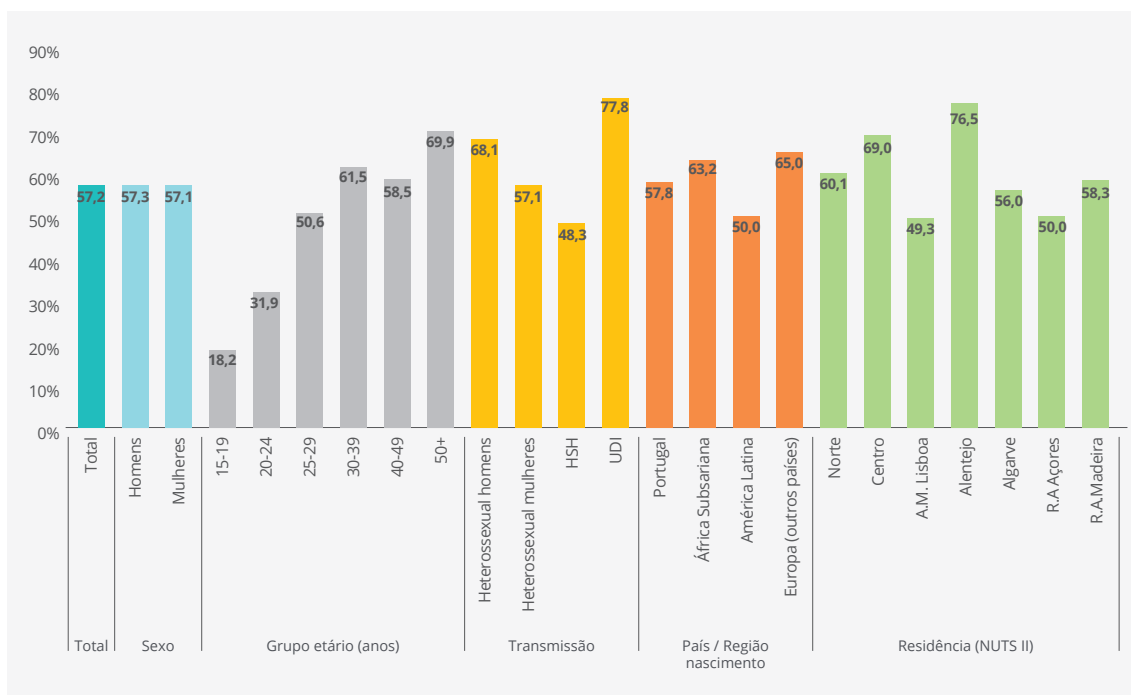
A análise do estágio clínico segundo o modo de transmissão evidencia que a menor proporção de casos com diagnóstico concomitante de SIDA (7,3%) ocorreu em HSH e a maior (19,6%) ocorreu em homens que referiam transmissão heterossexual e que 39,7% dos casos nesta categoria apresentavam sintomas à data da primeira avaliação clínica (**figura 5**). No total foram identificados 97 casos (12,1%) em que ocorreu um diagnóstico de SIDA concomitantemente com o diagnóstico de infeção por VIH.



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

Figura 5. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) do estágio clínico por modo de transmissão.

O número de células TCD4+ da primeira avaliação clínica tem sido usado como indicador de precocidade dos diagnósticos de infeção por VIH, estando consensualizado que os valores inferiores a 350 células/mm³ corresponderão a apresentação tardia aos cuidados de saúde² e valores inferiores a 200 células/mm³ indicam doença avançada². A informação relativa a estas contagens esteve disponível para 81,4% dos casos com diagnóstico em 2022. Uma vez que é frequente verificar-se uma redução transitória do número de células TCD4+ no período inicial da infeção por VIH, o que eventualmente pode levar à classificação incorreta desses casos como correspondendo a apresentação tardia, foram excluídos da análise os casos em que foi reportado o estágio clínico “Infeção aguda”. Constatou-se que 57,2% dos casos notificados com diagnóstico no ano em análise referiam valores <350 células/mm³, revelando uma apresentação tardia aos cuidados clínicos, valor que ascende a 58,2% entre os casos com diagnóstico em Portugal. As contagens foram <200 células/mm³ em 34,2% do total de casos e em 34,8% dos casos com diagnóstico em Portugal.



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

Figura 6. **Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) dos casos com contagens TCD4+<350 células/mm³ de acordo com o sexo, idade, modo de transmissão, naturalidade e residência.**

A informação relativa à proporção de casos com TCD4+<350 células/mm³ para diferentes características encontra-se resumida na **figura 6**. Verifica-se que a estratificação por sexo não revela diferença nas proporções encontradas e que existe uma tendência para aumento dessas proporções que acompanha o aumento da idade à data de diagnóstico, atingindo o valor de 69,9% nos casos com idades de 50 ou mais anos ao diagnóstico, tal como observado nos anos anteriores³. Relativamente à origem geográfica, constata-se que entre os casos nascidos na região de África Subsariana e em outros países europeus a proporção de casos com TCD4+<350 células/mm³ foi superior à verificada entre os nascidos em Portugal ou da América Latina. A região NUTS II de residência em que os casos se apresentaram mais tardiamente foi a Região do Alentejo (76,5%), seguida da Região Centro (69,0%). No que se refere ao modo de transmissão, foi entre os casos em UDI e em homens infetados por relações heterossexuais que se observaram as proporções mais elevadas, respetivamente, 77,8% e 68,1%.

Adicionalmente, observou-se que em 34,2% dos casos os valores das contagens de TCD4+ foram <200 células/mm³ o que, como anteriormente referido, é indicador de doença avançada. Estes valores foram mais frequentes nos casos em homens (34,9%), nos casos com idade igual ou superior a 50 anos (46,4%) e nos casos de transmissão heterossexual, em homens (45,2%).

Tal como indicado no relatório anterior³, foi recentemente consensualizada e publicada uma atualização da abordagem para avaliação dos diagnósticos tardios⁴, que diverge do método assente apenas nas contagens de células TCD4+, por se ter constatado que este último poderá sobrestimar os diagnósticos tardios, quer por classificação errada de infeções recentes como diagnósticos tardios, com base nos valores baixos de células TCD4+, como atrás explicado, quer por redução do denominador se as mesmas forem retiradas da avaliação. Segundo a nova abordagem, são identificados como diagnósticos “não tardios” os casos que correspondam a infeções agudas (com evidência laboratorial ou clínica), bem como os casos que tenham um teste VIH negativo nos 12 meses antes do diagnóstico,

independentemente do valor das contagens de TCD4+. Nos casos em que não se verifique nenhuma destas condições, a classificação é feita segundo os valores obtidos na contagem de células TCD4+, sendo classificados como diagnósticos “não tardios” se estes forem superiores ou iguais a 350 células/mm³. Sempre que na notificação seja referido diagnóstico concomitante de doença definidora de SIDA os casos são classificados como diagnosticados tardiamente, independentemente do valor das contagens de TCD4+.

Com base nestas premissas, foi efetuada a análise dos dados relativos aos casos com diagnóstico em 2022 e cujos resultados se apresentam no **quadro 8**. Os valores apurados para o diagnóstico tardio são inferiores aos obtidos na abordagem assente apenas na contagem de TCD4+ e apresentados na **figura 6**, essencialmente pela diferença nos denominadores.

Quadro 8. **Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: diagnósticos tardios (%) segundo a nova definição, por sexo e modo de transmissão.**

	Sexo				Modo de transmissão								Total	
	Homens		Mulheres		Hetero - H		Hetero - M		HSH		UDI		N	%
Diagnóstico tardio	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
SIM	259	52,1	93	55,0	116	66,3	88	55,0	116	40,8	14	73,7	352	52,9
NÃO	238	47,9	76	45,0	59	33,7	72	45,0	168	59,2	5	26,3	314	47,1
Total (com informação para classificação)	497	100,0	169	100,0	175	100,0	160	100,0	284	100,0	19	100,0	666	100,0

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

Alterações recentes ao formulário de recolha de dados na notificação clínica de casos de infeção por VIH e SIDA, do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), permitiram a recolha de informação relativa ao local onde, para cada caso, foi realizado o primeiro teste VIH com resultado positivo. Foi possível apurar esse local em 82,2% dos casos com diagnóstico em 2022, verificando-se que em 38,2% este ocorreu em serviços hospitalares, em 27,4% foi pedido ou realizado no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e em 9,7% aconteceu em estruturas da comunidade (**figura 7**). As consultas de IST, nas quais foram identificados 7,4% dos casos, não estão tipificadas com mais detalhe, pelo que não é possível diferenciar entre as que foram efetuadas em serviços de saúde formais ou da comunidade. Importa ainda referir que na categoria “Outro contexto”, para além de casos em que este não foi especificado, se encontram englobados casos com resultados positivos para VIH nos seguintes contextos: rastreio de gravidez (n=16) rastreio de dadores de sangue (n=9); intervenções no âmbito dos comportamentos aditivos (n=4); rastreio em estabelecimentos prisionais ou de reinserção (n=2).

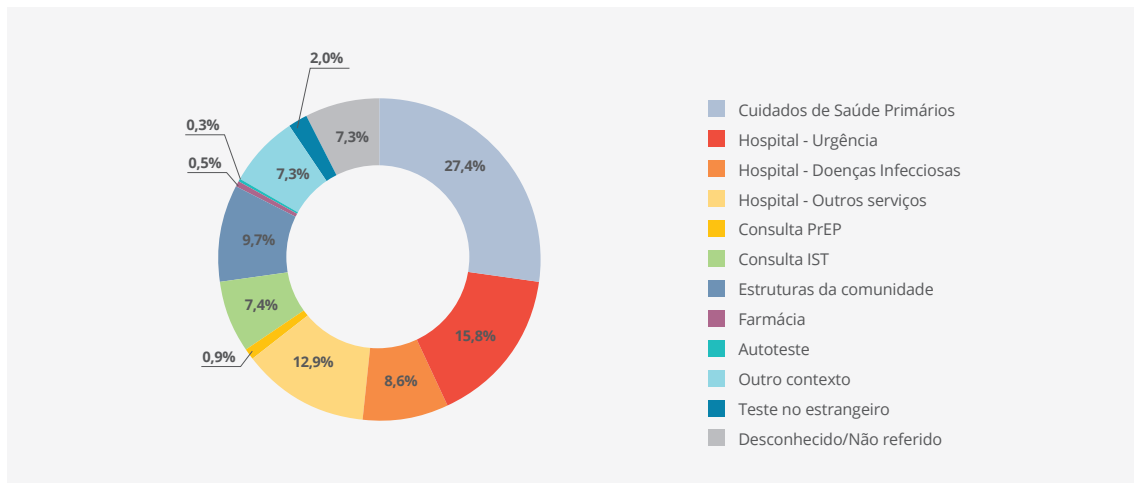


Figura 7. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo.

1.1.2. Novos casos de SIDA

Durante o ano 2022 foram diagnosticados 138 novos casos de SIDA, todos em adolescentes ou adultos com idade igual ou superior a 15 anos (**quadro 9**). A taxa de novos diagnósticos de SIDA para o ano 2022 foi 1,3 casos/ 10^5 habitantes. O diagnóstico de SIDA foi concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH em 70,3% dos casos (97/138); nos restantes verificou-se evolução para estágio SIDA.

Quadro 9. Novos casos de SIDA com diagnóstico em 2022.

	Nº de casos
Adolescentes e adultos (≥ 15 anos)	138
Crianças (<15 anos)	0
Total	138

Dos 138 casos de SIDA diagnosticados no ano em análise, 10^5 (76,1%) registaram-se em homens e 33 (23,9%) em mulheres, o que revela uma razão H/M de 3,2. A maioria dos novos casos de SIDA (63,0%) ocorreu em indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, no entanto, a incidência mais elevada, 2,9 casos/ 10^5 habitantes, observou-se no grupo etário 30-39 anos. A desagregação por sexo revelou que tanto para os homens como para as mulheres, a incidência mais elevada ocorreu no grupo dos 30 aos 39 anos, respetivamente, 4,2 casos/ 10^5 habitantes e 1,5 casos/ 10^5 habitantes (**quadro 10**). A idade mediana à data do diagnóstico de SIDA para o total de novos casos de 2020 e 2021 foi de 45,0 anos (P25-75: 36,0-56,0) (**quadro 11**). As medianas de idades dos casos de SIDA foram mais elevadas em mulheres (47,0 anos) e entre os que referiam transmissão heterossexual (46,5 anos), as mais baixas registaram-se nos casos em HSH (35,0 anos).

Quadro 10. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por grupo etário e sexo.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	N	%	Casos/10 ⁵ habitantes
15-19 anos	0	0,0	-	1	3,0	0,4	1	0,7	0,2
20-24 anos	3	2,9	1,0	0	0,0	0,0	3	2,2	0,5
25-29 anos	11	10,5	3,9	2	6,1	0,7	13	9,4	2,4
30-39 anos	25	23,8	4,2	9	27,3	1,5	34	24,6	2,9
40-49 anos	28	26,7	3,8	7	21,2	0,9	35	25,4	2,3
50-59 anos	23	21,9	3,2	6	18,2	0,8	29	21,0	1,9
≥ 60 anos	15	14,3	1,1	8	24,2	0,4	23	16,7	0,7
Total	105	100,0	2,1	33	100,0	0,6	138	100,0	1,3

Quadro 11. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: 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)	45,0	36,0	56,0
Homens	45,0	34,0	55,0
Mulheres	47,0	37,0	56,0
Heterossexual	46,5	38,0	57,0
HSH	35,0	30,5	45,0
UDI	45,5	41,0	56,0

A distribuição dos novos casos de SIDA por região NUTS II da residência à data da notificação, mostrada no **quadro 12**, revela que o maior número de diagnósticos de SIDA (n=53) ocorreu na área metropolitana de Lisboa, onde também se observou a incidência de SIDA mais elevada (1,8 casos de SIDA/10⁵ habitantes)

Quadro 12. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por residência (NUTS II).

Região NUTSII	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes
Norte	44	31,9	1,2
Centro	19	13,8	0,8
Área Metropolitana de Lisboa	53	38,4	1,8
Alentejo	8	5,8	1,1
Algarve	6	4,3	1,3
Região Autónoma dos Açores	2	1,4	0,8
Região Autónoma da Madeira	2	1,4	0,8
Residência no estrangeiro	3	2,2	n.a.
Sem informação	1	0,7	n.a.
Total	138	100,0	1,3

A maioria dos novos casos de SIDA de 2022 (54,3%) registou-se em indivíduos nascidos em Portugal, para ambos os sexos (**quadro 13**).

Quadro 13. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	59	56,2	16	48,5	75	54,3
África Subsariana	16	15,2	15	45,5	31	22,5
América Latina	20	19,0	1	3,0	21	15,2
Europa (outros países)	4	3,8	0	0,0	4	2,9
Sem informação	6	5,7	1	3,0	7	5,1
Total	105	100,0	33	100,0	138	100,0

A distribuição dos novos casos de SIDA por modo de transmissão é apresentada no **quadro 14** e mostra que a maioria dos casos (58,0%) ocorreu em indivíduos que contraíram a infeção por contacto heterossexual.

Quadro 14. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2022: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	51	48,6	29	87,9	80	58,0
HSH	36	34,3	0	-	36	26,1
UDI	7	6,7	3	9,1	10	7,2
Outro	9	8,6	0	0,0	10	7,2
Não referido	2	1,9	1	3,0	2	1,4
Total	105	100,0	33	100,0	138	100,0

Segundo as definições europeia e nacional de caso de SIDA^{5,6} (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 1993⁵ 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. Por ter sido referida em 26,8% dos casos a pneumocistose foi a doença definidora de SIDA mais frequente nos casos com diagnóstico em 2022, 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 2022: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo.

Doença definidora de SIDA	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Pneumocistose	29	28,4	8	24,2	37	26,8
Candidose esofágica	18	17,6	3	2,4	21	15,2
Tuberculose pulmonar	12	11,8	5	4,0	17	12,3
Doença por citomegalovírus	11	10,8	3	2,4	14	10,1
Tuberculose extrapulmonar (todas as formas)	7	6,9	5	4,0	12	8,7
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	10	9,8	1	0,8	11	8,0
Sarcoma de Kaposi	8	7,8	2	1,6	10	7,2
Síndrome de emaciação por VIH	3	2,9	5	4,0	8	5,8
Toxoplasmose cerebral	7	6,9	1	0,8	8	5,8
Encefalopatia por VIH	5	4,9	2	1,6	7	5,1

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 tanto nos casos de transmissão sexual, heterossexual (25,9%) e HSH (30,6%), quanto em UDI (30,0%).

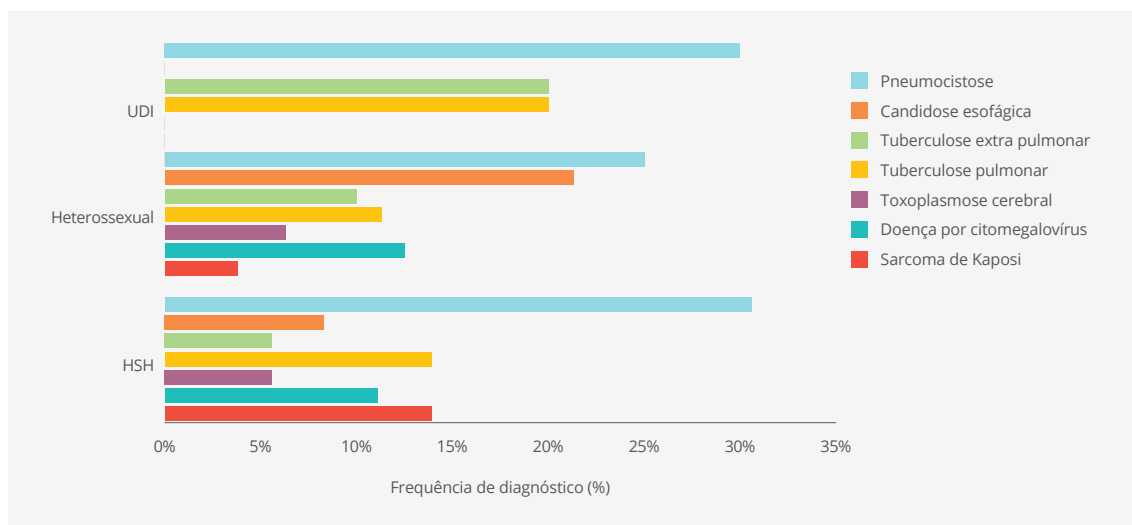


Figura 8. Doenças definidoras de SIDA mais comuns nos casos (≥15 anos) com diagnóstico em 2022: frequência de diagnóstico nas três principais formas de transmissão.

1.1.3. Óbitos em pessoas que viviam com VIH

Foram comunicados 151 óbitos, ocorridos em 2022, em doentes infetados por VIH, dos quais 68 (45,0%) em estágio SIDA. A taxa de mortalidade, bruta e não ajustada para o atraso de notificação, foi de 1,4 mortes/10⁵ habitantes.

Os óbitos ocorreram maioritariamente em homens (74,8%; 113) e a idade mediana do total de indivíduos à data de óbito foi de 60,0 anos (P25-75: 51,0-68,0) (**quadro 16**). Como tem sido verificado nos anos anteriores³, os UDI apresentaram a idade mediana mais baixa, de 52,0 anos (P25-75: 48,0-59,0) à data do óbito.

Quadro 16. Óbitos ocorridos em 2022: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os óbitos	60,0	51,0	68,0
Homens	60,0	53,0	66,0
Mulheres	57,5	47,0	76,0
Heterossexual	65,0	54,0	73,0
HSH	64,0	52,0	72,0
UDI	52,0	48,0	59,0

A análise dos óbitos por sexo e modo de transmissão revelou que o maior número de óbitos foi registado em casos do sexo masculino e que referiam transmissão heterossexual (n=55), tal como mostrado no **quadro 17**.

Quadro 17. Óbitos ocorridos em 2022: distribuição por modo de transmissão.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	55	48,7	28	73,7	83	55,0
HSH	19	16,8	0	0,0	19	12,6
UDI	35	31,0	8	21,1	43	28,5
Outro	0	0,0	2	5,3	2	1,3
Desconhecido	4	3,5	0	0,0	4	2,6
Total	113	100,0	38	100,0	151	100,0

O tempo decorrido entre o diagnóstico de infeção por VIH e a morte foi superior a 20 anos em 29,8% dos óbitos ocorridos em 2022 (**quadro 18**). Por outro lado, 15,2% dos óbitos ocorreram no primeiro ano após o diagnóstico e nestes a estratificação por sexo e modo de transmissão revelou que a proporção mais elevada se verificou, respetivamente, em mulheres (21,1%) e em casos que referiam transmissão heterossexual (21,7%). Denota-se ainda que na maioria dos óbitos registados em casos de HSH e UDI, respetivamente 63,7% e 51,2%, o diagnóstico de infeção por VIH tinha acontecido há mais de 20 anos.

Quadro 18. Óbitos ocorridos em 2022: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão.

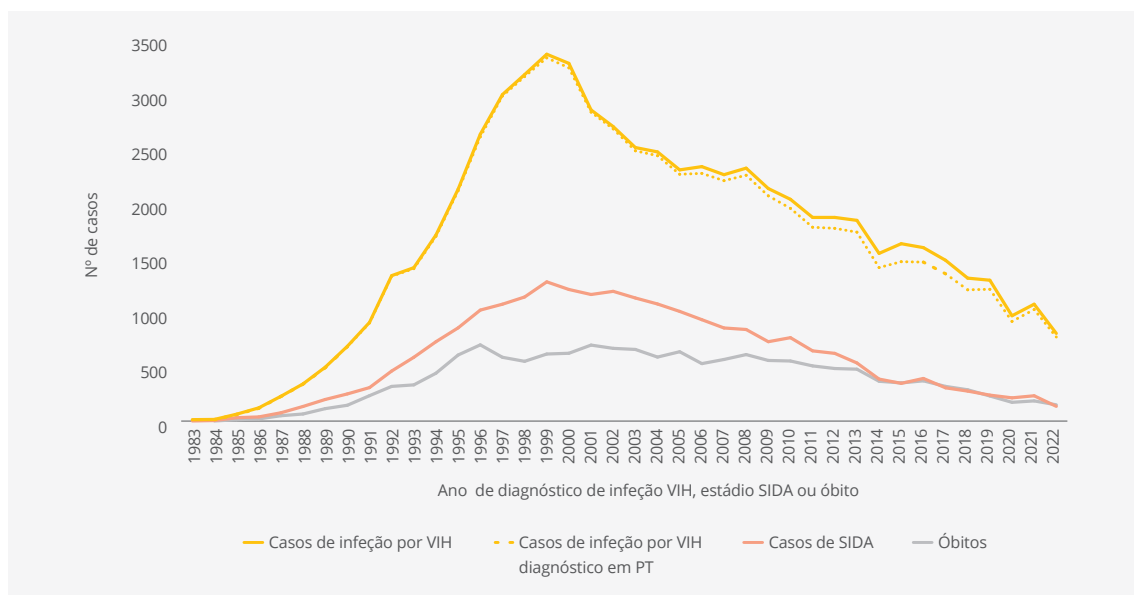
Tempo	Sexo				Modo de transmissão						Total	
	Homens		Mulheres		Heterossexual		UDI		HSH		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
≤1 ano	15	13,3	8	21,1	18	21,7	1	2,3	1	5,3	23	15,2
2 a 5 anos	4	3,5	2	5,3	5	6,0	0	0,0	0	0,0	6	4,0
6 a 10 anos	14	12,4	3	7,9	14	16,9	0	0,0	3	15,8	17	11,3
11-15 anos	19	16,8	8	21,1	20	24,1	5	11,6	2	10,5	27	17,9
16-20 anos	26	23,0	7	18,4	17	20,5	15	34,9	1	5,3	33	21,9
> 20 anos	35	31,0	10	26,3	9	10,8	22	51,2	12	63,2	45	29,8
Total	113	100,0	38	100,0	83	100,0	43	100,0	19	100,0	151	100,0

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

1.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2022)

Até 30 de junho de 2023 foram notificados cumulativamente em Portugal 66 061 casos de infeção por VIH, diagnosticados até 31 de dezembro de 2022, dos quais 23 637 atingiram o estágio de SIDA. Foram ainda comunicados 15 779 óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH, ocorridos no mesmo período. A distribuição temporal destes diagnósticos e óbitos está representada na **figura 9**.

