

Impacto de Políticas de Saúde na Infecção VIH/SIDA em Portugal

Luís Artur Silva Sena

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Dr. António Gonçalves Candeias da Guerra Maio

Janeiro de 2025

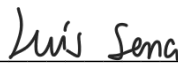
Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Luís Artur Silva Sena, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 44089 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 /01/2025



Luís Sena
(44089)

Folha em branco

Agradecimentos

Começo este trabalho por agradecer ao meu orientador, Dr. António Maio, pela atenção, dedicação e sentido de missão com que encarou este compromisso. Sem ele, muitas pedras preciosas estariam por virar no caminho que percorri neste trabalho na infindável informação, pela qual me consegui orientar da melhor forma.

Sendo também um dos culminares deste percurso no Mestrado Integrado em Medicina, quero agradecer aos meus pais e irmã por me proporcionarem todas as condições para que me tornasse no melhor Médico possível e ajudarem-me nas tarefas do dia-a-dia para me concentrar quase única e exclusivamente nos meus objetivos.

Agradeço também muito especialmente à Catarina por toda a paciência e amor ao longo do nosso percurso comum. Desde o seu início que nos motivamos mutuamente e tornamo-nos melhores pessoas juntos, sem nunca nos deixarmos desanimar.

Foram anos em que conheci muitas outras pessoas, mas agradeço também especialmente à Rita, ao Bruno e à Guida por todos os momentos especiais que partilhámos e que tornaram estes 6 anos os mais felizes.

Aos amigos de mais longa data, André, Ângelo, Artur, Diogo, Simões e Manel agradeço por serem quem me põe os pés assentes no chão nesta viagem que, por vezes, nos deixa desorientados.

À minha restante família, que foram sempre apoiantes incondicionais, cá estarei para vos cuidar tal como cuidaram de mim.

Folha em branco

Resumo

Introdução: Após 40 anos do início da pandemia do VIH/SIDA em Portugal e com a evolução do perfil da pessoa que vive com VIH, faz-se uma revisão sobre as principais medidas adotadas pelas autoridades portuguesas e o seu impacto na infeção.

Objetivos: Listar as políticas de saúde para o VIH/SIDA implementadas em Portugal, averiguar a sua eficácia e propor novas medidas a adotar.

Métodos: Para a listagem das medidas implementadas em Portugal, recorreu-se aos relatórios de vigilância epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Já para a verificação da sua eficácia e proposta de novas medidas a adotar, fez-se uma pesquisa na base de dados *PubMed*.

Desenvolvimento do tema: Várias medidas foram elaboradas e implementadas, focando nas várias componentes associadas com a infeção VIH desde a prevenção, com medidas como a educação para a saúde, transmissão sexual, no âmbito do consumo de drogas injetáveis, na testagem e rastreio, bem como na profilaxia pré e pós-exposição. Analisou-se ainda a evolução da orgânica política para o VIH e também medidas para a proteção das pessoas que vivem com VIH. Todas as medidas mostraram ser suportadas por evidência científica robusta. Outras medidas foram implementadas noutros países com algum sucesso, como o recurso a meios tecnológicos para a modulação de comportamentos de risco ou a aplicação de questionários específicos para avaliação adequada dos fatores de risco na população.

Conclusão: A ação política das autoridades de saúde contra o VIH é distinta e comprovada pela evidência. No entanto, mantém-se oportunidade de ação no diagnóstico precoce e potenciação da profilaxia pré-exposição e educação para a saúde nas populações em risco acrescido (pessoas heterossexuais com mais de 50 anos, homens que têm sexo com homens e migrantes). Requerem-se ainda estudos na população portuguesa, com vista a avaliar de forma mais assertiva o impacto das medidas atuais e futuras, ajustadas aos grupos populacionais específicos.

Palavras-chave

VIH; SIDA; políticas de saúde; impacto; Portugal

Folha em branco

Abstract

Introduction: Forty years after the onset of the HIV/AIDS pandemic in Portugal and with the evolution of the profile of individuals living with HIV, a review is conducted on the main measures adopted by Portuguese authorities and their impact on the infection.

Objectives: To list the health policies for HIV/AIDS implemented in Portugal, assess their effectiveness, and propose new measures to be adopted.

Methods: To compile the list of measures implemented in Portugal, reports from the epidemiological surveillance of the Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge were consulted. To assess their effectiveness and propose new measures to be adopted, a search was conducted in the PubMed database.

Development of the topic: Various measures have been developed and implemented, addressing the different components associated with HIV infection. These include prevention strategies such as health education, sexual transmission prevention, interventions targeting injectable drug use, testing and screening programs and pre- and post-exposure prophylaxis. Additionally, the evolution of political frameworks to address HIV and measures to protect individuals living with HIV were analyzed. All measures were found to be