A terapêutica antiretroviral de elevada eficácia e a gestão clínica adequada mudaram o paradigma da infeção por VIH, de uma doença com esperança de vida curta para uma doença crónica em que a esperança de vida das pessoas que vivem com VIH (PVIH) se assemelha à das pessoas não infetadas. Este aumento da esperança de vida permitiu às PVIH estruturarem a sua vida de forma independente da sua infeção, entre outros, no que diz respeito a mudanças de residência, incluindo por migração. Na década mais recente, a migração de PVIH intensificou-se em toda a Europa e também no nosso país, o que motivou o desenvolvimento de ferramentas de vigilância epidemiológica para as identificar entre os casos notificados e a avaliar o seu peso nos dados de cada país. Em Portugal, todos os novos casos de infeção por VIH que entram nos cuidados de saúde são notificados e é recolhida informação relativa à data de diagnóstico da infeção, independentemente do local onde este diagnóstico tenha ocorrido. A informação é analisada de acordo com a data de diagnóstico, independentemente deste ter sido efetuado em Portugal ou no estrangeiro. Foram efetuadas recentemente diligências para recolher a informação referente ao país onde ocorreu o diagnóstico, de forma prospetiva e retrospectiva para os casos já registados na base de dados, o que permitiu, pela primeira vez, identificar de forma mais clara os casos cujo diagnóstico ocorreu em Portugal, como é possível verificar na **figura 9**.



Legenda: PT - Portugal

Figura 9. **Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2022): 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. A análise dos casos de infeção por VIH foi efetuada com o total de casos notificados, contudo, nalgumas secções são assinaladas as diferenças significativas encontradas para os resultados obtidos apenas com os casos em que o diagnóstico ocorreu em Portugal. Os casos com diagnóstico noutros países correspondem a 2,8% do total de casos

registados e a 7,3% quando consideramos apenas os casos com diagnóstico entre 2013 e 2022.

1.2.1. Casos de infeção por VIH

Distribuição temporal

No **quadro 19** é apresentada a distribuição dos 66 061 casos de infeção por VIH acumulados, de acordo com o ano de diagnóstico. Os primeiros casos de infeção por VIH foram identificados em 1983 e o maior valor anual de novos diagnósticos, 3 365, foi atingido em 1999. A partir daí observou-se um decréscimo sustentado no número anual de novos casos, que na última década foi de 56%, valor obtido por comparação do número de casos registados para os anos 2013 e 2022.

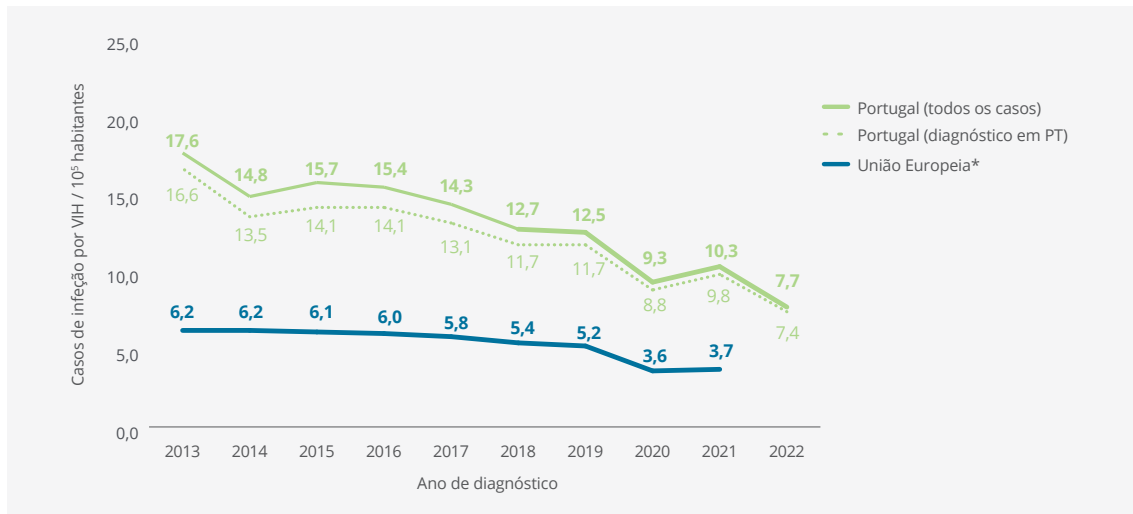
Para efeitos da avaliação das tendências temporais relativas à infeção por VIH, SIDA e óbitos associados, a comparação é habitualmente realizada com o penúltimo ano de diagnóstico da série em análise, uma vez que o valor obtido para o ano mais recente poderá estar mais afetado pelo atraso na notificação. No presente relatório, tendo em conta os eventuais efeitos da pandemia COVID-19 nas estatísticas respeitantes aos anos 2020 e 2021 e à semelhança do decidido no relatório anterior, não será usada a mesma abordagem, optando-se por efetuar a análise com o ano mais recente, 2022. Contudo, as tendências identificadas e os valores obtidos para a variação percentual deverão ser assumidos como provisórios.

Como seria de esperar, as taxas anuais de novos diagnósticos refletem também a tendência decrescente verificada para o número de casos (**figura 10**), registando-se na década mais recente uma redução de 56% quando avaliamos as taxas apuradas para 2013 e 2022, tanto no total de casos registados (17,6 casos/10⁵ habitantes e 7,7 casos/10⁵ habitantes) como nos casos com diagnóstico em Portugal (16,6 casos/10⁵ habitantes e 7,4 casos/10⁵ 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, corresponde aproximadamente ao dobro da taxa calculada pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) para o conjunto dos países que integram a UE⁷.

Quadro 19. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por ano de diagnóstico e sexo.

Ano de diagnóstico	Nº de casos			H/M
	Homens	Mulheres	Total	
≤1990	1 605	354	1 960	4,5
1991	720	185	905	3,9
1992	1 063	269	1 334	4,0
1993	1 111	296	1 407	3,8
1994	1 322	384	1 707	3,4
1995	1 640	486	2 127	3,4
1996	1 980	651	2 631	3,0
1997	2 325	670	2 995	3,5
1998	2 362	815	3 178	2,9
1999	2 564	801	3 365	3,2
2000	2 415	865	3 281	2,8
2001	2 005	848	2 854	2,4
2002	1 834	867	2 701	2,1
2003	1 705	804	2 509	2,1
2004	1 638	831	2 469	2,0
2005	1 576	728	2 304	2,2
2006	1 564	770	2 334	2,0
2007	1 487	773	2 260	1,9
2008	1 574	746	2 320	2,1
2009	1 430	703	2 133	2,0
2010	1 369	665	2 034	2,1
2011	1 300	568	1 868	2,3
2012	1 313	555	1 868	2,4
2013	1 309	532	1 841	2,5
2014	1 105	433	1 538	2,6
2015	1 208	419	1 627	2,9
2016	1 156	435	1 591	2,7
2017	1 064	411	1 475	2,6
2018	945	366	1 311	2,6
2019	912	380	1 292	2,4
2020	703	263	966	2,7
2021	755	317	1 072	2,4
2022	606	198	804	3,1
Total	47 665	18 388	66 061	2,6



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

Legenda: PT - Portugal

Figura 10. Casos de infecção por VIH (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.

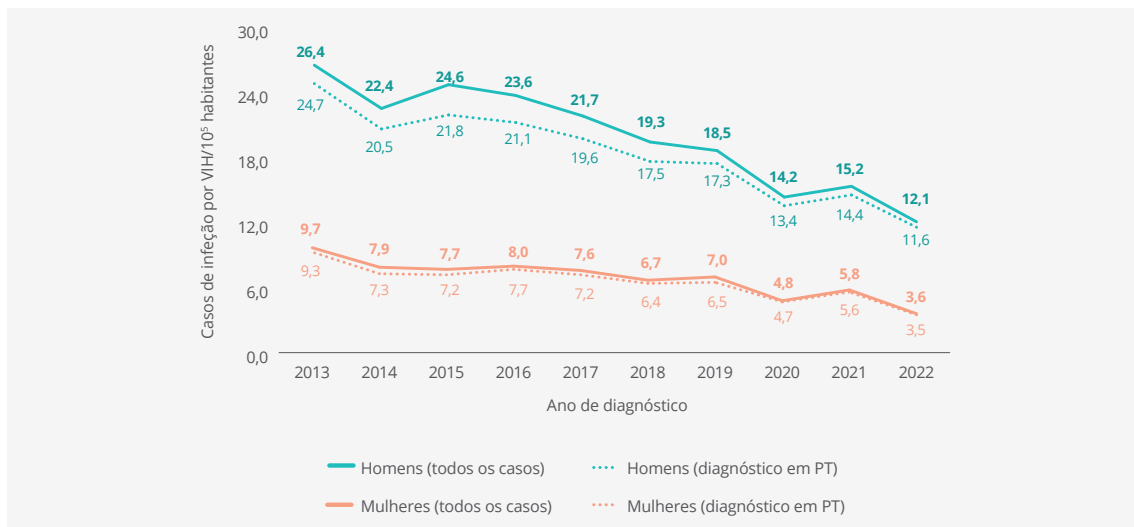
Distribuição por sexo

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 47 665 casos em homens, 72,2% do total de casos, o que corresponde a um valor de 2,6 para a razão H/M. No período decorrido entre 2002 e 2010 observou-se uma razão H/M de aproximadamente 2,0, sendo por isso o de maior equilíbrio entre o número de casos em homens e em mulheres. A partir de 2011 observou-se um aumento da proporção de diagnósticos em homens.

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 2013 e 2022 revelou uma redução ligeiramente menor para os diagnósticos ocorridos em homens do que em mulheres, tanto na análise do total de casos (54% vs. 63%) como na análise dos casos com diagnóstico em Portugal (53% vs. 62%). Os valores obtidos na análise da variação das taxas de diagnóstico foram iguais aos descritos para a variação do número de casos, em ambos os sexos e nas duas abordagens.

Verifica-se que a diferença entre a taxa de diagnósticos para o total dos casos e a referente aos casos com diagnóstico em Portugal é maior para o sexo masculino. Nos dez anos em estudo, a taxa média de diagnósticos para o sexo masculino foi 19,8 casos/10⁵ habitantes no total dos casos e de 18,2 casos/10⁵ habitantes para os diagnosticados em Portugal, enquanto no sexo feminino as taxas correspondentes foram de 6,9 casos/10⁵ habitantes e 6,5 casos/10⁵ habitantes.



Legenda: PT - Portugal

Figura 11. Casos de infeção por VIH (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

Embora o formulário de notificação não preveja a possibilidade de identificação das pessoas trans, os clínicos notificadores podem inserir essa informação em observações. Contudo, apesar desta possibilidade, a população trans poderá estar subestimada, pelo que a informação seguinte deverá ser interpretada com cautela. Nas estatísticas epidemiológicas é considerado o sexo à nascença, que é maioritariamente masculino. Entre 1983 e 2022 foram notificados 23 casos de infeção por VIH em que foi indicado corresponderem a pessoas trans e em 20 o diagnóstico ocorreu em Portugal. A mediana da idade ao diagnóstico foi de 30,0 anos, 52,2% indicavam residência à data da notificação na A.M. de Lisboa e 65,2% eram naturais de países da América Latina. A maioria dos casos (95,7%; 22/23) refere relações sexuais com homens como a forma de aquisição da infeção por VIH. Encontravam-se assintomáticos na primeira avaliação clínica 73,9% dos indivíduos, sendo a mediana dos valores das contagens de TCD4+ disponíveis igual a 389 células/mm³. Não foi comunicado nenhum caso de SIDA nem óbito em pessoas trans.

Dez destes casos (43,5%) foram diagnosticados na década mais recente, 9 deles em Portugal. A idade mediana ao diagnóstico foi também 30,0 anos, 60,0% residiam na A.M. de Lisboa e 80,0% eram provenientes de países da América Latina. A totalidade dos casos referia infeção por sexo com homens, a mediana dos valores das contagens iniciais de TCD4+ foi 428,5 células/mm³ e apenas um caso foi classificado como sintomático na primeira avaliação clínica.

Idade ao diagnóstico

As medianas das idades à data do diagnóstico da infeção por VIH foram apuradas para os casos com diagnóstico no período 2013-2022, sendo excluídos da análise os casos com idades inferiores a 15 anos. Enquanto em décadas passadas se verificou um aumento da mediana da idade apurada para o total de casos, na década em análise observa-se uma estabilização, com valores que maioritariamente se situam entre 37,0 e 39,0 anos (**figura 12**). Contudo, após desagregação por modo de transmissão observam-se diferenças marcadas. Ao longo do período em análise, a idade mediana mais elevada regista-se nos casos de transmissão heterossexual em homens, sendo em média superior em cerca de 6 anos à observada nos casos de mulheres que registam a mesma forma de transmissão. Em oposição, os casos em HSH com diagnóstico neste intervalo temporal apresentam sempre a idade mediana mais baixa, com valores que em média diferem em mais de 16 anos das idades medianas apuradas para os casos de transmissão heterossexual em homens. O número anual reduzido de diagnósticos em UDI condiciona a tendência da mediana das idades a algumas variações que, no entanto, devem ser interpretadas com reserva.

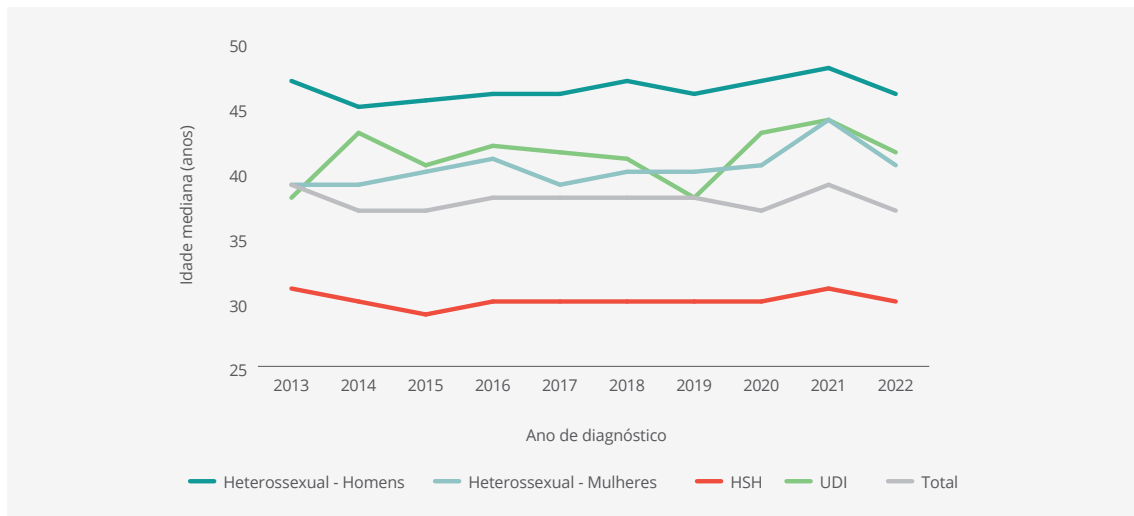


Figura 12. Casos de infeção por VIH (2013-2022): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

A informação referente à distribuição temporal dos casos notificados por grupo etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo, é apresentada no **quadro 20**. Foi em indivíduos com idades entre os 25 e os 49 anos que ocorreu a maioria dos diagnósticos de infeção por VIH (68,2%; 45 048) e o grupo etário com maior número de casos acumulados é o grupo dos 30 a 39 anos (n=20 933).

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 2013 e 2022 mostraram que o escalão 15-19 anos apresentou a maior redução (-65%), seguido dos escalões 50-59 anos (-64%) e 40-49 anos (-61%). O escalão com menor redução é o escalão 20-24 anos (-41%). 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^{7,8} (**figura 13A**).

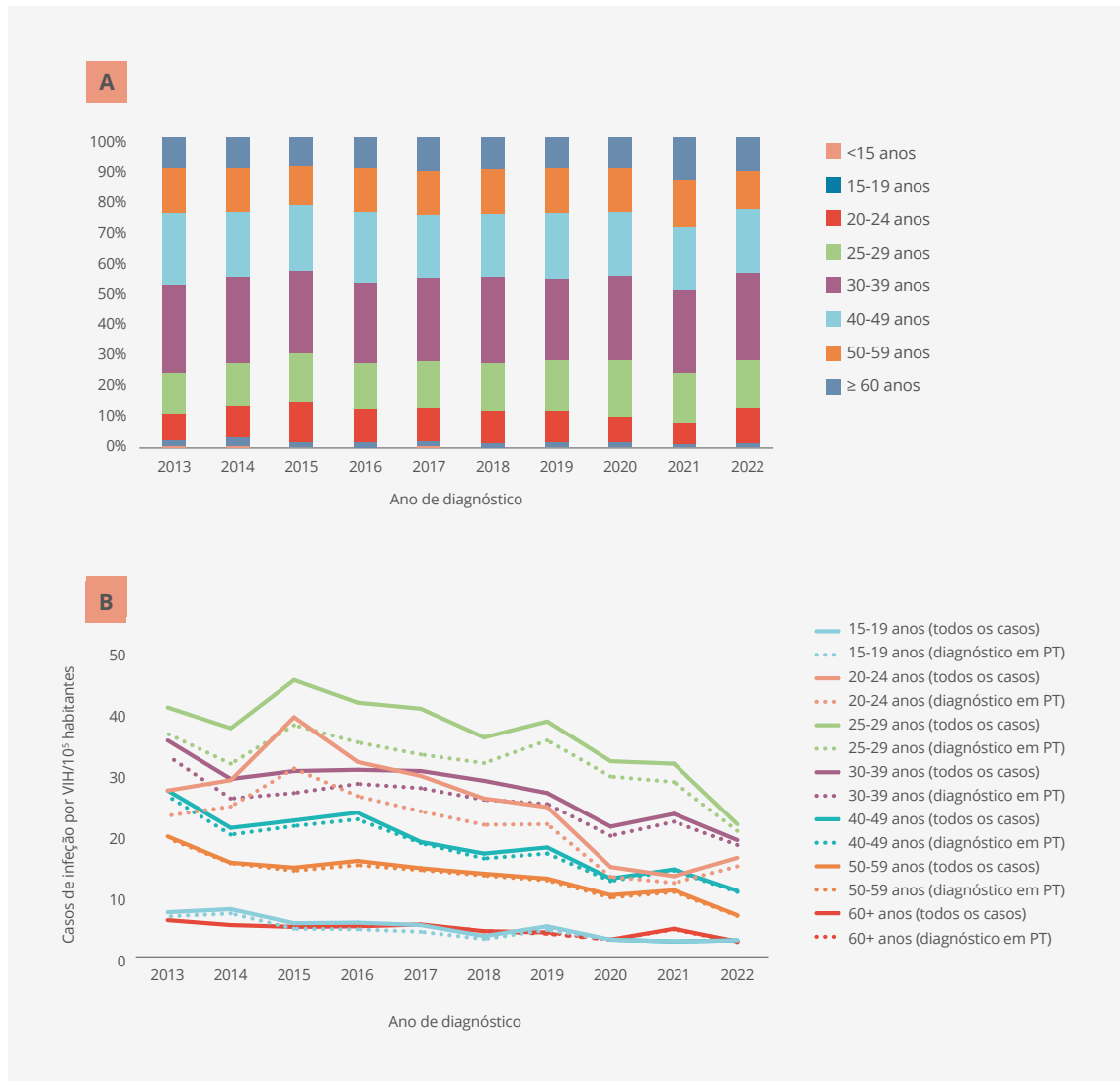
Quadro 20. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	N	%
<15 anos	Sub-total	610	11	8	5	4	7	4	0	2	2	1	654	1,0
	H	299	6	2	1	0	4	2	0	0	0	0	314	
	M	309	5	6	4	4	3	2	0	2	2	1	338	
15-19 anos	Sub-total	1 578	40	43	31	31	29	19	27	15	13	14	1 840	2,8
	H	907	27	29	25	26	22	14	18	11	9	11	1 099	
	M	671	13	14	6	5	7	5	9	4	4	3	741	
20-24 anos	Sub-total	6 457	153	160	214	172	159	139	134	82	74	91	7 835	11,9
	H	4 446	122	125	180	135	132	122	113	66	61	75	5 577	
	M	2 011	31	35	34	37	27	17	21	16	13	16	2 258	
25-29 anos	Sub-total	10 102	237	209	250	228	222	196	210	174	172	119	12 119	18,3
	H	7 250	169	160	210	194	175	149	165	146	143	100	8 861	
	M	2 850	68	49	40	34	47	47	45	28	29	19	3 256	
30-39 anos	Sub-total	17 288	530	422	425	411	393	363	332	259	282	228	20 933	31,7
	H	12 930	376	306	303	294	267	264	228	187	202	171	15 528	
	M	4 357	154	116	122	117	126	99	104	72	80	57	5 404	
40-49 anos	Sub-total	9 090	424	328	349	370	297	266	282	201	223	166	11 996	18,2
	H	6 807	294	233	247	268	211	179	188	135	146	117	8 825	
	M	2 282	130	95	102	102	86	87	94	66	77	49	3 170	
50-59 anos	Sub-total	4 576	283	224	214	231	214	201	190	150	163	103	6 549	9,9
	H	3 223	201	149	151	156	150	134	130	104	102	75	4 575	
	M	1 353	82	75	63	75	64	67	60	46	61	28	1 974	
≥60 anos	Sub-total	2 625	163	144	139	144	154	123	117	83	143	82	3 917	5,9
	H	1 871	114	101	91	83	103	81	70	54	92	57	2 717	
	M	754	49	43	48	61	51	42	47	29	51	25	1 200	
Desconhecido	Sub-total	218	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	218	0,3
Total		52 544	1 841	1 538	1 627	1 591	1 475	1 311	1 292	966	1 072	804	66 061	100,0

Legenda: H- Homens; M - Mulheres.

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

O apuramento das taxas de diagnóstico para o total dos casos e para os casos com diagnóstico em Portugal revelou diferenças marcadas nos valores obtidos para os três grupos etários que integram as idades entre os 20 e os 39 anos (figura 13B). Contudo, constata-se que as taxas de diagnóstico mais elevadas ocorreram, em toda a década e nas duas abordagens, no grupo etário 25-29 anos.



Legenda: PT - Portugal

Figura 13. Casos de infeção por VIH (2013-2022): distribuição (%) (A) e taxa de novos casos (B) por grupo etário e ano de diagnóstico.

Distribuição geográfica

A informação relativa ao distrito e concelho de residência, veiculada na notificação de casos de infeção por VIH, é também sistematizada de acordo com as regiões definidas pela NUTS de 2013⁴ e o **quadro 21** apresenta a distribuição anual do número de casos diagnosticados segundo essa representação territorial. Na análise por região NUTS II a A.M. de Lisboa acumula o maior número de casos de infeção por VIH entre os seus residentes (n=34 014), correspondendo a 51,5% do total de casos notificados no país, seguida da região Norte com 25,0% (n=16 545). A região NUTS III que acumula maior número de casos a seguir à A.M. de Lisboa é a A.M. do Porto.

Quadro 21. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição segundo a residência (NUTS II e III) à data da notificação.

Região de residência		Ano de diagnóstico											Total	
NUTSII	NUTSIII	≤2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	N	%
Norte	Sub-total	13 340	427	362	361	366	363	326	295	216	248	241	16 545	25,0
	Alto Minho	381	15	14	22	14	16	16	10	5	19	24	536	
	Cávado	890	26	38	31	28	35	15	29	20	27	29	1 168	
	Ave	590	24	29	25	23	16	23	17	11	18	20	796	
	A. M. do Porto	10 206	301	226	222	252	238	216	196	140	146	132	12 275	
	Alto Tâmega	84	2	4	1	3	2	1	2	3	0	1	103	
	Tâmega e Sousa	690	42	39	48	35	42	35	25	25	22	22	1 025	
	Douro	312	5	7	9	7	7	15	12	7	10	4	395	
	Terras de Trás-os-Montes	187	12	5	3	4	7	5	4	5	6	9	247	
Centro	Sub-total	5 212	247	247	241	228	230	193	183	148	161	134	7 224	10,9
	Oeste	945	37	34	45	43	26	19	27	30	32	17	1 255	
	Região de Aveiro	905	50	48	61	54	63	48	53	34	21	28	1 365	
	Região de Coimbra	1 199	59	70	60	50	49	53	47	34	32	37	1 690	
	Região de Leiria	764	40	42	28	24	26	26	14	21	27	25	1 037	
	Viseu Dão-Lafões	447	25	18	23	19	18	23	20	9	24	16	642	
	Beira Baixa	207	8	8	4	7	13	8	3	2	9	2	271	
	Médio Tejo	481	15	18	13	20	21	11	10	8	6	7	610	
	Beiras e Serra da Estrela	264	13	9	7	11	14	5	9	10	10	2	354	
A.M. de Lisboa	Sub-total	27 531	924	758	812	772	679	611	626	477	510	314	34 014	51,5
	A. M. de Lisboa	27 531	924	758	812	772	679	611	626	477	510	314	34 014	
Alentejo	Sub-total	1 926	70	51	59	57	51	43	46	22	31	27	2 383	3,6
	Alentejo Litoral	291	20	9	13	7	5	5	9	5	7	6	377	
	Baixo Alentejo	311	6	6	9	11	1	3	1	1	3	9	361	
	Lezíria do Tejo	853	29	19	19	24	31	19	24	13	10	5	1 046	
	Alto Alentejo	180	2	7	9	5	4	5	8	3	5	2	230	
	Alentejo Central	291	13	10	9	10	10	11	4	0	6	5	369	
Algarve	Sub-total	2 664	104	86	88	85	74	82	64	45	65	33	3 390	5,1
	Algarve	2 664	104	86	88	85	74	82	64	45	65	33	3 390	
R. A. dos Açores	R.A. dos Açores	350	8	6	4	15	14	13	16	7	1	7	441	0,7
R. A. da Madeira	R.A. da Madeira	570	25	13	29	16	22	13	24	22	12	13	759	1,1
Outro país		250	6	3	4	15	7	6	14	8	16	2	331	0,5
Não referida		701	30	12	29	37	35	24	24	21	28	33	974	1,5
TOTAL		52 544	1 841	1 538	1 627	1 591	1 475	1 311	1 292	966	1 072	804	66 061	100,0

Foram apuradas as taxas médias de novos diagnósticos de infeção por VIH para as diferentes regiões NUTS III do continente, relativas ao último quinquénio (2018 a 2022), não sendo considerados os casos notificados que indicaram diagnóstico noutros países (**figura 14**). À semelhança do observado em anos anteriores³, o valor mais elevado (16,7 casos/10⁵ habitantes) verificou-se na A.M. de Lisboa, seguindo-se a região do Algarve (11,9 casos/10⁵ habitantes) e a região de Aveiro (9,5 casos/10⁵ habitantes). A taxa média nacional determinada para este período foi de 9,8 casos/10⁵ habitantes.

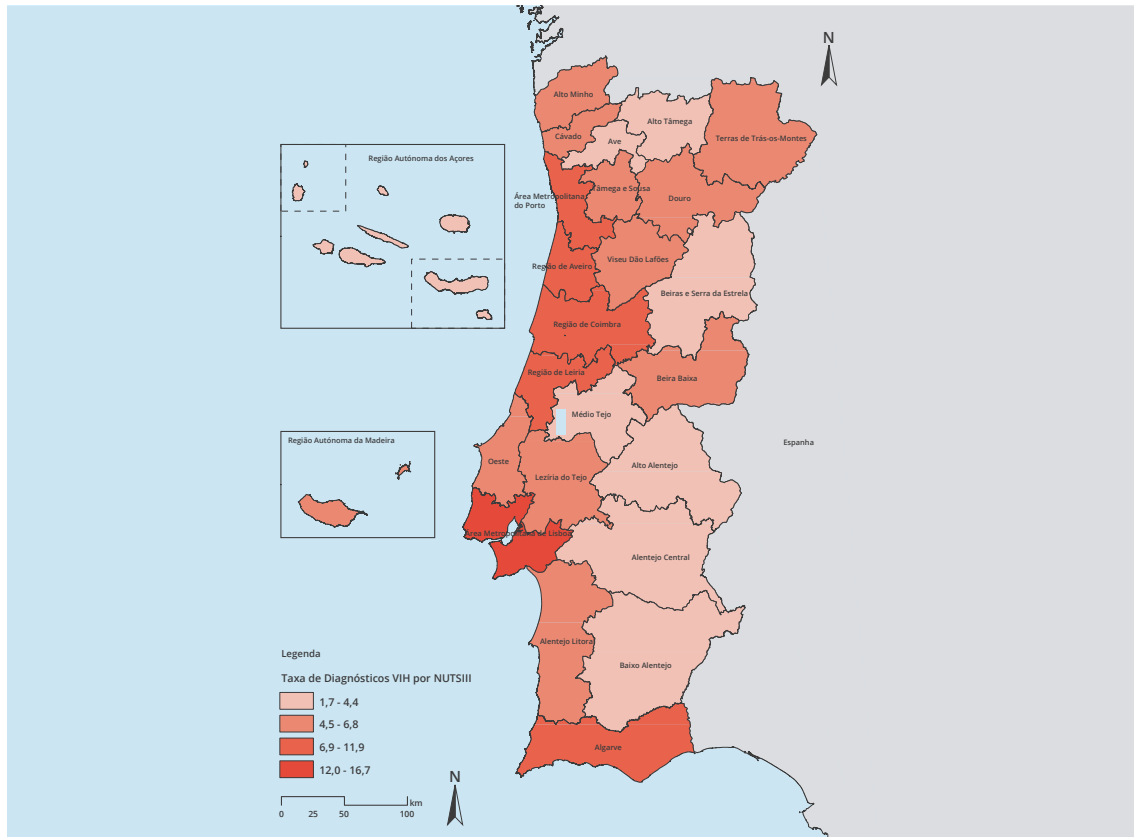


Figura 14. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2018-2022) por região NUTS III

Os distritos com maior número de casos de infeção por VIH acumulados, em todo o período em análise e também na última década, são, por ordem decrescente, Lisboa, Porto e Setúbal (**quadro 22**). Portalegre, Guarda e Bragança são os distritos do país com menor número de casos acumulados até ao final de 2022.

As taxas anuais dos novos diagnósticos ocorridos entre 2013 e 2022, por distrito ou região autónoma são apresentadas no **quadro 23**. Ao longo da década, a taxa anual mais elevada foi sempre observada no distrito de Lisboa, que registou uma taxa média de 24,5 casos/10⁵ habitantes (22,7 casos/10⁵ habitantes para os casos com diagnóstico em Portugal). O distrito de Faro com uma taxa média de novos diagnósticos de 16,0 casos/10⁵ habitantes (14,8 casos/10⁵ habitantes para os casos com diagnóstico em Portugal) e o de Setúbal com 14,3 casos/10⁵ habitantes (13,0 casos/10⁵ habitantes para os casos com diagnóstico em Portugal) foram, respetivamente o segundo e terceiro com as taxas mais elevadas. No ano 2022, o distrito de Viana do Castelo apresentou a segunda taxa mais elevada (10,3 casos/10⁵ habitantes, em ambas as abordagens), seguido do distrito de Setúbal (9,0 casos/10⁵ habitantes; 8,4 casos/10⁵ habitantes para os casos com diagnóstico em Portugal).

Quadro 22. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por distrito de a residência à data da notificação e ano de diagnóstico.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	N	%
Aveiro	1 483	76	72	83	78	87	67	80	55	44	47	2 172	3,3
Beja	368	10	8	11	13	1	3	5	2	4	9	434	0,7
Braga	1 490	50	67	57	51	54	38	48	31	45	49	1 980	3,0
Bragança	194	12	5	4	5	7	6	5	5	6	9	258	0,4
Castelo Branco	330	13	12	5	15	19	13	5	7	10	3	432	0,7
Coimbra	1 169	52	65	59	49	47	53	45	32	30	36	1 637	2,5
Évora	291	13	10	9	10	10	11	4	0	6	5	369	0,6
Faro	2 664	104	86	88	85	74	82	64	45	65	33	3 390	5,1
Guarda	178	10	5	6	6	8	2	8	6	12	1	242	0,4
Leiria	1 297	58	61	42	43	37	34	22	38	43	33	1 708	2,6
Lisboa	22 199	812	679	691	673	566	506	524	405	414	250	27 719	42,0
Portalegre	180	2	7	9	5	4	5	8	3	5	2	230	0,3
Porto	10 274	323	243	244	263	252	231	192	146	145	135	12 448	18,8
Santarém	1 215	39	36	32	34	49	27	30	17	15	12	1 506	2,3
Setúbal	6 067	151	102	163	135	136	122	130	92	119	79	7 296	11,0
Viana do Castelo	381	15	14	22	14	16	16	10	5	19	24	536	0,8
Vila -Real	330	4	10	5	7	6	8	10	6	4	2	392	0,6
Viseu	563	28	22	31	22	24	31	24	13	29	20	807	1,2
R.A. Açores	350	8	6	4	15	14	13	16	7	1	7	441	0,7
R.A. Madeira	570	25	13	29	16	22	13	24	22	12	13	759	1,1
Estrangeiro	250	6	3	4	15	7	6	14	8	16	2	331	0,5
Desconhecido	701	30	12	29	37	35	24	24	21	28	33	974	1,5
TOTAL	52 544	1 841	1 538	1 627	1 591	1 475	1 311	1 292	966	1 072	804	66 061	100,0

Quadro 23. Casos de infeção por VIH (1983-2022): taxa de novos casos por 10⁵ 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	10,8	10,2	11,7	11,1	12,4	9,6	11,5	7,9	6,3	6,7
Beja	6,7	5,4	7,4	8,8	0,7	2,1	3,5	1,4	2,8	6,2
Braga	5,9	8,0	6,8	6,1	6,5	4,5	5,7	3,7	5,3	5,8
Bragança	9,1	3,9	3,0	3,9	5,5	4,7	4,0	4,0	4,8	7,3
Castelo Branco	6,9	6,4	2,6	8,0	10,3	7,1	2,8	3,9	5,6	1,7
Coimbra	12,3	15,5	13,9	11,7	11,3	12,8	10,9	7,8	7,3	8,8
Évora	8,0	6,2	5,5	6,2	6,3	7,0	2,6	0,0	3,9	3,3
Faro	23,1	19,1	19,6	18,9	16,4	18,1	14,0	9,8	14,0	7,0
Guarda	6,4	3,2	3,8	3,9	5,3	1,3	5,4	4,1	8,3	0,7
Leiria	12,5	13,2	9,0	9,3	8,0	7,4	4,8	8,3	9,4	7,2
Lisboa	36,3	30,3	30,9	30,0	25,2	22,4	23,1	17,8	18,1	10,9
Portalegre	1,7	6,2	7,8	4,4	3,6	4,5	7,4	2,8	4,7	1,9
Porto	17,9	13,5	13,5	14,7	14,1	12,9	10,7	8,2	8,1	7,5
Santarém	8,8	8,2	7,2	7,7	11,2	6,2	7,0	4,0	3,5	2,8
Setúbal	17,7	11,9	19,1	15,8	15,9	14,2	15,1	10,7	13,7	9,0
Viana do Castelo	6,3	5,9	9,2	5,9	6,8	6,8	4,3	2,2	8,2	10,3
Vila-Real	2,0	5,1	2,5	3,6	3,1	4,2	5,3	3,2	2,1	1,1
Viseu	7,6	6,0	8,4	6,0	6,7	8,7	6,8	3,7	8,2	5,7
R.A. Açores	3,3	2,5	1,6	6,2	5,8	5,4	6,7	2,9	0,4	2,9
R.A. Madeira	9,6	5,0	11,1	6,2	8,6	5,2	9,6	8,8	4,8	5,2
Total	17,6	14,8	15,7	15,4	14,3	12,7	12,5	9,3	10,3	7,7

As taxas de novos casos de infeção por VIH foram também apuradas ao nível dos concelhos. Para esta análise consideraram-se apenas os concelhos que no quinquénio contabilizaram um número superior a 10 casos. Dada a possibilidade do impacto dos casos com diagnóstico fora de Portugal ser acrescido em alguns municípios, nesta análise foram utilizados os valores correspondentes apenas aos casos com diagnóstico no país. No **quadro 24** são apresentados os resultados para os 16 municípios que no quinquénio 2018 a 2022 apresentaram as taxas médias de diagnósticos mais elevadas. Lisboa, Sintra e Porto 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 (26,9 casos/10⁵ habitantes) foi o concelho da Amadora, seguindo-se Portimão, Lisboa 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 9,8 casos/10⁵ 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 (2018-2022) nos 16 municípios do continente com as taxas mais elevadas.

Concelho	Nº de casos VIH (*) (2018-2022)	Nº casos/10 ⁵ habitantes	Rate ratio (RR)
Amadora	233	26,9	2,7
Portimão	80	26,7	2,7
Lisboa	644	23,3	2,4
Sintra	413	21,4	2,2
Porto	238	20,1	2,1
Almada	159	17,9	1,8
Cascais	189	17,7	1,8
Odivelas	130	17,4	1,8
Seixal	128	15,4	1,6
Lagos	24	14,4	1,5
Albufeira	31	13,9	1,4
Loures	138	13,6	1,4
Aveiro	52	12,7	1,3
Setubal	75	12,2	1,2
Faro	40	11,8	1,2
Coimbra	83	11,7	1,2

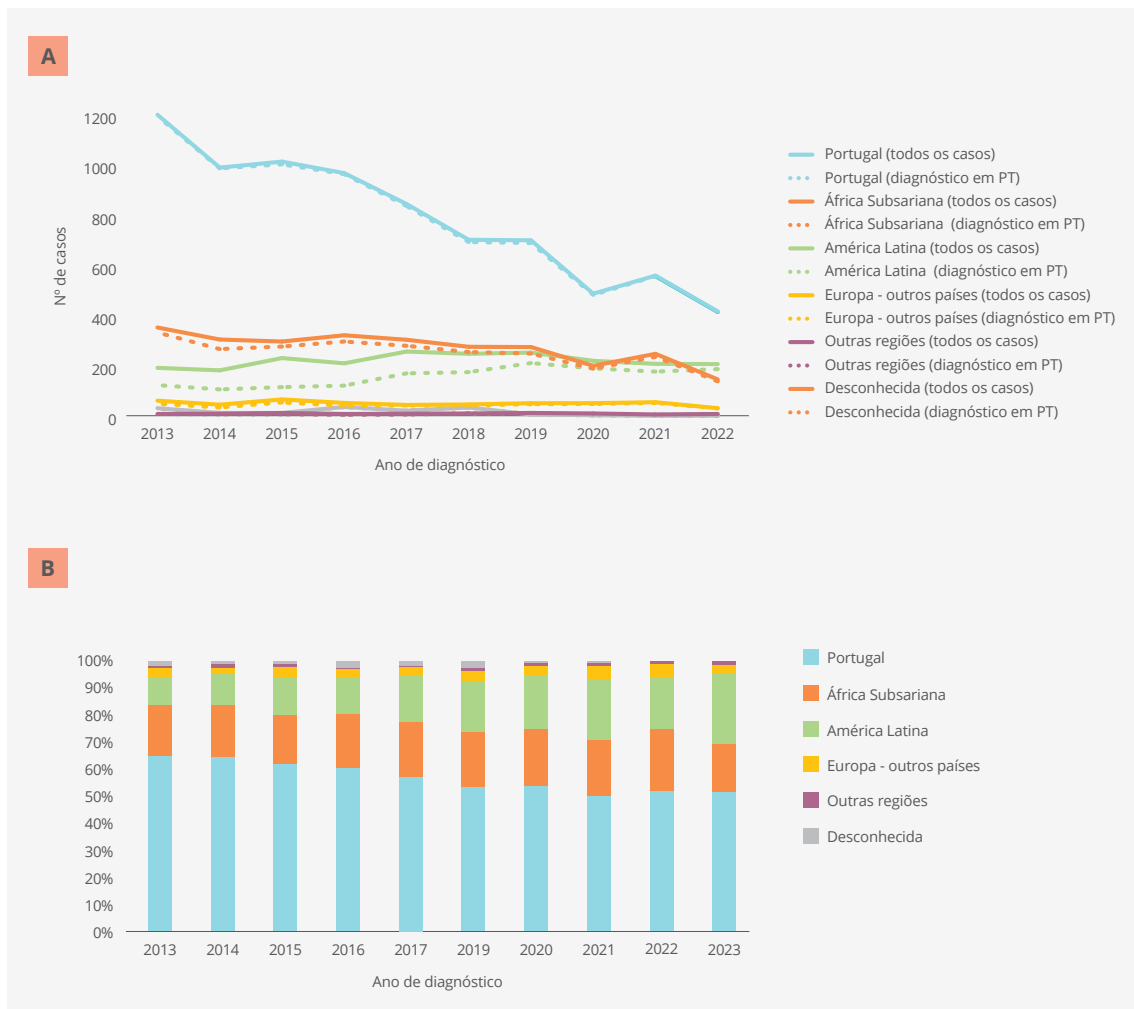
(*) - com diagnóstico em Portugal

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 **9,8** casos/10⁵ 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 pelo sistema de vigilância europeu, TESSy.

A distribuição dos casos do último decénio segundo a origem geográfica e o ano de diagnóstico é apresentada na **figura 15**. A análise comparativa do número de novos casos com diagnóstico nos anos 2013 e 2022 mostrou um decréscimo nos casos em indivíduos nascidos em Portugal (65%) e em países da África Subsariana (59%). Tendência inversa é observada nos casos de indivíduos nascidos na América Latina para os quais se observa um aumento que é de 8% no total de casos e de 52% se atendermos apenas aos casos com diagnóstico em Portugal. A proporção de novos casos em indivíduos nascidos no estrangeiro teve um aumento contínuo, contudo, Portugal mantém-se como o país de nascimento referido anualmente em mais de 50% dos novos casos.



Legenda: PT - Portugal

Figura 15. Casos de infeção por VIH (2013-2022): distribuição (n) (A) e (%) (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

Modo de transmissão

A transmissão por via sexual ocorreu em 66,8% dos casos notificados em Portugal, ao longo das quatro décadas da epidemia. Nesta fração, as relações heterossexuais foram referidas como forma provável de aquisição da infeção por VIH em 46,2% do total de casos registados até final de 2022, sendo a forma de transmissão mais frequente na última década (54,4%; 7 355/13 517) e em todos os anos que a constituem, e a transmissão associada a relações sexuais entre homens constitui 20,6% do total, mas representa 38,2% (5 168/13 517) dos casos diagnosticados entre 2013 e 2022 (**quadro 25**). A segunda maior fração do total acumulado (29,6%) corresponde a casos de transmissão associada ao a UDI, no entanto, apenas em 2,6% desses casos (503/19 558) o diagnóstico ocorreu nos últimos dez anos.

No total acumulado dos casos em pessoas do sexo masculino a maior proporção corresponde a casos de transmissão heterossexual (34,2%; 16 324/47 665) a que se segue os casos de transmissão em UDI (33,9%; 16 147/47 665) e em HSH (28,6%; 13 625/47 665). Na década de 2013 a 2022, a maioria dos diagnósticos em homens ocorreu em HSH (52,9%; 5 168/9 763), seguindo-se os casos associados a relações heterossexuais (39,3%; 3 834/9 763) e em UDI (4,4%; 427/9 763). Os casos acumulados do sexo feminino são maioritariamente de transmissão heterossexual (77,2%; 14 200/18 388), proporção essa que aumenta na década mais recente (93,8%; 3 521/3 754).

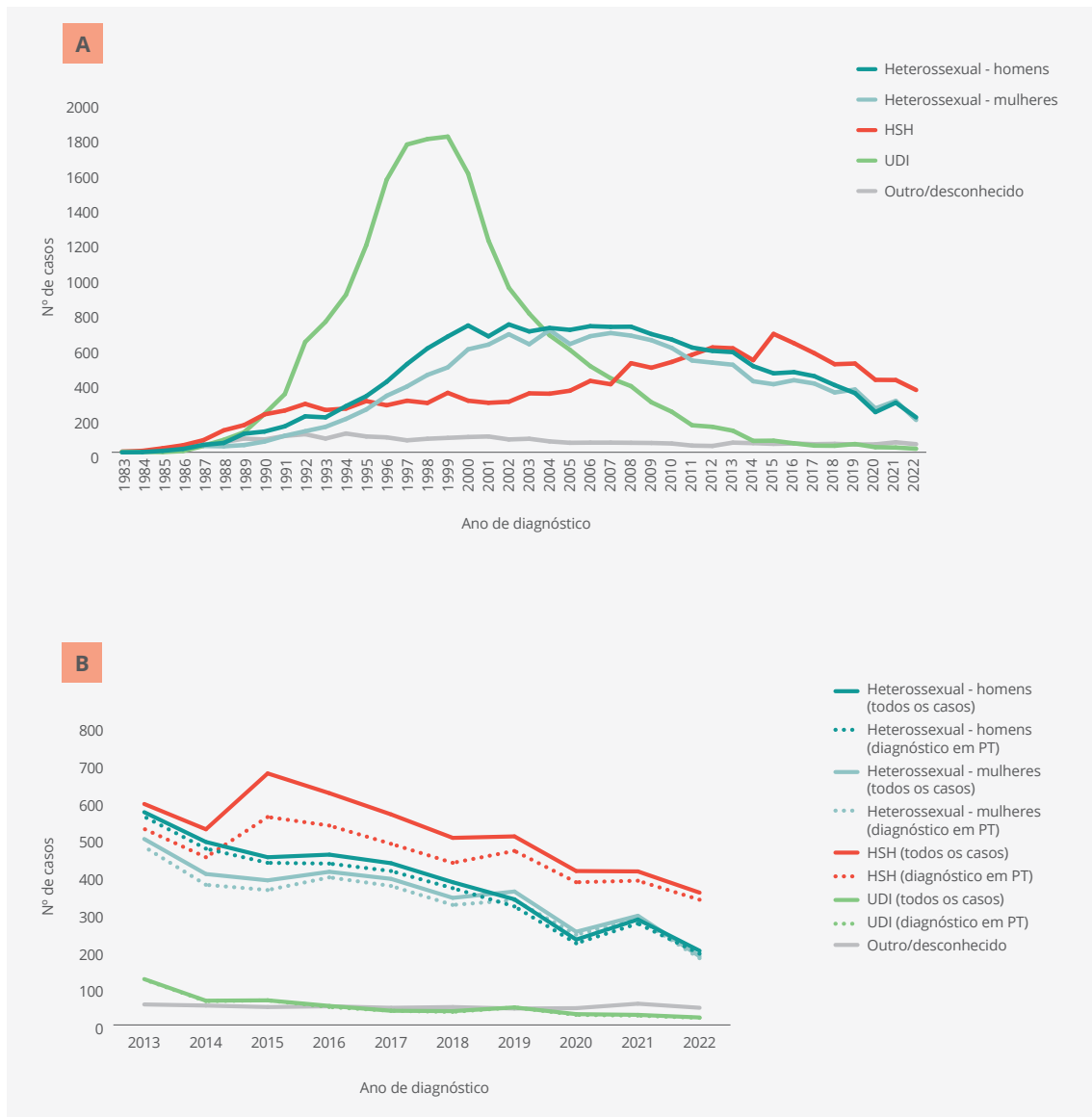
Quadro 25. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	N	%
Heterossexual	Sub-total	23 172	1 070	896	838	868	826	724	695	479	576	383	30 527	46,2
	H	12 490	571	491	450	457	434	383	337	229	283	199	16 324	
	M	10 679	499	405	388	411	392	341	358	250	293	184	14 200	
HSH	Sub-total (H)	8 457	593	525	675	622	565	502	506	413	412	355	13 625	20,6
UDI	Sub-total	19 055	123	65	66	51	38	37	47	29	27	20	19 558	29,6
	H	15 720	108	59	52	43	32	27	41	25	21	19	16 147	
	M	3 334	15	6	14	8	6	10	6	4	6	1	3 410	
Mãe-filho	Sub-total	484	10	8	6	5	6	1	0	1	2	1	524	0,8
	H	220	5	2	1	1	3	0	0	0	1	0	233	
	M	262	5	6	5	4	3	1	0	1	1	1	289	
Transfusão ou Hemoderivados	Sub-total	464	5	7	2	4	1	6	3	2	2	1	497	0,8
	H	310	2	2	1	1	0	3	1	0	0	0	320	
	M	154	3	5	1	3	1	3	2	2	2	1	177	
Outro / Não determinado	Sub-total	94	9	10	3	3	2	3	4	2	4	1	135	0,2
	H	52	6	3	1	3	1	1	1	1	1	1	71	
	M	42	3	7	2	0	1	2	3	1	3	0	64	
Não referido	Sub-total	818	31	27	37	38	37	38	37	40	49	43	1 194	1,8
Total		52 544	1 841	1 538	1 627	1 591	1 475	1 311	1 292	966	1 072	804	66 061	100,0

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

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

As tendências observadas na frequência dos casos, segundo os diferentes modos de transmissão, revelam grandes variações ao longo das quatro décadas da epidemia em Portugal (figura 16A). 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 2013 e 2022, observa-se uma redução de 84%. 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 (65% em homens e 63% em mulheres), quando comparamos o número de diagnósticos ocorridos em 2013 e 2022. Os diagnósticos em HSH apresentaram uma tendência crescente entre 2005 e 2012. Após esse ano observam-se algumas variações que se revelam difíceis de interpretar, contudo, na comparação entre o número total de casos com diagnóstico em 2013 e em 2022 verifica-se um decréscimo de 40%, enquanto se excluídos os casos com diagnóstico fora do país a redução é de 36%. Desde 2015, os casos em HSH correspondem anualmente à maioria dos casos reportados em homens (figura 16B).



Legenda: PT - Portugal

Figura 16. Casos de infeção por VIH, distribuição por modo de transmissão e ano de diagnóstico: período 1983 a 2022 (A); período de 2013 a 2022 (B).

O trabalho sexual constitui um risco acrescido para a infeção por VIH, que por vezes é assinalado nas notificações clínicas. Foi efetuada uma revisão do total de registos e em 100 casos foi encontrada referência a corresponderem a trabalhadores do sexo. A análise das características destes casos revelou que em 90,0% o diagnóstico foi efetuado em Portugal, em 42,0% este ocorreu entre 2013 e 2022 e que 67,0% correspondem a mulheres. A idade mediana ao diagnóstico foi 32,0 anos, mas na estratificação por sexo constatou-se diferenç a significativa entre a idade mediana nos casos do sexo masculino, 29,0 anos, e do sexo feminino, 39,0 anos. A maioria dos casos referia residência na A.M. de Lisboa (55,0%), seguindo-se a região Norte (25,0%). Quanto à origem geográfica, calculada a partir do país de nascimento, 59,0% eram naturais de Portugal, 26,0% de países da América Latina e 9,0% de países da África Subsariana. No entanto, identificaram-se diferenç as por sexo, uma vez que nos casos em homens predominaram os indivíduos provenientes da América Latina (51,5%), enquanto nos casos em mulheres Portugal foi o país de naturalidade mais referido (71,6%). No que se refere ao modo de transmissão mais provável, 61 casos indicavam transmissão heterossexual, 24 casos referiam transmissão por sexo entre homens, 13 casos especificaram consumo de drogas injetadas e nos dois restantes, em homens,

apenas foi indicado serem trabalhadores do sexo. Nos casos do sexo masculino 72,7% eram HSH e 9,0% UDI; nos do sexo feminino, 85,1% eram heterossexuais e 14,9% UDI. Na primeira avaliação clínica 76,0% apresentavam-se assintomáticos, mas encontram-se cumulativamente notificados 21 casos de SIDA, 12 dos quais por evolução clínica. No grupo de casos que referiam trabalho sexual foram ainda comunicados 7 óbitos.

A transmissão sexual do VIH pode decorrer tanto de comportamento(s) de risco do próprio indivíduo como do(s) seu(s) parceiro(s). A vigilância epidemiológica nacional e internacional recolhe informação sobre eventuais comportamentos de risco dos parceiros sexuais, embora até recentemente esta recolha tenha sido focada apenas na transmissão heterossexual. Na notificação nacional de caso, o contacto sexual com trabalhadores do sexo é uma das diferentes opções de resposta da variável dedicada ao risco dos parceiros sexuais. Efetuou-se uma análise sumária das características dos casos que a assinalaram.

Estão notificados 1 333 casos de infeção por VIH que indicaram ter tido contacto sexual com trabalhador(es) do sexo. Estes casos foram diagnosticados maioritariamente nas segunda e terceira décadas da epidemia (81,5%), apenas 11,6% (155/1 333) o foram na década mais recente, denotando uma tendência de decréscimo. O sexo masculino é indicado em 98,2% dos casos e a idade mediana ao diagnóstico foi 47,0 anos, a idade mínima registada foi 15 anos e a máxima 85 anos. Em 38,5% destes casos, região NUTSII de residência à data da notificação foi a A.M. de Lisboa, em 33,0% dos casos foi a região Norte e a região Centro em 13,4%. Quanto à origem geográfica, 94,8% indicavam ser naturais de Portugal. A forma de transmissão referida em 98,0% dos casos foram as relações heterossexuais. A maioria dos indivíduos (52,3%) apresentaram-se sintomáticos na primeira avaliação clínica, 38,6% dos casos em estágio SIDA.

No que se refere aos casos com esta informação e diagnóstico na última década (n=155), na generalidade as características são semelhantes às descritas para o total de casos, apenas a assinalar um aumento da idade mediana (55,0 anos), a região de residência mais frequente foi a região Norte (34,2%), seguida da A.M. de Lisboa (33,6%) e região Centro (20,0%) e a manutenção de uma elevada percentagem (43,2%) de casos já sintomáticos na apresentação aos cuidados de saúde, 24,5% encontravam-se em estágio SIDA.

Tipo de vírus

No total dos casos acumulados de infeção por VIH, 95,5% correspondem a infeções por VIH-1 e 3,2% dos casos a infeções por VIH-2 (**quadro 26**). Os casos registados como VIH1+VIH2 são maioritariamente casos de infeção por VIH em que o tipo de vírus não foi identificado ou, mais raramente, co-infeções.

Quadro 26. Casos de infeção por VIH (1983-2022): 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	
≤2012	50 103	1 763	452	226	52 544
2013	1 774	39	10	18	1 841
2014	1 456	43	7	32	1 538
2015	1 571	43	4	9	1 627
2016	1 515	57	5	14	1 591
2017	1 414	50	2	9	1 475
2018	1 257	40	3	11	1 311
2019	1 248	33	1	10	1 292
2020	936	20	1	9	966
2021	1 024	32	4	12	1 072
2022	779	15	0	10	804
Total	63 077	2 135	489	360	66 061

Todos os anos são diagnosticados e notificados casos de infeção por VIH-2 em Portugal. Nos 2 135 casos acumulados as infeções ocorreram maioritariamente em mulheres (52,8%; 1 127/2 135), a idade mediana à data do diagnóstico foi de 44,0 anos e 66,3% (1 373/2 135) residiam da Área Metropolitana de Lisboa à data de notificação. A informação relativa à naturalidade revela que 56,6% (1 208/2 135) eram originários de países da África Subsariana, a maioria destes (73,5%; 687/935) da Guiné-Bissau. Foi referida transmissão por contacto heterossexual em 83,7% (1 787/2 135) dos casos que reportaram infeção por VIH-2. Atingiram o estágio SIDA 32,5% (693/2 135) dos casos em análise, ainda neste grupo foram comunicados 584 óbitos.

Entre 2013 e 2022 foram diagnosticados 372 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 Subsariana, 82,7% desses 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/mm³. 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

Para efeitos de vigilância epidemiológica, na UE, o estadiamento dos casos da infeção por VIH baseia-se exclusivamente em critérios clínicos, nomeadamente a presença ou ausência de sintomas e o diagnóstico de uma doença definidora de SIDA, tal como referido no enquadramento legal atual^{5,6} 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 infeção VIH e SIDA. Os resultados da análise dessa informação estão resumidos no **quadro 27**, revelando que na maioria dos casos (58,9%) o diagnóstico ocorreu em fase assintomática da infeção e que a proporção de casos acumulados com diagnóstico concomitante de SIDA corresponde a 24,2%. No entanto, quando são analisados apenas os diagnósticos ocorridos na última década, a proporção de casos assintomáticos aumenta para 65,9% (8 904/13 517) e a de casos com diagnóstico concomitante de SIDA decresce para 15,0% (2 021/13 517), o que denota uma melhoria na precocidade do diagnóstico.

Quadro 27. Casos de infeção por VIH (1983-2022): distribuição por estágio inicial e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Estádio inicial										Total N
	Infeção aguda		Assintomático		Síntomático não-SIDA		SIDA		Não referido		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
≤2012	25	0,0	30 002	57,1	5 550	10,6	13 972	26,6	2 995	5,7	52 544
2013	5	0,3	1 218	66,2	271	14,7	294	16,0	53	2,9	1 841
2014	15	1,0	1 057	68,7	163	10,6	252	16,4	51	3,3	1 538
2015	25	1,5	1 153	70,9	166	10,2	218	13,4	65	4,0	1 627
2016	29	1,8	1 049	65,9	164	10,3	272	17,1	77	4,8	1 591
2017	39	2,6	1 001	67,9	167	11,3	196	13,3	72	4,9	1 475
2018	57	4,3	857	65,4	152	11,6	174	13,3	71	5,4	1 311
2019	73	5,7	834	64,6	152	11,8	169	13,1	64	5,0	1 292
2020	37	3,8	586	60,7	130	13,5	165	17,1	48	5,0	966
2021	53	4,9	640	59,7	165	15,4	184	17,2	30	2,8	1 072
2022	34	4,2	509	63,3	117	14,6	97	12,1	47	5,8	804
Total	392	0,6	38 906	58,9	7 197	10,9	15 993	24,2	3 573	5,4	66 061

Diagnósticos tardios

Conforme referido anteriormente, a informação relativa ao valor das contagens de células TCD4+ da primeira avaliação clínica é de conhecida importância, por permitir a identificação dos casos de diagnóstico e/ou apresentação tardia aos cuidados de saúde, quando com valores <350 células/mm³ ou de doença avançada se contagem <200 células/mm³². Estes valores são recolhidos na notificação de caso e na última década têm sido alvo de monitorização para avaliação da proporção anual de casos que se apresentam abaixo destes níveis, numa perspetiva de informar para a ação, concretamente para as iniciativas no âmbito das estratégias de rastreio/diagnóstico. A publicação recente, de uma definição revista e consensualizada para o diagnóstico tardio de infeção por VIH⁴, entre outras coisas, os critérios a aplicar especificamente nas infeções agudas, que não devem ser classificadas erradamente como diagnósticos tardios, quando observada descida transitória de células TCD4+, nem excluídas do denominador.

Nos anos mais recentes, a percentagem de casos para os quais esteve disponível a informação referente às contagens de TCD4+ ultrapassou os 80%, sendo superior à média observada para os países da UE em 2021 (70,8%)⁷. A **figura 17** apresenta as tendências temporais das percentagens anuais de casos com valores de TCD4+ compatíveis com a anterior definição de apresentação tardia e de doença avançada, acima especificados, e ainda a proporção de diagnósticos tardios segundo a definição atualizada. Pelos motivos já descritos anteriormente, os casos que referiam estágio inicial “Infeção aguda” foram retirados da análise que usa exclusivamente os valores obtidos nas contagens de células TCD4+.

Embora com percentagens diferentes, as tendências apresentadas nas duas abordagens para a identificação de diagnósticos ou apresentação tardios são idênticas, observando-se valores inferiores para a maioria dos anos, se aplicada a definição revista. Nos anos 2020 e 2021 e em ambas as abordagens, observaram-se valores superiores aos anos antecedentes; em 2022 houve redução da proporção de casos correspondentes a diagnósticos tardios em qualquer das definições, bem como na proporção de casos de doença avançada, contudo as percentagens apuradas ainda se encontram superiores às observadas nos anos anteriores a 2020.

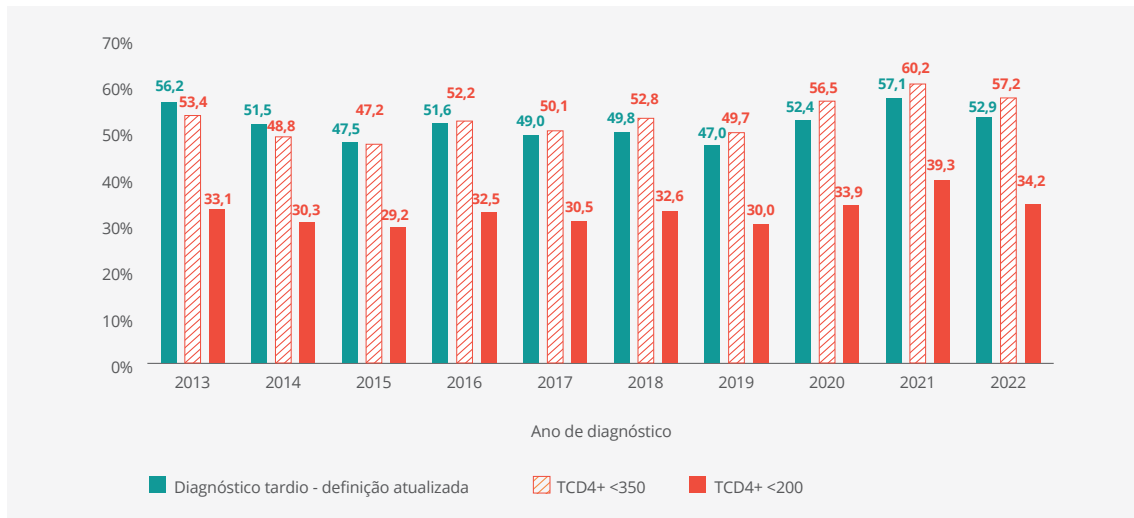


Figura 17. Casos de infeção por VIH (2013-2022): evolução nas proporções de casos com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada e de diagnóstico tardio, segundo a nova definição.

A análise das medianas dos valores das contagens de células TCD4+ desagregada por modo de transmissão, revelou que, entre 2013 e 2022, os casos de transmissão heterossexual em homens apresentaram consistentemente as medianas mais baixas, com valores sempre inferiores a 300 células/mm³. Os casos referentes a HSH apresentaram as medianas mais elevadas o que é compatível com um diagnóstico mais atempado (figura 18). Nos casos em UDI as medianas variaram consideravelmente em cada ano, facto explicado pelo reduzido número de diagnósticos entre UDI nos anos em observação, pelo que os valores e a tendência deverão ser interpretados com prudência.

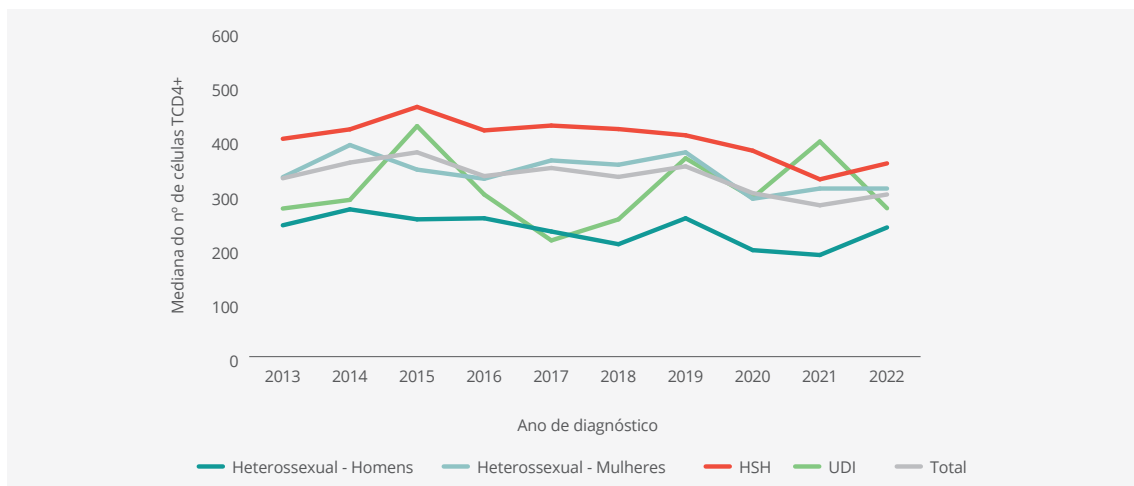


Figura 18. Casos de infeção por VIH (2013-2022): tendências temporais das medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico, para as principais formas de transmissão.

Casos de infeção por VIH em crianças

Até 31 de dezembro de 2022 foram diagnosticados e notificados, em Portugal, 654 casos de infeção por VIH em crianças com idade inferior a 15 anos à data do diagnóstico, em 44 (6,7%) dos quais o diagnóstico ocorreu na década mais recente. O **quadro 28** apresenta o resumo das características dos casos notificados, onde se constata que os casos se distribuem equitativamente entre sexos, que a maior percentagem dos diagnósticos ocorreu no primeiro ano de vida e que a via de transmissão mais frequente é a transmissão mãe-filho. No entanto, importa realçar que 93,2% destes casos foram diagnosticados nas três décadas anteriores, e que as medidas implementadas em Portugal para a prevenção da transmissão vertical do VIH tiveram sucesso.

Quadro 28. Casos de infeção por VIH em crianças (<15 anos) (1984-2022): distribuição por sexo, idade, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.

Características	Ano de diagnóstico											Total	%
	≤2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Sexo													
Masculino	299	6	2	1	0	4	2	0	0	0	0	314	48,0
Feminino	309	5	6	4	4	3	2	0	2	2	1	338	51,7
Idade													
0-11 meses	294	2	3	1	1	3	0	0	1	0	0	305	46,6
1-4 anos	124	2	3	0	3	1	2	0	0	1	1	137	20,9
5-9 anos	84	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	89	13,6
10-12 anos	39	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	45	6,9
13-14 anos	69	2	0	1	0	2	2	0	1	1	0	78	11,9
País de nascimento													
Portugal	279	3	3	2	1	4	0	0	1	1	0	294	45,0
África Subsariana	97	6	4	2	2	3	3	0	1	1	1	120	18,3
Outra	34	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	37	5,7
Não referida	200	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	203	31,0
Modo de transmissão													
Mãe-filho	479	8	8	5	4	6	1	0	1	1	1	514	78,6
Transfusão ou hemoderivados	57	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	58	8,9
Heterossexual	25	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	26	4,0
HSH	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1,5
UDI	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	3,1
Outro/N.D.	10	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	14	2,1
Não referido	9	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	12	1,8
Total	610	11	8	5	4	7	4	0	2	2	1	654	100,0

Legenda: HSH – homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas; N.D. - não determinado

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.

1.2.2. Casos de SIDA

O enquadramento legal vigente determina a obrigatoriedade de notificação dos casos de SIDA, cuja definição de caso^{5,6} integra como requisito a presença de uma doença definidora de SIDA. A lista das doenças definidoras de SIDA, consta do Anexo III deste relatório.

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 em Portugal foram notificados 23 637 casos de SIDA, com diagnóstico até 31 de dezembro de 2022. Em 15 993 destes casos (67,7%) o diagnóstico ocorreu em simultâneo com o diagnóstico da infeção por VIH.

Distribuição temporal

A distribuição dos casos de SIDA por ano de diagnóstico da condição definidora de SIDA é apresentada no **quadro 29**. O número anual de novos diagnósticos de SIDA atingiu o valor máximo em 1999 e apresenta tendência decrescente a partir de 2003. A comparação do número de casos de SIDA com diagnóstico nos anos 2013 e 2022 revela uma redução de 74%. Embora estejam registados casos em que o diagnóstico de SIDA ocorreu fora de Portugal, estes constituem apenas 1,0% do total de casos, não tendo impacto significativo na incidência.

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 74% quando comparada a incidência apurada para os anos 2013 e 2022, respetivamente 5,1 casos/10⁵ habitantes e 1,3 casos/10⁵ habitantes (**figura 19**).

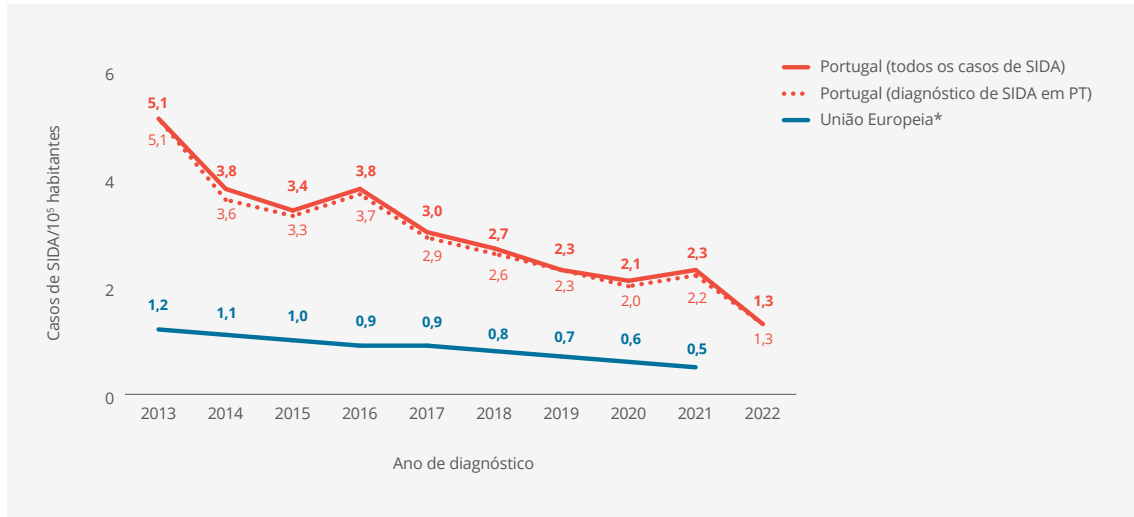
Quadro 29. Casos de SIDA (1983-2022): distribuição sexo e ano de diagnóstico do estágio.

Ano de diagnóstico SIDA	Nº de casos			H/M
	Homens	Mulheres	Total	
≤1990	650	96	746	6,8
1991	261	49	310	5,3
1992	378	83	462	4,6
1993	488	104	592	4,7
1994	606	131	737	4,6
1995	719	142	861	5,1
1996	849	184	1033	4,6
1997	912	168	1080	5,4
1998	949	201	1150	4,7
1999	1047	242	1289	4,3
2000	982	237	1219	4,1
2001	980	203	1183	4,8
2002	980	220	1200	4,5
2003	890	255	1145	3,5
2004	860	227	1087	3,8
2005	813	205	1018	4,0
2006	688	254	942	2,7
2007	655	205	860	3,2
2008	619	228	847	2,7
2009	535	202	737	2,6
2010	542	228	770	2,4
2011	479	167	646	2,9
2012	446	184	630	2,4
2013	373	164	537	2,3
2014	302	90	392	3,4
2015	252	99	351	2,5
2016	282	112	394	2,5
2017	220	87	307	2,5
2018	184	94	278	2,0
2019	161	81	242	2,0
2020	159	56	215	2,8
2021	157	82	239	1,9
2022	105	33	138	3,2
Total	18523	5113	23637	3,6

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

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

Portugal tem sido um dos países com a taxa mais elevada de diagnósticos de SIDA no conjunto dos países da União Europeia e as taxas anuais observadas têm valores de aproximadamente o triplo da taxa média europeia⁷ (figura 19).



Legenda: PT - Portugal

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

Figura 19. Casos de SIDA (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio, Portugal e União Europeia.

Distribuição por sexo

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

A desagregação da informação, por sexo e ano de diagnóstico do estágio, revelou diferenças entre sexos nas tendências observadas. O número de casos de SIDA de indivíduos do sexo masculino apresenta tendência decrescente a partir de 2003, enquanto os casos em mulheres mantiveram-se relativamente estáveis entre 1998 e 2013, decrescendo no período posterior. A análise comparativa do número de casos registados em 2013 e em 2022 mostra reduções de 72% e de 80%, respetivamente, nos casos em homens e em mulheres. As mesmas proporções de decréscimo foram encontradas quando comparadas as taxas de diagnóstico para os mesmos anos, em ambos os sexos (figura 20).

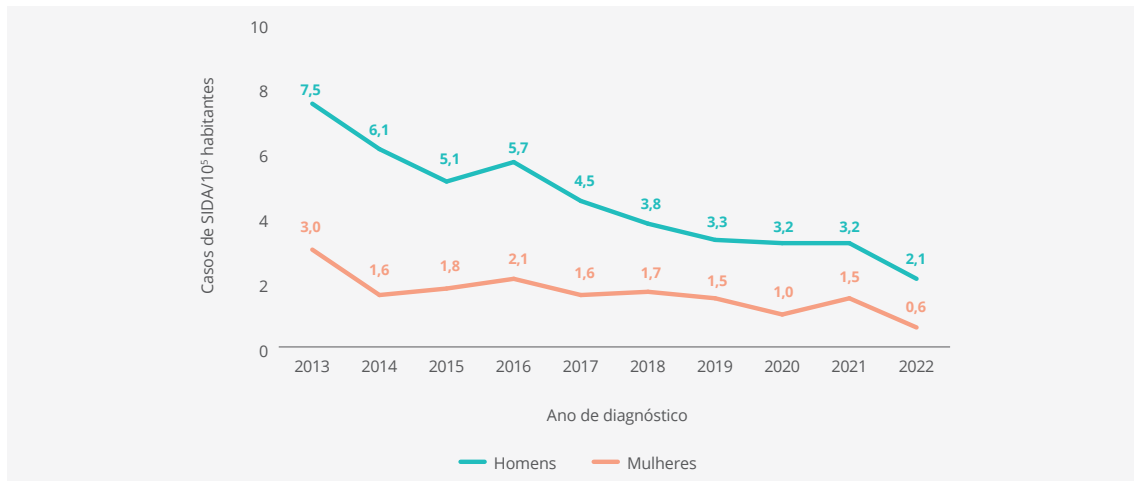


Figura 20. Casos de SIDA (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estágio e sexo.

Idade ao diagnóstico de SIDA

O grupo etário com maior número de casos de SIDA acumulados é o grupo dos 30 aos 39 anos (n=8 479), 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=973) e a análise dos casos identificados na última década mostrou que em 67,3% deles a idade ao diagnóstico do estágio era superior ou igual a 40 anos (**quadro 30**).

A estratificação por sexo revela que o maior número acumulado de diagnósticos de SIDA ocorreu, em ambos os sexos, em pessoas com idades entre os 30 e os 39 anos e que na década de 2013 a 2022 o maior número de diagnósticos ocorreu em homens e mulheres que tinham entre os 40 e os 49 anos à data do diagnóstico de SIDA.

Quadro 30. Casos de SIDA (1983-2022): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	N	%
<15 anos	Sub-total	146	3	1	1	1	3	1	0	0	0	0	156	0,7
	H	77	2	1	1	0	3	1	0	0	0	0	85	
	M	69	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	71	
15-19 anos	Sub-total	193	2	3	2	1	1	0	2	0	1	1	206	0,9
	H	123	1	3	1	1	1	0	0	0	1	0	131	
	M	70	1	0	1	0	0	0	2	0	0	1	75	
20-29 anos	Sub-total	4 733	33	38	33	45	31	24	14	20	22	16	5 009	21,2
	H	3 609	21	30	24	36	26	16	12	14	18	14	3 820	
	M	1 123	12	8	9	9	5	8	2	6	4	2	1 188	
30-39 anos	Sub-total	7 727	142	100	89	91	67	65	60	57	47	34	8 479	35,9
	H	6 338	94	73	64	61	47	40	35	41	28	25	6 846	
	M	1 389	48	27	25	30	20	25	25	16	19	9	1 633	
40-49 anos	Sub-total	4 455	182	125	108	126	92	80	88	61	76	35	5 428	23,0
	H	3 605	130	101	80	95	62	51	58	50	49	28	4 309	
	M	850	52	24	28	31	30	29	30	11	27	7	1 119	
50-59 anos	Sub-total	2 014	103	66	71	72	62	66	48	48	57	29	2 636	11,2
	H	1 588	70	53	53	53	41	46	37	36	38	23	2 038	
	M	426	33	13	18	19	21	20	11	12	19	6	598	
≥60 anos	Sub-total	1 223	72	59	47	58	51	42	30	29	36	23	1 670	7,1
	H	940	55	41	29	36	40	30	19	18	23	15	1 246	
	M	281	16	17	17	22	10	12	11	11	13	8	418	
Desconhecido	Sub-total	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0,2
	Total	20 544	537	392	351	394	307	278	242	215	239	138	23 637	100,0

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

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

Distribuição geográfica

O padrão de distribuição geográfica dos casos de SIDA, segundo a residência à data da notificação, mostra-se semelhante ao observado para o total dos casos de infeção por VIH, com os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal a registarem, cumulativamente e para a maioria dos anos, o maior número de casos (**quadro 31**). Na década de 2013 a 2022, foi no distrito de Lisboa que se registou a taxa média de diagnósticos de SIDA mais elevada, 5,6 casos/105 habitantes, seguindo-se os distritos de Setúbal e Faro ambos com uma taxa média de 3,9 casos de SIDA/105 habitantes (**quadro 32**). Em 2022, o distrito de Viseu apresentou a taxa mais elevada de incidência de SIDA (2,3 casos/10⁵ habitantes), seguindo-se o distrito de Lisboa e o de Setúbal (respetivamente com 1,9 e 1,7 casos de SIDA/10⁵ habitantes).

Quadro 31. Casos de SIDA (1983-2022): distribuição por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico											Total	
	≤2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	N	%
Aveiro	508	23	12	16	22	16	12	19	17	15	10	670	2,8
Beja	119	4	1	2	3	0	1	1	2	3	1	137	0,6
Braga	525	14	18	8	7	15	0	13	9	7	6	622	2,6
Bragança	81	3	2	1	1	0	0	1	2	3	1	95	0,4
Castelo Branco	135	8	7	2	5	7	3	1	4	3	0	175	0,7
Coimbra	356	10	11	16	14	9	6	3	8	3	5	441	1,9
Évora	126	2	3	2	5	4	0	0	0	0	2	144	0,6
Faro	847	50	15	16	24	15	17	17	7	10	6	1 024	4,3
Guarda	73	3	3	3	1	2	3	3	1	3	0	95	0,4
Leiria	408	18	17	8	7	7	6	4	12	10	4	501	2,1
Lisboa	8 515	228	177	151	157	118	114	96	84	87	44	9 771	41,3
Portalegre	52	0	1	0	1	1	2	1	1	1	0	60	0,3
Porto	4 658	89	54	54	70	40	41	42	26	35	23	5 132	21,7
Santarém	449	13	12	9	8	9	8	3	4	5	2	522	2,2
Setúbal	2 556	51	38	36	43	40	43	19	24	25	15	2 890	12,2
Viana do Castelo	150	4	6	7	1	2	5	2	2	5	3	187	0,8
Vila -Real	122	0	5	2	4	3	2	0	1	3	0	142	0,6
Viseu	222	6	5	6	8	6	5	6	6	10	8	288	1,2
R.A. Açores	112	1	2	2	2	3	2	2	1	1	2	130	0,5
R.A. Madeira	182	7	2	6	4	3	2	3	2	1	2	214	0,9
Estrangeiro	126	0	0	2	5	1	2	2	1	6	3	148	0,6
Desconhecido	222	3	1	2	2	6	4	4	1	3	1	249	1,1
Total	20 544	537	392	351	394	307	278	242	215	239	138	23 637	100,0

Quadro 32. Casos de SIDA (2013-2022): taxa de novos casos por 10⁵ habitantes por distrito de residência e ano de diagnóstico do estágio.

Distrito/Região	Ano de diagnóstico									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aveiro	3,3	1,7	2,3	3,1	2,3	1,7	2,7	2,4	2,1	1,4
Beja	2,7	0,7	1,4	2,1	0,0	0,7	0,7	1,4	2,0	0,7
Braga	1,7	2,1	1,0	0,8	1,8	0,0	1,5	1,1	0,8	0,7
Bragança	2,3	1,5	0,8	0,8	0,0	0,0	0,8	1,6	2,4	0,8
Castelo Branco	4,2	3,7	1,1	2,7	3,9	1,7	0,6	2,2	1,7	0,0
Coimbra	2,4	2,6	3,8	3,4	2,2	1,5	0,7	1,9	0,7	1,2
Évora	1,2	1,9	1,3	3,2	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Faro	11,1	3,3	3,5	5,3	3,3	3,7	3,7	1,5	2,1	1,3
Guarda	1,9	1,9	2,0	0,7	1,4	2,1	2,1	0,7	2,1	0,0
Leiria	3,9	3,7	1,7	1,5	1,5	1,3	0,9	2,6	2,1	0,9
Lisboa	10,2	7,9	6,7	7,0	5,2	5,0	4,2	3,7	3,8	1,9
Portalegre	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9	1,9	0,9	0,9	1,0	0,0
Porto	4,9	3,0	3,0	3,9	2,2	2,3	2,3	1,5	1,9	1,3
Santarém	2,9	2,7	2,1	1,9	2,1	1,9	0,7	0,9	1,2	0,5
Setúbal	6,0	4,4	4,2	5,0	4,7	5,0	2,2	2,7	2,8	1,7
Viana do Castelo	1,7	2,5	3,0	0,4	0,9	2,2	0,9	0,9	2,2	1,3
Vila -Real	0,0	2,5	1,0	2,1	1,6	1,1	0,0	0,5	1,6	0,0
Viseu	1,6	1,4	1,7	2,2	1,7	1,4	1,7	1,7	2,8	2,3
R.A. Açores	0,4	0,8	0,8	0,8	1,3	0,8	0,8	0,4	0,4	0,8
R.A. Madeira	2,7	0,8	2,4	1,6	1,2	0,8	1,2	0,8	0,4	0,8
Total	5,1	3,8	3,4	3,8	3,0	2,7	2,3	2,1	2,3	1,3

Modo de transmissão

A estratificação dos casos de SIDA segundo o modo de transmissão revela que os casos acumulados referindo transmissão heterossexual estão em maior número desde 2020, sucedendo-se aos casos em UDI que até 2019 estiveram em maior número (**quadro 33**). Entre 2013 e 2022 foram diagnosticados 3 093 casos de SIDA, 64,0% dos quais associados a transmissão heterossexual, 18,5% em HSH e os casos em UDI corresponderam apenas a 13,5% do total de casos.

Na última década, o número de diagnósticos de SIDA em casos associados aos três principais modos de transmissão foi decrescente. Ao comparar o número de casos de SIDA com diagnóstico em 2013 e em 2022, a maior redução verifica-se nos casos em UDI (90%), seguida dos casos de transmissão heterossexual (76%) e os casos em HSH tiveram a menor redução (44%).

Quadro 33. Casos de SIDA (1983-2022): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estágio.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico											Total	
		≤2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	N	%
Heterossexual	Sub-total	7 925	337	250	222	252	186	197	169	139	147	80	9 904	41,9
	H	5 329	200	174	133	150	110	110	95	88	78	51	6 518	
	M	2 595	137	76	89	102	76	87	74	51	69	29	3 385	
HSH	Sub-total (H)	2 680	64	64	74	87	63	47	40	46	50	36	3 251	13,8
UDI	Sub-total	9 235	119	71	47	45	42	23	23	17	21	10	9 653	40,8
	H	7 807	98	58	39	38	34	18	20	15	15	7	8 149	
	M	1 428	21	13	8	7	8	5	3	2	6	3	1 504	
Outro/ N.D.	Sub-total	360	8	3	3	4	2	2	4	1	2	2	391	1,7
	H	228	6	2	1	2	2	1	2	0	1	2	247	
	M	132	2	1	2	2	0	1	2	1	1	0	144	
Não referido	Sub-total	344	9	4	5	6	14	9	6	12	19	10	438	1,9
Total		20 544	537	392	351	394	307	278	242	215	239	138	23 637	100,0

Legenda: HSH- homens que fazem sexo com homens; UDI -utilizadores de drogas injetadas; N.D. - não determinado.

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

Doenças definidoras de SIDA

Na notificação de caso de SIDA é possível registar até quatro doenças que façam parte do quadro inaugural de SIDA ou que sejam diagnosticadas num período de três meses após o diagnóstico da primeira doença, pelo que a análise da frequência do diagnóstico das diferentes condições indicadoras de SIDA é efetuada de forma independente.

Embora as patologias mais frequentemente referidas no total de casos de SIDA acumulados sejam, por ordem decrescente, a tuberculose pulmonar, a pneumocistose e a tuberculose extrapulmonar, nos casos diagnosticados entre 2013 e 2022 a mais frequente foi a pneumocistose, seguida pela candidose esofágica e pela tuberculose pulmonar. A análise das tendências temporais observadas entre 2013 e 2022 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).

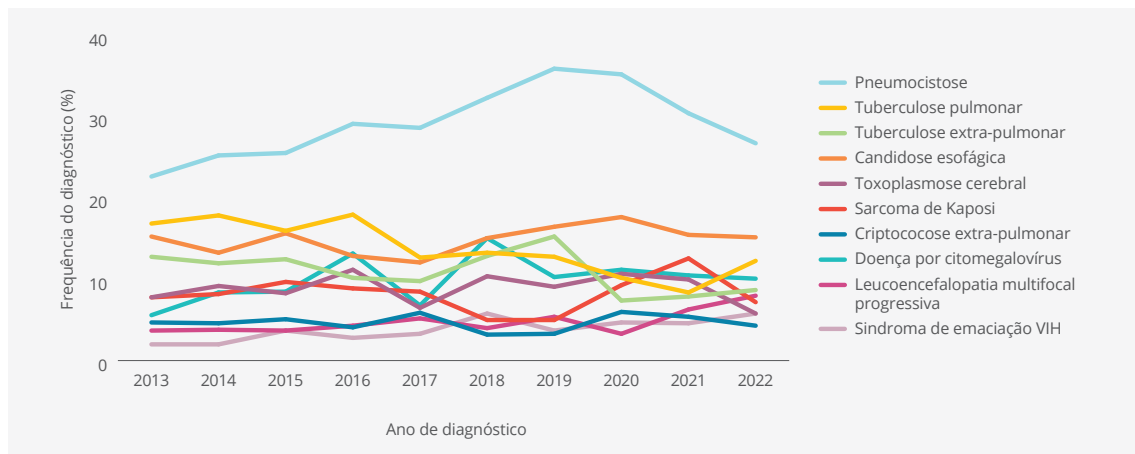


Figura 21. Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2013-2022): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

1.2.3. - Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH

Em Portugal, foram notificados 15 779 óbitos que ocorreram entre 1984 e 2022 em pessoas que viviam com infeção por VIH, dos quais 11 165 registaram-se em casos que atingiram o estágio SIDA (quadro 34).

Quadro 34. Óbitos em casos de infeção por VIH e de SIDA (1984-2022): distribuição por ano de morte.

Ano de morte	Mortes em casos de infeção por VIH	Mortes em casos de SIDA
≤1990	411	369
1991	234	199
1992	322	285
1993	336	305
1994	445	402
1995	608	546
1996	704	630
1997	593	512
1998	556	456
1999	620	500
2000	631	520
2001	703	530
2002	678	560
2003	666	501
2004	596	450
2005	646	448
2006	535	370
2007	573	368
2008	616	349
2009	560	325
2010	560	337
2011	514	305
2012	487	259
2013	479	273
2014	368	207
2015	353	177
2016	372	189
2017	325	168
2018	290	159
2019	235	115
2020	174	74
2021	186	94
2022	151	68
Desconhecido	252	115
Total	15 779	11 165

A distribuição dos óbitos por ano, sexo e modo de transmissão é apresentada no **quadro 35**, e é possível constatar que o maior número ocorreu em homens (12 792; 81,1%) e em UDI (7 551; 47,9%). Foram notificados 2 933 óbitos ocorridos entre 2013 e 2022, dos quais 1 515 (51,7%) em casos de transmissão heterossexual, 1 062 (36,2%) em UDI e 288 (9,8%) em HSH.

Quadro 35. Óbitos em casos de infeção por VIH (1984-2022): 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	
≤2012	10 340	2 253	4 138	1 469	6 363	624	12 594
2013	384	95	228	36	208	7	479
2014	284	84	170	33	155	10	368
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	57	134	25	71	5	235
2020	128	46	116	18	38	2	174
2021	136	50	109	28	40	9	186
2022	113	38	83	19	43	6	151
Não referido	209	43	91	21	126	14	252
Total	12 792	2 986	5 744	1 778	7 551	706	15 779

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

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

A disponibilização progressiva de diferentes fármacos antirretrovirais e a sua utilização em esquemas terapêuticos combinados, mais eficazes, conduziu a um aumento da sobrevivência das pessoas que vivem com VIH. Atualmente, a maioria dos óbitos regista-se em indivíduos em que o diagnóstico ocorreu há mais de dez anos, por oposição ao que se verificava no ano 2000, quando cerca de 60% das mortes ocorriam no ano subsequente ao diagnóstico (**figura 21**). Não obstante a evolução positiva registada, mantem-se anualmente uma proporção acima de 20% de óbitos que ocorrem nos cinco anos após o diagnóstico da infeção por VIH, que no total dos óbitos ocorridos na última década foi de 25,9%.

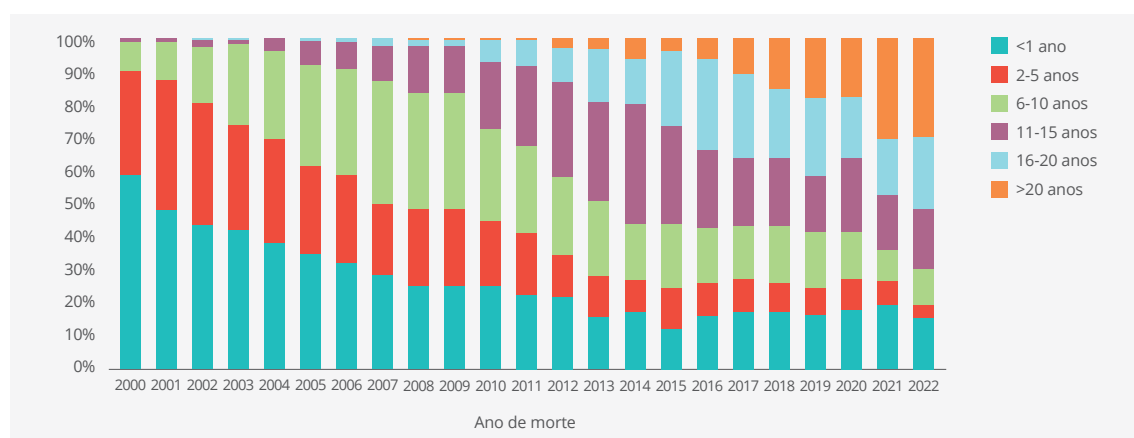


Figura 22. Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH (2000-2022): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.

1.2.4. Quatro décadas da epidemia por VIH em números

Ao completar-se a quarta década da epidemia por VIH em Portugal, considerou-se oportuno efetuar uma análise resumida das características principais dos casos com diagnóstico nas diferentes décadas, cujos resultados se apresentam em formato de infografia, na **figura 23**.

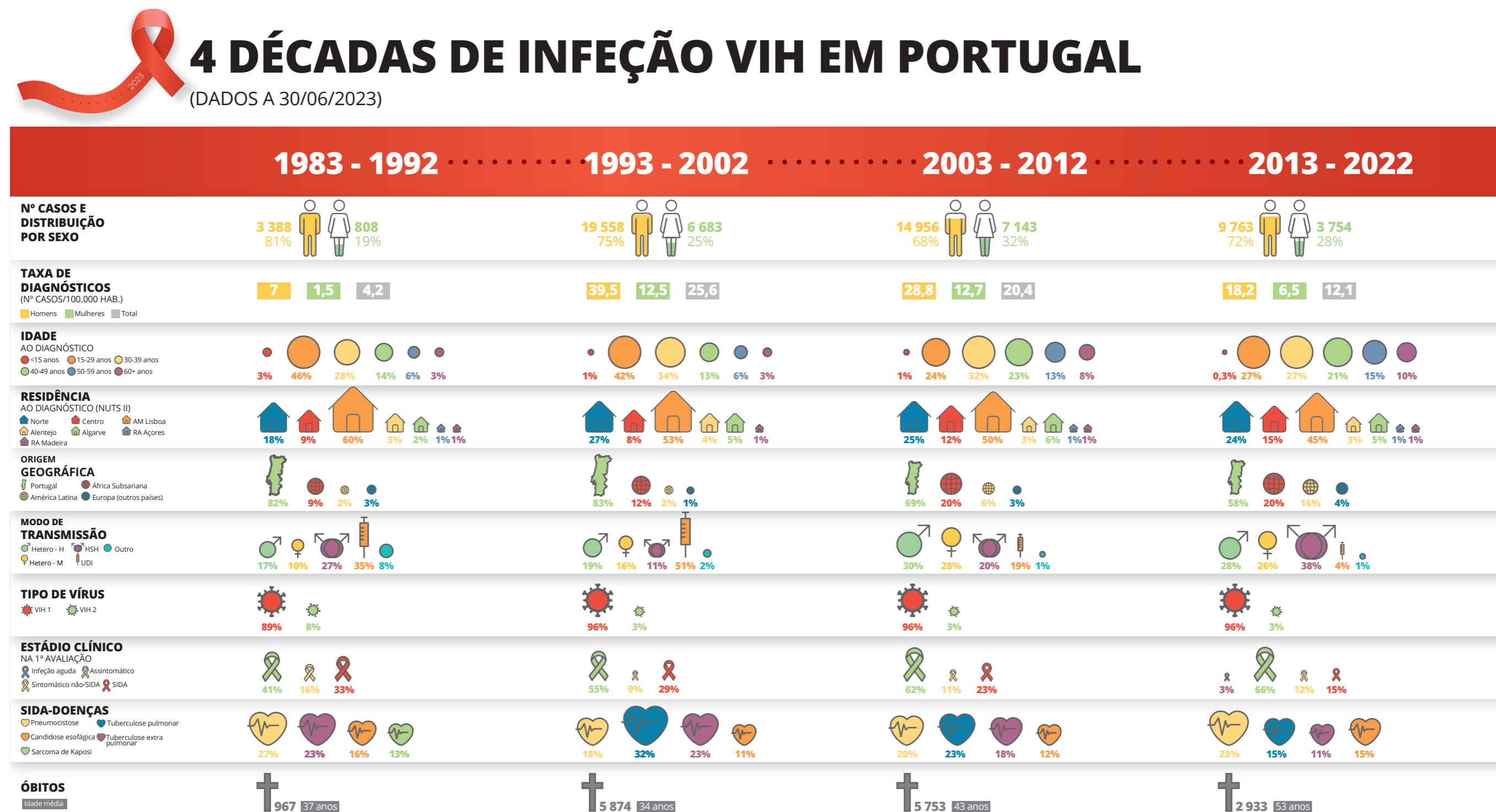


Figura 23. Características dos casos com diagnóstico nas diferentes décadas da infeção VIH em Portugal.

1.3 - Pessoas que vivem com VIH em Portugal

1.3.1. Estimativas nacionais para 2021

Por ser de progressão lenta e assintomática durante grande parte da sua história natural, a infeção por VIH tem características que favorecem a existência de pessoas infetadas e que desconhecem. Por esse motivo, poderão contribuir para a disseminação da infeção, e sofrer as consequências negativas na própria saúde que os diagnósticos tardios acarretam. O conhecimento da dimensão e características da subpopulação que vive, com infeção por VIH não diagnosticada em Portugal, é da maior importância para adequação das iniciativas dirigidas ao diagnóstico precoce 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 Dublin, subscrita por Portugal, que comprometia os países com as metas 90-90-90 até 2020, 90% das pessoas que vivem com VIH diagnosticadas, destas 90% em tratamento e dessas 90% com carga viral indetetável, posteriormente atualizadas para 95-95-95, tendo 2030 como horizonte temporal.

Para o conhecimento da fração não diagnosticada importa também conhecer a 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*⁹, recorre aos 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 a data em Portugal, tem sido aplicada uma estratégia de ajustamento dos dados da vigilância epidemiológica, que teve por objetivo impedir que os óbitos não notificados e as saídas do país incrementassem as estimativas da prevalência e descrita anteriormente¹⁰. Após este ajuste, no exercício do corrente ano a modelação foi efetuada em duas etapas: numa delas foram considerados todos os casos notificados e na outra apenas os casos com diagnóstico em Portugal, uma vez que os casos com diagnóstico no estrangeiro têm de ser considerados nas estimativas da prevalência, mas não para as estimativas da incidência.

Foram realizadas estimativas que visaram o ano 2021, uma vez que se prevê que os dados epidemiológicos nacionais referentes a 2022 não estejam ainda consolidados. Os resultados obtidos indicaram que em Portugal, no final de 2021, existiriam um total de 45 321 (44 763-45 909) pessoas a viver com VIH (PVIH), o que corresponde a uma prevalência nacional de 0,43% (0,43-0,44%) (**quadro 39**). Ainda, foi estimado que existiriam 2 572 (2 321-2 923) infeções por VIH não diagnosticadas, o que equivale a 5,6% (5,2%-6,4%) do total das PVIH que viviam em Portugal no final do ano em questão.

Quadro 36. Estimativas nacionais para 2021.

	TOTAL	Heterossexual-H	Heterossexual-M	HSH	UDI
PVIH	45 532 (44 763-45 909)	11 696 (11 471-12 075)	11 426 (11 125-11 734)	11 300 (11 098-11 614)	10 001 (9 815-10 295)
PVIH diagnosticadas	42 643 (42 134-43 132)	10 669 (10 436-10 943)	10 626 (10 386-10 832)	10 648 (10 462-10 896)	9 892 (9 700-10 172)
PVIH não diagnosticadas (n)	2 572 (2 321-2 923)	1 018 (953-1 293)	845 (697-979)	720 (583-884)	127 (83-197)
PVIH não diagnosticadas (%)	5,6 (5,2-6,4)	8,7 (8,3-10,7)	7,4 (6,3-8,3)	6,4 (5,3-7,6)	1,3 (0,8-1,9)
Nº novas infeções ocorridas em 2021	257 (132-452)	103 (26-179)	117 (35-193)	171 (123-224)	20 (1-65)
Demora diagnóstica (anos)	3,7 (3,6-4,0)	5,5 (5,3-5,7)	4,1 (3,9-4,3)	2,5 (2,3-2,8)	5,0 (4,9-5,1)

Legenda: PVIH - 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 257 (132-459) novas infeções por VIH durante o ano 2021, o que corresponde uma incidência estimada de 2,5 (1,3-4,3) infeções/10⁵ habitantes. Como é possível constatar na **figura 23**, a incidência nacional terá atingido o seu máximo na primeira metade da década de 90, estimando-se que no ano de 1994 terão ocorrido 2 999 novas infeções (2 928-3 097). Ao decréscimo observado entre 1995 e 2003, seguiu-se pequeno aumento de incidência, voltando o número estimado de novas infeções a descer desde 2010. As estimativas para os anos mais recentes têm uma maior incerteza associada.

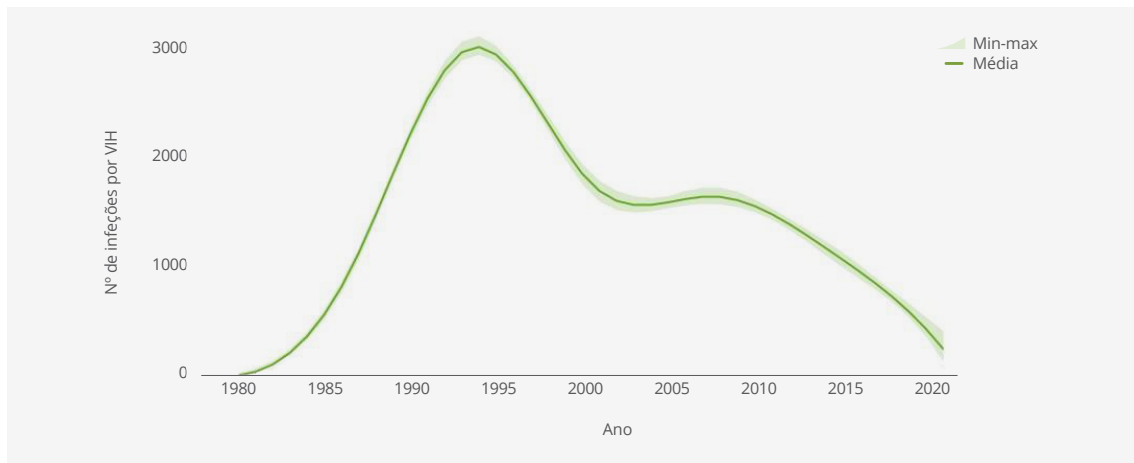


Figura 24. Tendências temporais na incidência estimada para a infeção por VIH em Portugal.

Outro dos parâmetros que resultam da aplicação do modelo é o cálculo da demora diagnóstica. Assim, estimou-se que em 2021 o tempo médio decorrido entre a infeção por VIH e o seu diagnóstico foi de 3,7 anos (3,6-4,0 anos). A comparação deste valor com o obtido para o ano 2012 (4,2 anos; 4,1-4,3 anos) evidencia um diagnóstico tendencialmente mais precoce.

A desagregação dos dados epidemiológicos, especificamente por modo de transmissão, evidencia características diversas em diferentes subpopulações. Foram utilizados dados estratificados segundo o modo de transmissão, para a obtenção de 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 foi encontrada para os casos em homens que adquiriram a infeção por contacto heterossexual e a menor foi encontrada para os UDI (1,3%). Como em anos anteriores, estimou-se que em 2021 o maior número de infeções tenha ocorrido entre os HSH (n=171) e o menor entre os UDI (n=20), contudo, a incerteza associada a estes valores é relativamente elevada. As estimativas indicam ainda que os diagnósticos mais precoces ocorrem nos HSH, para os quais a demora diagnóstica foi estimada em 2,5 anos (2,3-2,8 anos), e os mais tardios entre os homens que adquiriram a infeção por contacto heterossexual, 5,5 anos (5,3-5,8 anos), valores que estão em consonância com as percentagens de diagnósticos tardios encontradas para esses grupos e descritas anteriormente.

1.3.2. Snapshot das PVVIH em 2022

A informação epidemiológica referente à infeção por VIH é anualmente apresentada segundo o ano de diagnóstico, refletindo as características à data desse diagnóstico. Contudo, o conjunto de pessoas que vivem atualmente em Portugal com infeção por VIH, conhecendo o seu estatuto serológico, inclui pessoas com diagnósticos recentes e outras que o receberam há mais de três décadas. Ao longo dos 40 anos da epidemia nacional muitos foram também os que faleceram ou saíram do país.

Sendo importante conhecer a fração não diagnosticada da epidemia nacional e os grupos em que essa fração é maior, importa também conhecer as características das pessoas que vivem atualmente com a infeção por VIH e preparar para os desafios que o envelhecimento de muitas delas colocará num futuro próximo.

De seguida apresenta-se um resumo das características das pessoas que, no final de 2022, viviam com VIH em Portugal, conhecendo o seu diagnóstico (figura 25).

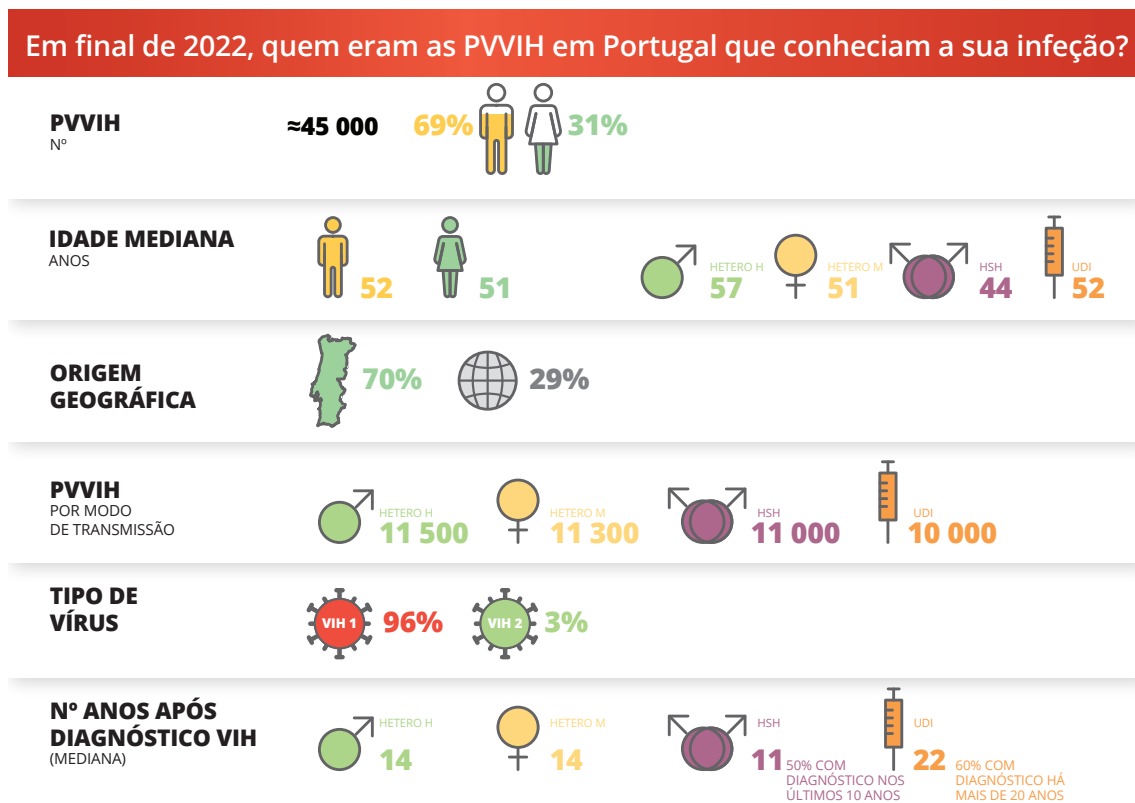
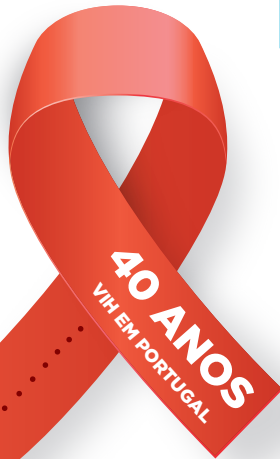


Figura 25. Características das PVVIH em Portugal em 2022.



2

ATIVIDADES **DESENVOLVIDAS**



2. 1. Prevenção

Após os anos de 2020 e 2021, fortemente marcados pela pandemia da COVID-19, que impactaram as atividades desenvolvidas pelo Programa Nacional para a área do VIH, em 2022 observa-se a retomada dos níveis de atividade 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 (PrEP) ao VIH, pela promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da violência e redução do estigma e da discriminação das Pessoas que vivem com VIH (PVIH) e em risco acrescido.

2.1.1. Acesso a materiais preventivos

O Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos e Informativos permitiu a distribuição de 5 120 321 preservativos externos (masculinos) e 136 900 internos (femininos) e de 1 660 752 embalagens de gel lubrificante em 2022 (**figuras 26, 27 e 28**). A disponibilização de material teve um aumento significativo (59,7%) comparativamente a 2021, que se atribui à retoma de atividade das organizações que efetuam o trabalho de proximidade, após a pandemia COVID-19.

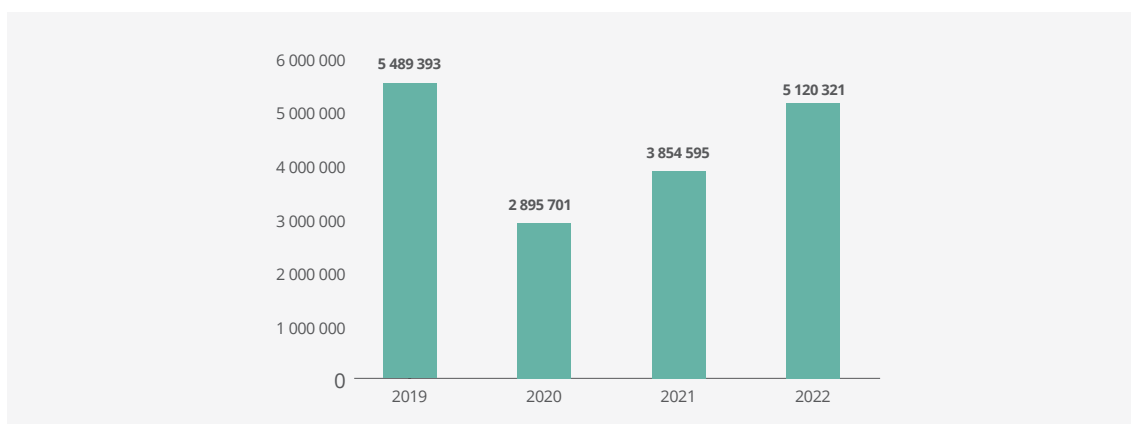


Figura 26. Número de preservativos externos distribuídos (2019-2022).

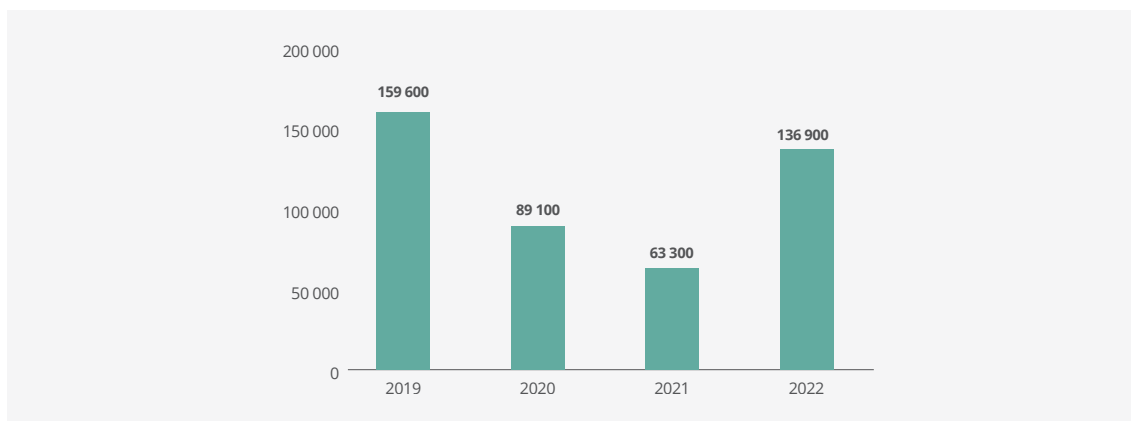


Figura 27. Número de preservativos internos distribuídos (2020-2022).

Relativamente à distribuição de gel lubrificante, verificou-se tendência crescente em 2022, com um aumento expressivo de cerca de 302% no número de embalagens distribuídas. Este aumento atribui-se à cessação de constrangimentos relacionados com a falta de matéria-prima e de mão de obra que contribuíram para a escassez de gel no mercado português.

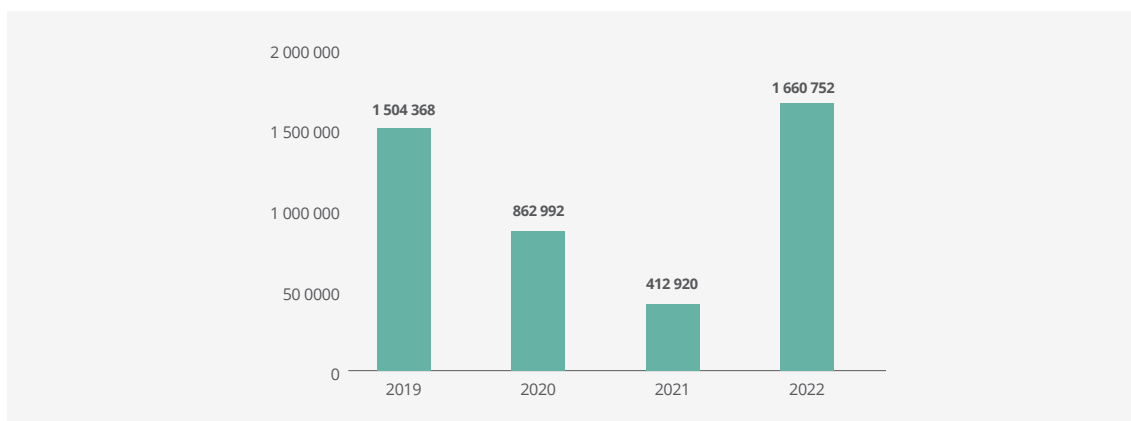
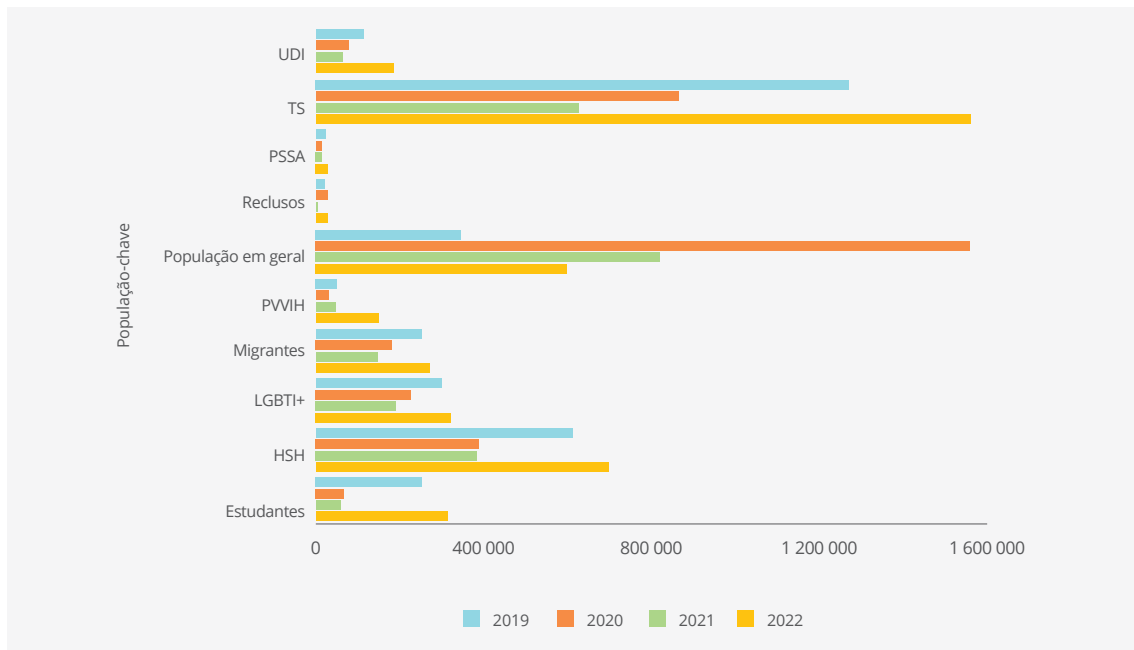


Figura 28. Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas (2019-2022).

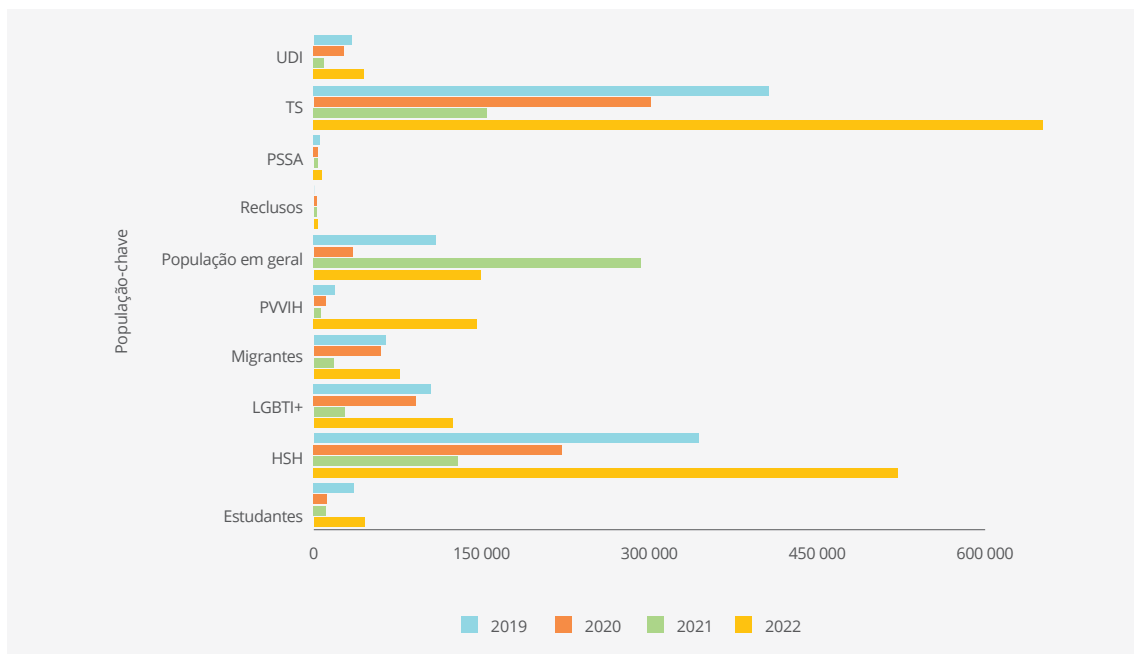
No que se refere à população a quem é distribuído o material preventivo, a maior parte dos preservativos (externos e internos) destinam-se à população em geral, trabalhadoras/es do sexo (TS) e a HSH (figura 29).



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

Figura 29. Número de preservativos distribuídos, por população (2019-2022).

O gel lubrificante segue uma distribuição semelhante aos preservativos, sendo sobretudo distribuído a TS, HSH e população em geral (Figura 30).



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

Figura 30. Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas, por população (2019-2022).

A distribuição dos materiais preventivos foi assegurada através de organizações não-governamentais (ONG) /organizações de base comunitária (OBC), estabelecimentos de ensino, centros de saúde, hospitais e estabelecimentos prisionais. As ONG / OBC e os estabelecimentos de saúde foram as entidades que efetuaram maior número de pedidos e em maior volume, a nível de quantidade, durante o triénio 2019-2022 (**figura 31**).

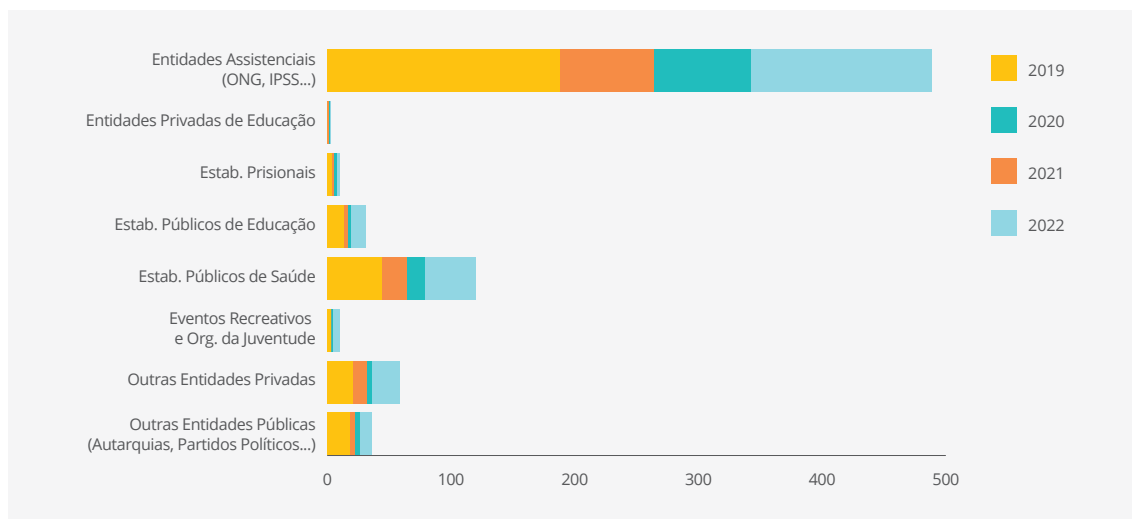


Figura 31. Número de pedidos de material preventivo, por tipologia de entidade (2019-2022).

2.1.2. 30 anos do Programa Troca de Seringas “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão”

Em 2023, assinalam-se 30 anos desde a implementação do PTS, programa de redução de riscos e minimização de danos que tem contribuído significativamente para a redução da proporção de novos casos de infeção por VIH em pessoas que utilizam drogas por via injetável. Ao longo destas 3 décadas, o PTS garantiu a distribuição de 64 159 008 seringas, numa média anual de 2 138 634 seringas (figura €).

Em 1993, a Associação Nacional das Farmácias (ANF) aceitou o repto da então Comissão Nacional de Luta Contra a Sida para o envolvimento das farmácias na prevenção de infeções pelo VIH e pelos vírus das hepatites B e C entre a população utilizadora de drogas injetáveis, através da disponibilização de um programa arrojado de distribuição de material para consumo seguro de drogas por via injetável, o PTS “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão”.

Até 1998, o Programa foi exclusivamente assegurado através da rede nacional de farmácias comunitárias, passando a integrar a partir de 1999, entidades governamentais e não-governamentais na distribuição e recolha do Kit do PTS.

Em 2012, por Despacho interno do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 14/12/2012, foi autorizado o novo modelo de funcionamento do PTS, em que a componente de distribuição do Kit Troca de Seringas assegurada até então pela rede nacional de farmácias comunitárias passou a ser da responsabilidade das Unidades de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários. A gestão de aquisições centralizadas de bens e serviços passou a estar sob a responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS).

Em julho de 2014, a assinatura de um Acordo entre o Ministério da Saúde e as 2 Associações de Farmácias determinou a implementação de Programas de Saúde Pública de entre os quais o PTS, passando

as farmácias a integrar de novo o Programa a partir de 1 de janeiro de 2015.

O novo Modelo de funcionamento do PTS determinou a criação da Comissão de Acompanhamento, responsável pela assessoria ao Programa Nacional no processo de monitorização e que assegura a elaboração de instrumentos de monitorização e fluxogramas de intervenção, visitas de acompanhamento e de apoio técnico às diferentes estruturas aderentes, a análise e resolução de queixas e propostas referentes ao funcionamento do Programa e a elaboração de relatórios.

De 2013 a 2022, a média anual foi de 1 252 192 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 32. Número de seringas distribuídas no âmbito do PTS (1993 – 2022).

Em 2022, o PTS distribuiu 1 115 452 seringas entre pessoas que utilizam drogas por via injetável, observando-se um discreto decréscimo de 1,5%, comparativamente ao ano de 2021.

As Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (ERRMD) foram responsáveis pela distribuição de 892 598 seringas, o que corresponde a 80% do total das seringas distribuídas. As farmácias associadas da ANF e da Associação de Farmácias de Portugal (AFP) distribuíram 19% do total das seringas (213 658), enquanto as unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) asseguraram a distribuição de 0,8% das seringas distribuídas em 2022 (9 196).

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

O PTS está disponível em todos os distritos de Portugal Continental, bem como nas duas regiões autónomas, sendo que apenas no distrito de Portalegre não houve registo de distribuição de seringas. Os distritos que registaram maior número de seringas distribuídas foram Lisboa (382 686), Porto (353 294) e Coimbra (157 626). Nos distritos de Beja, Bragança, Évora, Castelo Branco, Guarda, Viseu e Portalegre as farmácias são os únicos locais de troca de seringas.

Volvidos 30 anos desde a implementação do PTS, importa avaliar as necessidades atuais em termos de cobertura geográfica, do perfil do atual consumidor de drogas por via injetável e a adequação dos materiais que compõem o kit, assim como a atualização 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 SICAD.

2.1.3. Profilaxia Pré-Exposição ao VIH

Em Portugal, a PrEP mantém-se disponível em contexto hospitalar, pese embora tenha sido, recentemente, alterado o estatuto do medicamento emtricitabina 200 mg + tenofovir disoproxil 245 mg e do seu circuito de dispensa exclusiva hospitalar.

Estão em funcionamento duas consultas descentralizadas de PrEP, 1 no Porto, no âmbito de uma parceria entre a Associação Abraço e os Centos Hospitalares e Universitários de São João e de Santo António e 1 na região de Lisboa e Vale do Tejo, iniciativa conjunta do GAT, do Hospital Garcia de Orta, da Câmara Municipal de Almada e da ARSLVT.

Ambas as consultas descentralizadas permitem um acesso mais rápido e facilitado às primeiras consultas e aos meios complementares de diagnóstico e à medicação.

Em 2022, o PNISTVIH implementou as orientações do ECDC *HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the EU/EEA and the UK: implementation, standards and monitoring –Operational guidance*¹¹, procurando deste modo recolher, junto dos hospitais, informação atualizada sobre um conjunto de indicadores que permitissem caracterizar a população abrangida por esta tão importante estratégia de prevenção.

A informação recolhida deu conta de que das 29 unidades hospitalares da Rede de Referência Hospitalar da Infecção VIH, 4 ainda não disponibilizavam a consulta de PrEP. Das 25 unidades hospitalares com a consulta, 21 reportaram dados em 2022, num total de 4 499 pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez e destas, 2 161 pela primeira vez nesse ano, registando assim o maior número de pessoas em PrEP, o que reforça a tendência crescente verificada desde 2018, ano da sua implementação (Figura 33).

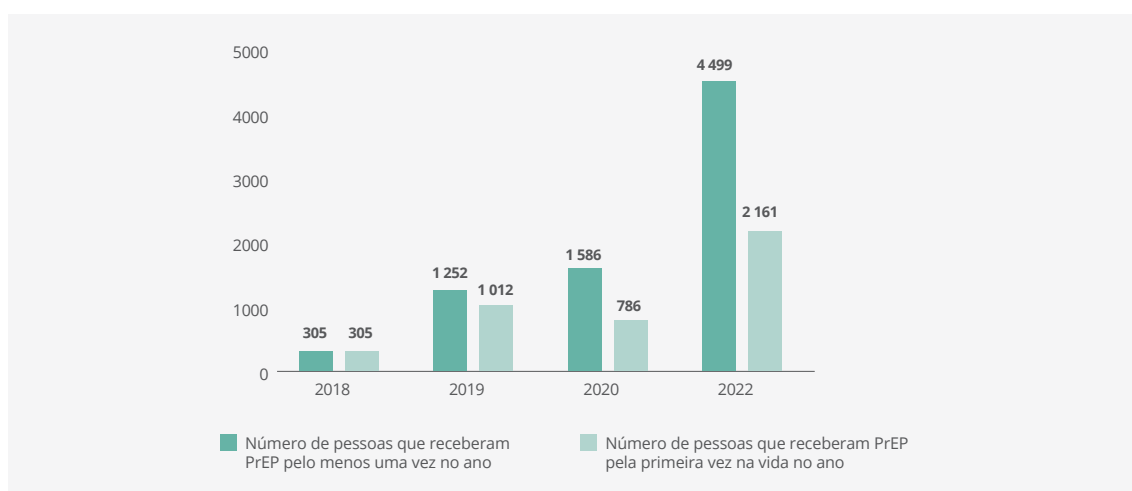


Figura 33. Número de pessoas que receberam PrEP (2018-2022)

Em 90% 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 do sexo masculino (96%) (**Figura 34**). Quando se analisa a variável idade (informação disponível em 52% dos casos), a maioria situa-se nos grupos etários dos 20 aos 29 anos (36,9%) e dos 30 aos 39 anos (36,8%) e 7,2% tem cinquenta ou mais anos (**Figura 35**).

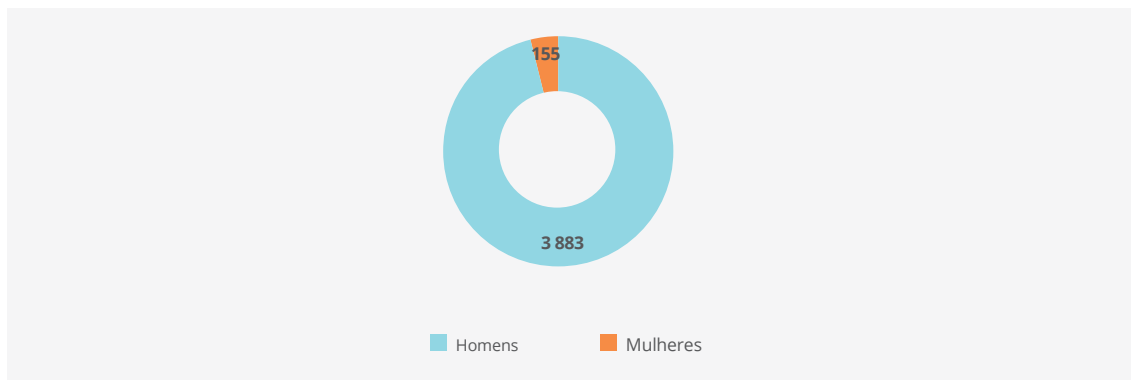


Figura 34. N.º de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2022, por sexo.

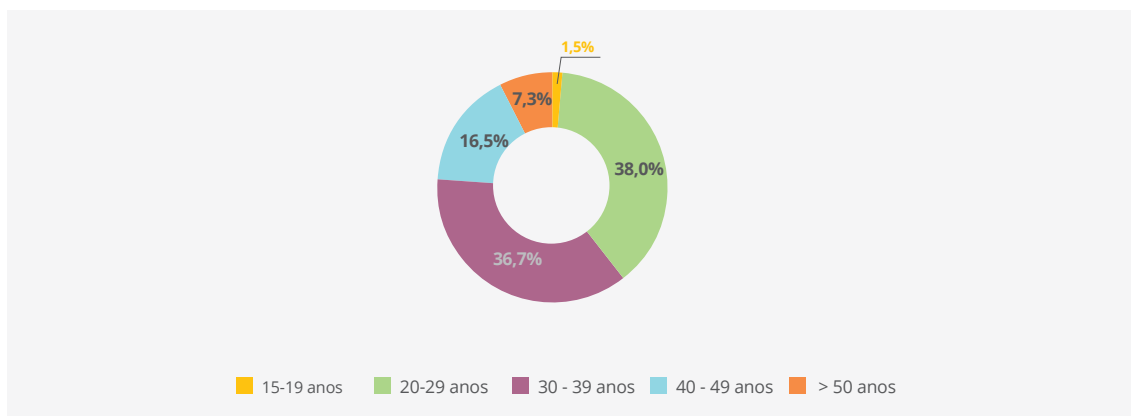


Figura 35. Proporção de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2022, por grupo etário.

A informação desagregada por populações chave abrangidas, não mutuamente exclusivas, estava disponível em 45% do total de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2022. Destes, 94,3% corresponderam a HSH, 47,0% eram imigrantes, 14,5% referiram práticas de chemsex e 9,8% eram TS. Os UDI corresponderam a 1,5% das pessoas em PrEP (**Figura 36**).

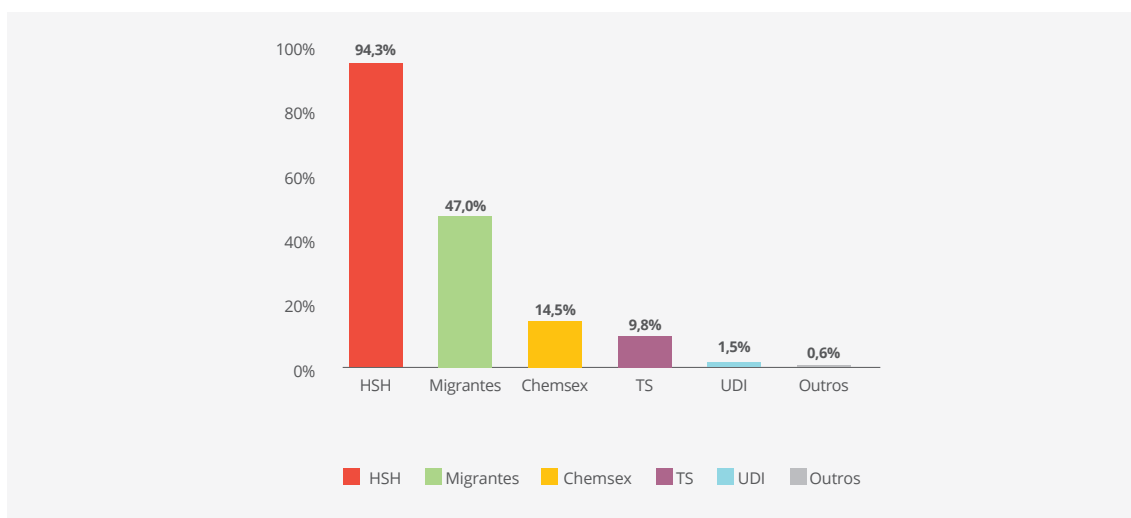


Figura 36. **Proporção de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2022, por populações chave.**

O PNISTVIH mantém o desígnio de aumentar o número de pessoas em PrEP. Para isso, sob a coordenação do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde e em articulação com a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a SPMS, está a ser revisto o enquadramento regulamentar que permita definir a forma de comparticipação do medicamento, a possibilidade de prescrição de PrEP por médicos de outras especialidades, com formação adequada, a definição de formas de financiamento e de contratualização da atividade em cada um dos níveis de cuidados de saúde e a adequação dos sistemas de informação e desenvolvimento de mecanismos / ferramentas para a monitorização de indicadores PrEP.

2.2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação

Em 2022, o PNISTVIH definiu como uma das principais metas, o reforço do acesso ao teste e a redução da proporção de diagnósticos tardios da infeção por VIH. Como ação prioritária, propôs contribuir para a redução da proporção de diagnósticos tardios da infeção por VIH, aumentando a realização do rastreio do VIH nos CSP e Serviços de Urgência, e assegurando a manutenção do apoio técnico e financeiro às respostas implementadas de prevenção e rastreio da infeção, dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por VIH e outras IST.

Em Portugal, a diversidade de estratégias e contextos de rastreio da infeção por VIH continua a merecer a atenção e o investimento dos decisores, na prossecução das metas 95 – 95 – 95 da ONUSIDA¹².

Globalmente, verifica-se uma tendência crescente no número de testes realizados em período pós-pandémico e, consequentemente, no número de pessoas que conhecem o seu estatuto serológico. Em 2022, realizaram-se em Portugal, 69 725 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 1,0%. Adicionalmente, foram prescritos e realizados 373 031 testes para diagnóstico/rastreio da infeção por VIH ao nível dos cuidados de saúde primários.

2.2.1. Cuidados de Saúde Primários

As unidades de saúde dos CSP foram responsáveis pela realização de 19% do total dos testes rápidos, com uma proporção de resultados reativos de 0,1%. A grande maioria dos testes (75%) foi reportada por unidades de saúde da região de Saúde Norte (10 163). A região de Saúde do Alentejo, à semelhança de anos anteriores, não reportou a realização de testes rápidos. Observou-se uma tendência crescente no número de testes realizados nos CSP entre 2015 e 2019, que foi interrompida pela pandemia de COVID-19, não tendo ainda recuperado a dinâmica anterior (**Figura 37**).

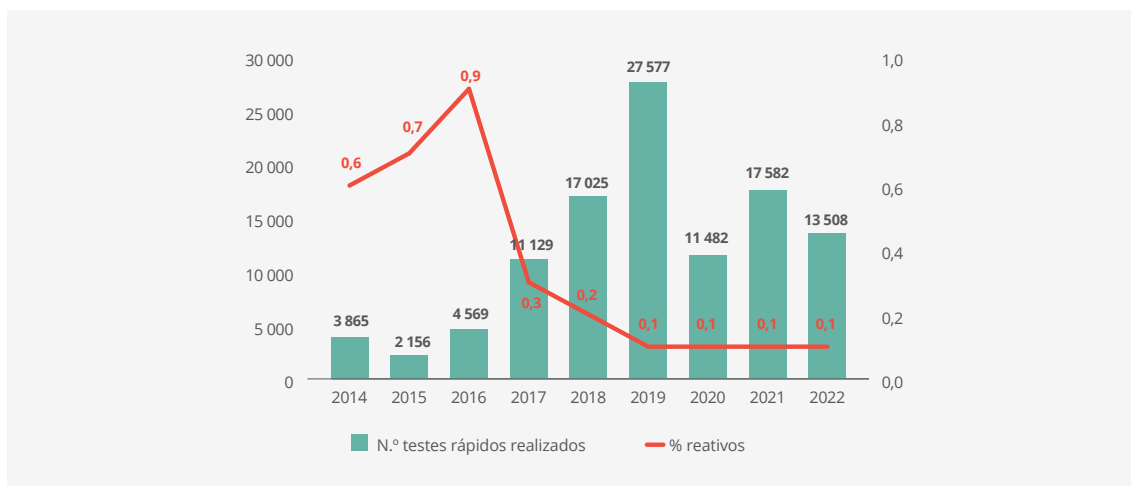


Figura 37. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CSP (2014-2022).

2.2.2. Organizações Não-Governamentais/Organizações de Base Comunitária

Em 2022, as ONG/OBC foram responsáveis pela realização de 67% dos testes de rastreio para VIH, com uma taxa de reatividade de 1,0% (**Figura 38**). Em 50% dos casos, os utentes realizaram o teste VIH pela primeira vez. Do total dos casos reativos, 85% foram referenciados para os cuidados de saúde hospitalares para confirmação laboratorial e seguimento clínico.

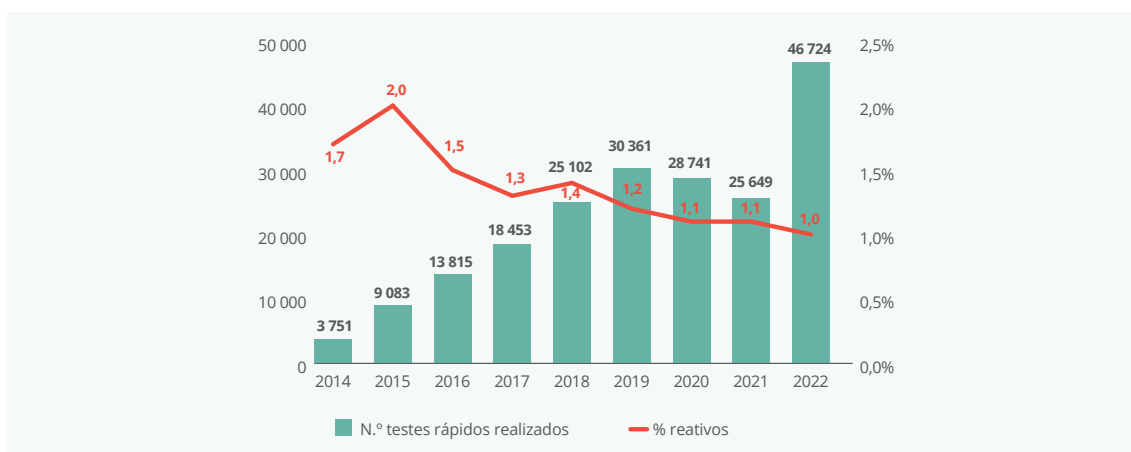


Figura 38 Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (2014-2022).

2.2.3. 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 39**. Em 2022, 4 649 testes rápidos foram reportados pelos CAD do Porto, Braga, Bragança, Aveiro, Viseu, Coimbra, Castelo Branco, Leiria, Évora, Beja e Faro, sendo na sua maioria realizados pelo CAD do Porto, num total de 3 245 testes (70%). A proporção de resultados reativos identificada foi de 3,5%, valor justificado por um elevado número de casos já previamente diagnosticados e que recorreram ao CAD como forma de se ligarem/religarem aos cuidados de saúde. Esta situação é particularmente significativa nos CAD do Porto (111/132) e Viseu (8/87), em que 84% e 57% dos casos reativos, respetivamente, corresponderam a pessoas previamente diagnosticadas, maioritariamente nascidas fora de Portugal.

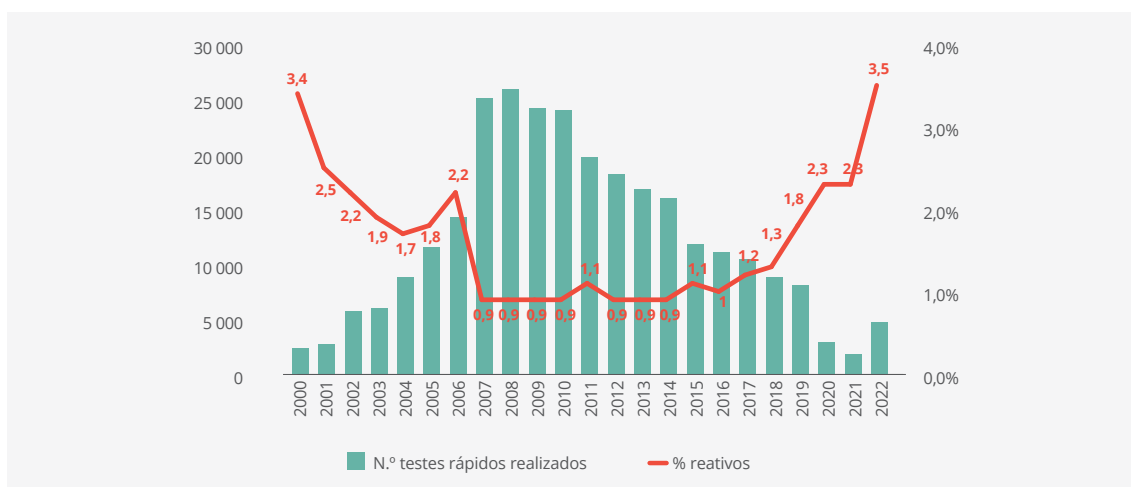


Figura 39. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CAD (2000-2022).

2.2.4. 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 2022, 4 844 testes rápidos de VIH realizados no âmbito das respostas dirigidas às pessoas que utilizam drogas nas regiões - Equipas de Tratamento e ERRMD. Foram identificados 37 resultados reativos em novos utentes, o que corresponde a uma proporção de reativos de 0,8%.

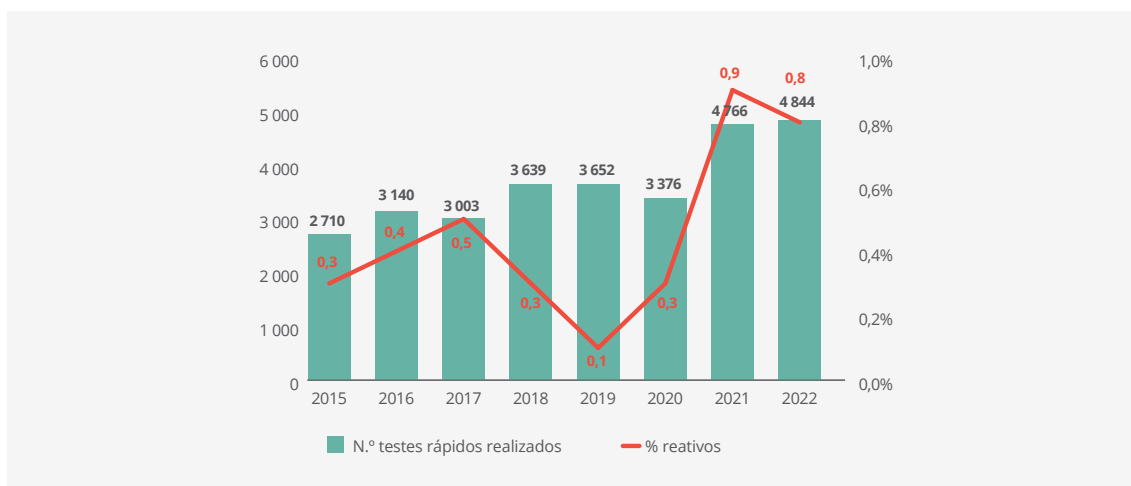


Figura 40. Número de testes VIH e proporção de resultados reativos nas DICAD, ARS, I.P. (DICAD da ARS do Norte e DICAD da ARS Algarve), (2015-2022).

2.2.5. Testes prescritos no SNS

O número de testes de VIH realizados com prescrição do Serviço Nacional de Saúde (SNS), concretamente prescrições efetuadas pelos CSP, foi de 373 031, 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 63%, entre 2020 e 2022 (**figura 41**).



Figura 41. Número de testes VIH realizados, com prescrição dos CSP (2010-2022).

2.2.6. 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 recusam realizar o 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 outubro¹³, de acordo com os dados disponibilizados pela ANF e pela AFP, até 31 de dezembro de 2022, foram dispensados 12 387 autotestes para o VIH, observando-se um aumento anual na procura deste tipo de testes (**figura 42**). 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%), seguido do Porto (21%), Setúbal (7%) Com menor percentagem de autotestes vendidos encontram-se os distritos da Guarda e Portalegre (0,3%) e Bragança (0,2%).

A informação relativa à caracterização sociodemográfica da população que acede ao autoteste não está disponível assim como o número de autotestes com resultado reativo, cuja referenciação está preconizada através do contacto com o serviço SNS 24.

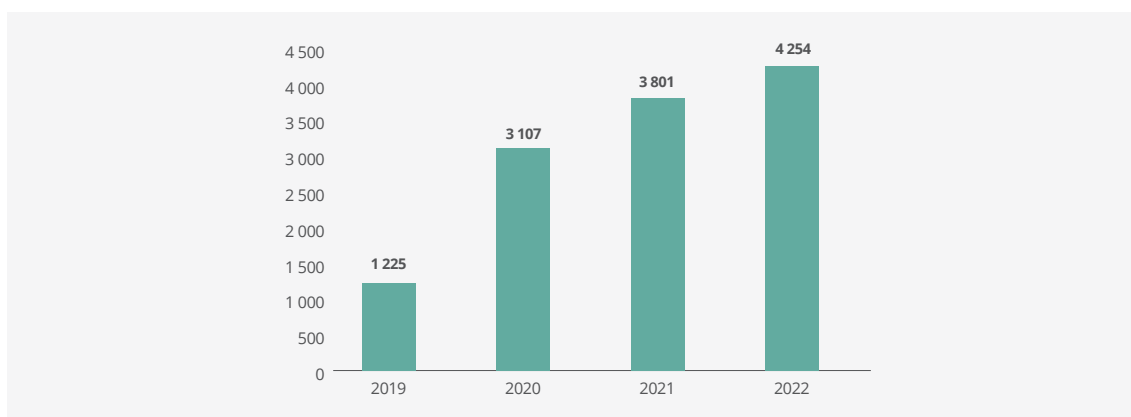


Figura 42. Número de autotestes VIH vendidos nas farmácias (2019-2022).

2.3. Apoio à Sociedade Civil

Em resposta ao compromisso de assegurar que pelo menos 30% dos serviços prestados no âmbito da infeção por VIH sejam liderados e prestados pela comunidade até 2030, plasmado na Declaração Política de 2021, *Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting to End AIDS by 2030*¹⁴, o PNISTVIH manteve o apoio técnico e financeiro às instituições coletivas privadas sem fins lucrativos, através do financiamento de 9 projetos de apoio social e extra-hospitalar 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.

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 983 770,49 € (novecentos e oitenta e três mil setecentos e setenta euros e quarenta e nove cêntimos) em projetos de rastreio integrado de VIH, VHB (vírus da hepatite B), VHC (vírus da hepatite C) e sífilis que abrangeram, através de 20 341 sessões de rastreio, 18 912 beneficiários, permitindo a realização de 20 021 (testes rápidos para VIH, 12 178 testes para VHB, 14 778 testes de VHC e 18 711 testes para rastreio de sífilis, identificando-se proporções de resultados reativos de 1,04%, 1,14%, 1,15% e 1,25%, respetivamente para o VIH, VHB, VHC e sífilis.

Dos casos reativos identificados para VIH, VHB, VHC e sífilis, foram referenciados para consulta hospitalar, respetivamente 80,9%, 88,5%, 77,7% e 38,0%, sendo que em 36,1%, 36,6%, 38,6% e 13,5% dos casos foi necessário acompanhar as pessoas às consultas. A percentagem de pessoas que fizeram o teste pela primeira vez foi de, respetivamente, 54,7% para VIH, 43,5% para VHB, 40,4% para VHC e 41,0% para sífilis.

Comparativamente ao ano de 2021, registou-se um aumento no número de sessões de rastreio e de testes de VIH, VHB, VHC e sífilis de, respetivamente, 34%, 43%, 40%, 51% e 40%.

Através destes projetos, foi ainda possível assegurar a referênciação de 617 pessoas para a consulta hospitalar de PrEP e de 106 pessoas para Profilaxia Pós-Exposição de VIH (PPE). Cerca de 32 344 pessoas beneficiaram de materiais informativos, e 31 286 pessoas receberam preservativos externos, num total de 915 949. Já os preservativos internos, num total de 23 350 beneficiaram 5 327 pessoas e o gel lubrificante, 247 234, beneficiaram 19 251 pessoas. O PTS foi disponibilizado também através de 5 projetos totalizando 35 049 seringas distribuídas e outros materiais para consumo de drogas por via injetável.

Os beneficiários destes projetos, num total de 18 912, 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, trabalhadores do sexo e seus clientes, UDI, população sem-abrigo, população trans e migrantes.

Por outro lado, o investimento de 1 124 840,06€ (um milhão cento e vinte e quatro mil oitocentos e quarenta euros e seis 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 por VHB e VHC, com níveis elevados de dependência física e psicológica, promovem o aumento ou a manutenção da qualidade de vida, a promoção da adesão às consultas e à terapêutica; a melhoria das condições sociais, a auto monitorização, 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. Estas respostas têm-se revelado fundamentais nos processos de ligação e retenção nos cuidados de saúde, assim como na manutenção da carga viral suprimida das PVVIH e na cura das pessoas infetadas por VHC.

Através desses projetos foram apoiadas um total de 2 795 PVVIH e familiares, distribuídas pelas três categorias de respostas do seguinte modo: 286 em Apoio Domiciliário, 17 em Apoio Residencial e 2 492 em Atendimento e Acompanhamento Psicossocial. Foram acompanhadas 88 grávidas que vivem com VIH, no âmbito da prevenção da transmissão vertical da infeção e 143 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 1 686 consultas de enfermagem, 2 683 consultas médicas, 5 407 consultas de apoio psicológico, 282 consultas de apoio jurídico e 48 831 apoios alimentares. Foram distribuídos 243 120 preservativos externos e internos e 72 357 embalagens de gel lubrificante. Foram referenciadas 49 pessoas para consulta de PrEP e 516 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 98% e 99%, respetivamente.

2.4. Literacia e ações públicas

2.4.1. Semana Europeia do Teste

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

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

2.4.2. Dia Mundial do Preservativo

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

Em 2022, a DGS assinalou o Dia Internacional do Preservativo com uma campanha de incentivo ao uso consistente do preservativo, através da divulgação em redes sociais, sites e distribuição gratuita de preservativos à população (figura 43).

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



Figura 43. Imagem da campanha de promoção do uso de preservativo (Dia internacional do preservativo).

2.4.3. Dia Mundial da SIDA

No dia 1 de dezembro assinalou-se o Dia Mundial da Sida, sob o tema Equidade Já. O mote foi um convite para que todos coloquem em prática as ações efetivas necessárias para combater as desigualdades e, assim, contribuir para acabar com a SIDA enquanto ameaça de saúde pública. Procurou-se igualmente alertar para os desafios crescentes que se afiguram globalmente. O PNISTVIH reitera a importância de garantir o cumprimento dos direitos e a eliminação das desigualdades de acesso a cuidados de saúde de qualidade. Apenas desse modo se asseguram os melhores resultados em saúde e o bem-estar das pessoas infetadas ou afetadas pelo VIH.

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 reforçar todos os esforços para a eliminação das desigualdades, com vista ao cumprimento das metas estabelecidas pela ONUSIDA.

2.5. Estigma e Discriminação - Índice de Estigma de Pessoas que vivem com o VIH – *People Living with HIV Stigma Index*

O Despacho n.º 7303/2021 de 22 de julho definiu como uma das atribuições do PNISTVIH¹⁵, defender os direitos das PWVIH 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 IST e às pessoas que vivem com ou em risco acrescido de contraírem o VIH, alinhada com o objetivo da ONU-SIDA 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.

Com este objetivo em mente, o Programa promoveu a realização da segunda edição do Índice de Estigma de Pessoas que vivem com o VIH – *People Living with HIV Stigma Index*, através de um contrato de prestação de serviços com a Associação Ser+, no valor de 76 890,00 € (setenta e seis mil oitocentos e noventa euros), adjudicado em janeiro de 2020, na sequência de um procedimento de contratualização por consulta prévia.

Devido à pandemia de COVID-19, a recolha de dados apenas teve início em outubro de 2021 e decorreu até março 2022, em hospitais com consulta de especialidade para o VIH, e organizações não-governamentais que apoiam PWVIH, nas A. M. de Lisboa e do Porto, região de Coimbra e Algarve. O estudo envolveu 1 095 PWVIH, com diagnóstico de infeção de pelo menos 1 ano, maiores de 18 anos e residentes em Portugal.

Os resultados indicam que 38% dos participantes referem ter sido alvo de algum tipo de discriminação social, com maior expressividade em pessoas pertencentes a populações vulneráveis e nas mulheres. Contudo, parece ter havido melhoria, quando comparado com os dados de 2013, com um decréscimo de pessoas que referem alguma situação de discriminação nos últimos 12 meses (de 29% para 8,5%).

Cerca de 91% dos participantes identificaram pelo menos uma manifestação de estigma interno e 30% referem algum comportamento de auto-discriminação nos últimos 12 meses. Aqui também se verifica uma diminuição ao nível do estigma interno (de 68% para 40%) e da auto-discriminação (de 49% para 30%), comparativamente a 2013.

No contexto de prestação de cuidados de saúde, mais de metade dos participantes referem ter feito o teste ao VIH de forma voluntária, contudo, 30% consideram que o teste foi feito sem o seu conhecimento. Trinta e três por cento referiram ter adiado ou evitado receber tratamento, por receio de discriminação e 22% identificaram situações de discriminação nos últimos 12 meses por parte de profissionais de saúde (particularmente em serviços de saúde não relacionados com o VIH (16%). Comparativamente a 2013, verificou-se uma diminuição nas pessoas que experienciaram essas situações nos últimos 12 meses (de 11% para 7%). Em contrapartida, as questões relacionadas com a confidencialidade dos dados clínicos parecem ter piorado, aumentando de 5,3% para 9,5%.

Quinze por cento dos inquiridos referem já ter sofrido alguma situação de violação dos seus direitos, por viverem com VIH (3,5% nos últimos 12 meses), sendo mais frequente nos TS, PUD, HSH e nas mulheres, embora também se tenha verificado melhoria, comparativamente a 2013. Por outro lado, diminuiu também a percentagem de pessoas que, perante as situações de discriminação vivenciadas, tomaram alguma medida (de 32% para 19%).

O estudo também permitiu medir o estigma e a discriminação por motivos não relacionados com o VIH, com as pessoas Trans (88%), PUD (77%) e HSH (65%) as que mais referem ser alvo de discriminação, por pertencerem às respetivas populações vulneráveis.

Apesar de os resultados deste estudo parecerem indiciar uma evolução favorável ao nível do estigma e da discriminação sofridos pelas PVIH nos vários contextos da sua vida, verifica-se que esta continua a ser uma questão bastante relevante em Portugal, especialmente nos serviços de saúde, atingindo desproporcionalmente pessoas pertencentes a uma ou mais populações vulneráveis, bem como mulheres. De realçar que os dados agora recolhidos poderão estar enviesados pela pandemia COVID-19, que provocou uma diminuição das interações sociais nos 12 meses anteriores à aplicação do questionário, podendo ter originado um decréscimo artificial das situações de discriminação. Como aspetos que parecem ter piorado desde 2013, realça-se a confidencialidade dos registos médicos e a atuação perante situações de discriminação.

Os resultados obtidos sustentaram um conjunto de recomendações dirigidas ao Parlamento, ao Governo e às organizações não-governamentais que atuam na área da infeção por VIH, com vista a orientar a ação futura, a nível legislativo e de intervenções programáticas.

Como resultado imediato, o PNISTVIH assumiu o compromisso de investir em projetos e iniciativas específicas, liderados e desenvolvidos por organizações de base comunitária, de resposta ao estigma e à discriminação das pessoas que vivem com infeção VIH, bem como, a realização periódica do Stigma Index que atualize as tendências e permita a análise atempada desses fenómenos e a tomada de decisão.

2.6. Participação Internacional

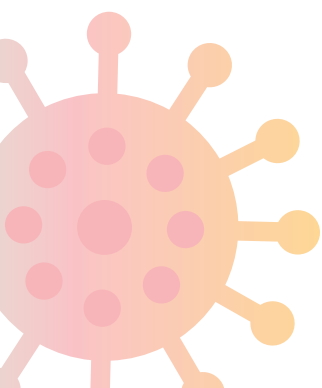
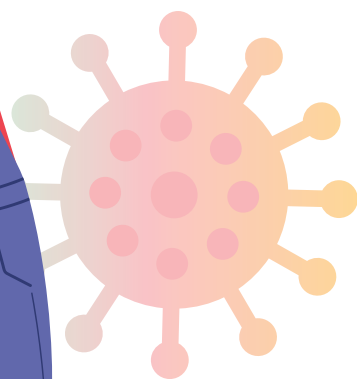
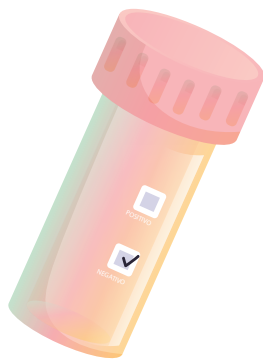
No contexto da resposta global à Infeção VIH e SIDA, o PNISTVIH assegurou a participação de Portugal em diferentes iniciativas:

- na contribuição voluntária do Governo Português para o orçamento da ONUSIDA para o ano de 2022;
- enquanto Estado Observador do *Programme Coordinating Board* – PCB, UNAIDS, nas reuniões:
 - » *50th UNAIDS PCB Meeting*, nos dias 21 a 24 de junho e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 13 e 15 de junho. Portugal assegurou a preparação do projeto de intervenção da *Constituency* BENELUX-PT referente ao item 6 da agenda – *Update on strategic human resources management issues*;
 - » *51st UNAIDS PCB Meeting*, nos dias 13 a 18 de dezembro. Portugal foi responsável pela preparação do projeto de intervenção da *Constituency* BENELUX-PT referente ao item 2 da Agenda – *Follow-up to the thematic segment from the 50th PCB meeting on Positive Learning: harnessing the power of education to end HIV-related stigma and discrimination and empower young people living with HIV?*
- no processo de *Dublin Declaration Monitoring*, em articulação com o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais (FNSC), através de reuniões de trabalho realizadas nos meses de março e abril de 2022.

3



NOTAS FINAIS



Pese embora o País tenha vindo a traçar um percurso de sucesso na abordagem à infeção por VIH, que nos deve orgulhar, com acentuada redução do número anual de novos diagnósticos, de casos de SIDA e de óbitos associados à infeção, desde 2000, Portugal mantém-se entre os países da União Europeia que apresentam as taxas mais elevadas de novos diagnósticos. Regista ainda elevadas proporções de diagnósticos tardios, um número discreto de pessoas abrangidas pela PrEP e a persistência de fenómenos de estigma e discriminação vivenciados pelas PVVIH, que justificam que esta área continue a ser uma prioridade nacional e se mantenha na agenda política.

Portugal atingiu, com dados referentes ao ano de 2018, os objetivos 90-90-90, traçados pela ONUSIDA e preconizados para 2020: 92,2% que viviam com VIH conheciam o seu estatuto serológico; destas, 90,3% encontravam-se em tratamento e destas, 93,0% apresentavam carga viral suprimida. Com os dados disponíveis de 2021, estima-se que 94,4% das PVVIH em Portugal estariam diagnosticadas, valor muito próximo da primeira meta 95-95-95.

Contudo, ainda são necessários mais esforços, essencialmente ao nível dos sistemas de informação, para permitir conhecer os valores atingidos para as restantes metas da cascata de tratamento. O compromisso com a contínua melhoria dos dados de vigilância epidemiológica, incluindo a identificação dos casos em que o diagnóstico ocorreu fora do país, o número de pessoas em tratamento e a proporção das que apresentam supressão viral deve manter-se como um desígnio para os próximos anos.

A melhoria do acesso à PrEP, nomeadamente através da redução do tempo de espera para a primeira consulta, constitui, igualmente, uma prioridade nacional, justificando a continuidade do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pela equipa do PNISTVIH, em articulação com o INFARMED, a ACSS e a SPMS, prevendo-se a sua conclusão a breve trecho, com vista a que esta ferramenta eficaz de prevenção passe a estar disponível noutros contextos, para além dos hospitais.

Os programas de distribuição de materiais preventivos, o Programa Troca de Seringas e o forte investimento na diversificação das estratégias e contextos de rastreio, atentos ao perfil epidemiológico atual da infeção e adequando-os às necessidades das populações, são certamente apostas que importa manter e reforçar.

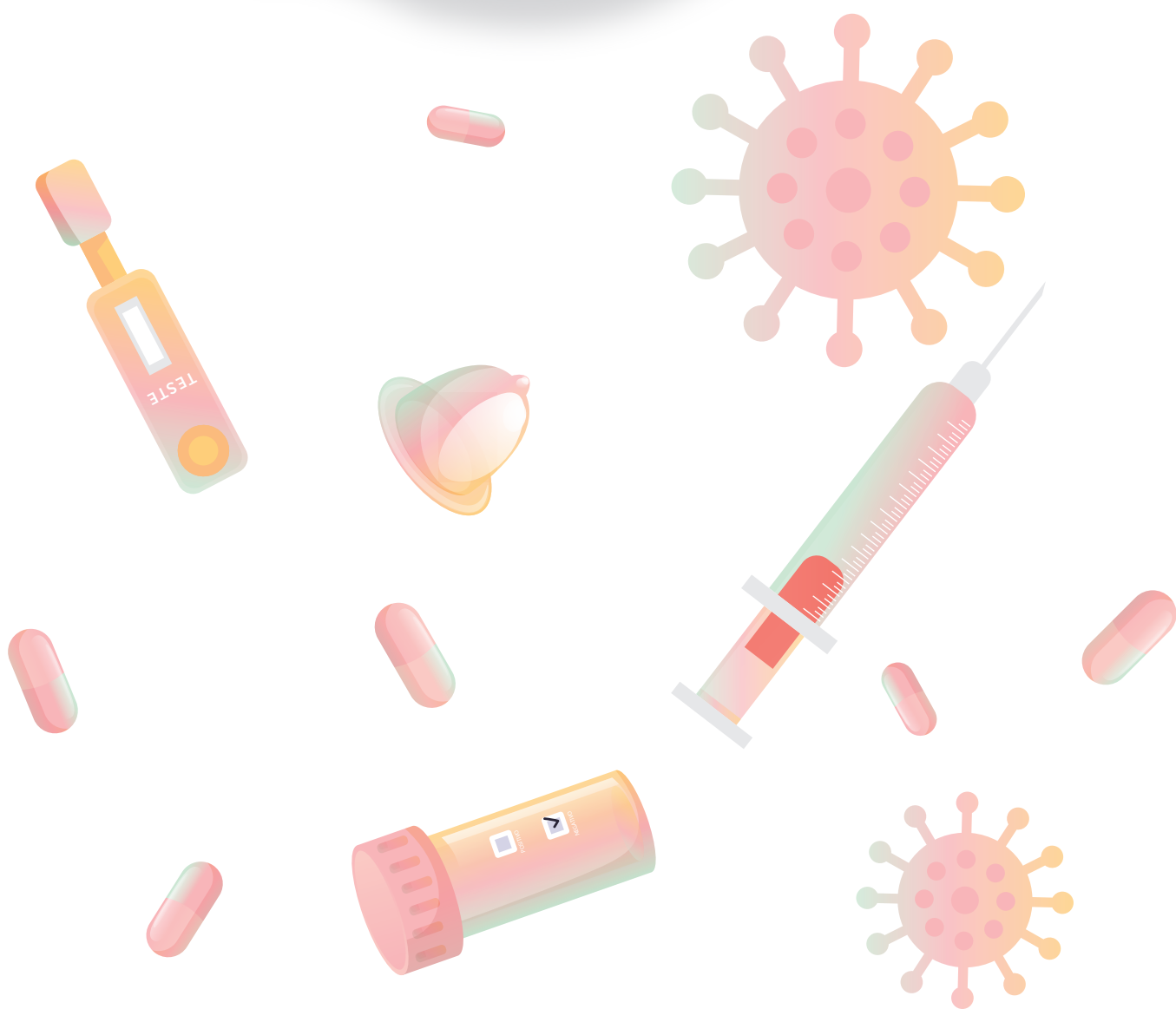
O estigma e a discriminação constituem ainda uma questão importante em Portugal, não obstante as melhorias verificadas nos últimos anos. Persistem no seio familiar, em contexto laboral e, também de forma expressiva, nos cuidados de saúde, especialmente naqueles não relacionados com o seguimento e tratamento das PVVIH. Conhecer as experiências nacionais atuais sobre o estigma e a discriminação, assim como os aspetos que perpetuam estes fenómenos, é fundamental para orientar as políticas e estratégias programáticas futuras, para que também se almeje alcançar o objetivo da ONUSIDA para 2025 de menos de 10% das PVVIH e populações chave vivenciem situações de estigma e discriminação.

Que os próximos anos sejam profícuos na construção de um Portugal com acesso pleno à prevenção, informação, rastreio e tratamento das infeções sexualmente transmissíveis, incluindo infeção por VIH, sem estigma e discriminação.

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 - 2020. Lisboa: DGS/INSA; 2020
4. Croxford S, Stengaard AR, Brännström J, et al. Late diagnosis of HIV: An updated consensus definition. *HIVMed.* 2022;107. 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, de 21 de janeiro, da Direção Geral da Saúde, que atualiza a lista de doenças de declaração obrigatória e as respetivas definições de caso. D.R., 2.ª série, N.º N.º 19, Parte C.
7. WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2022 – 2021 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
8. Tavoschi L, Gomes Dias J, Pharris A; EU/EEA HIV Surveillance Network. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004-15: an analysis of surveillance data. *Lancet HIV.* 2017 Nov;4(11).
9. 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>
10. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Infeção VIH e SIDA I Desafios e Estratégias 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018
11. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the EU/EEA and the UK: implementation, standards and monitoring. Operational guidance. Stockholm: ECDC; 2021
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Strategy 2021–2026. End Inequalities. End AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, March 2021
13. 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).
14. 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
15. Despacho n.º 7303/2021, publicado na 2.ª série PARTE C do Diário da República n.º 141, de 22 de julho, nomeia a diretora do programa prioritário para a área das Infeções Sexualmente Transmissíveis e da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.

ANEXOS



ANEXO I - Métodos

Capítulo I

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

As notificações são efetuadas eletronicamente através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) ou através do Sistema de Informação para a Infeção VIH/SIDA (SI.VIDA), e são anonimizadas. O registo dos casos na base de dados é efetuado após validação da informação veiculada, ao nível da completude, da coerência e na base de dados nacional do cumprimento dos critérios indicados nas definições de caso de infeção por VIH e de 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 censos.

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. Devido ao impacto da COVID-19 nos diagnósticos em 2020 e 2021 foram usados no cálculo de tendências os valores registados no último ano, em vez dos referentes ao ano antecedente como efetuado no passado.

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

Capítulo II

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

A generalização do rastreio de VIH, através da utilização do teste rápido em diferentes contextos formais e informais de saúde como sejam as unidades de saúde dos CSP, 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 e da Portaria n.º 258/2013 de 13 de agosto, os concursos para financiamento de projetos desenvolvidos por pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos, passaram a integrar a componente de promoção do teste rápido de VIH, VHB e VHC em contexto comunitário, procurando alcançar populações em situação de maior vulnerabilidade de contrair estas infeções e que, por norma não recorrem aos serviços de saúde. As prioridades de investimento têm em conta os dados epidemiológicos da infeção, procurando privilegiar os contextos geográficos com taxas elevadas de incidência de novos diagnósticos.

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

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

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

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

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

Critérios clínicos (SIDA)

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

Adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos

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

Crianças com idade inferior a 15 anos de idade

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

Critérios laboratoriais (VIH)

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

Pelo menos um dos três critérios:

- Resultado positivo de um teste para a pesquisa de anticorpos anti-VIH ou de uma pesquisa combinada (anticorpos anti -VIH e antigénio p24 do VIH) E confirmação por uma pesquisa de anticorpos mais específica (por exemplo, Western blot);
- Resultado positivo de duas pesquisas de anticorpos por imunoensaio enzimático (EIA) E confirmação por um resultado positivo de uma outra pesquisa EIA;
- Resultados positivos em duas amostras separadas de, pelo menos, uma das três pesquisas seguintes:
 - i) Detecção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);
 - ii) Demonstração da presença de VIH pelo teste do antigénio p24 VIH, confirmada por teste de neutralização;
 - iii) Isolamento do VIH.

Crianças com menos de 18 meses:

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

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

Critérios epidemiológicos: Não aplicável.

Definição de caso:

Caso possível: Não aplicável.

Caso provável; Não aplicável.

Caso confirmado:

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

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

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

1. Cancro do colo do útero, invasivo
2. Candidíase da traqueia, brônquios ou pulmões
3. Candidíase do esófago
4. Coccidiomicose, disseminada ou extrapulmonar
5. Criptococose extra-pulmonar
6. Criptosporidíase intestinal crónica (com diarreia de duração superior a 1 mês)
7. Doença por citomegalovírus de qualquer órgão que não o fígado, baço ou ganglionar, em indivíduo com idade > 1 mês.
8. Encefalopatia por VIH
9. Herpes simplex: úlcera mucocutânea crónica (duração > 1 mês), bronquite, pneumonite ou esofagite, em indivíduo com idade superior a 1 mês.
10. Histoplasmoze disseminada ou extra-pulmonar
11. Infecções 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

20
23



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

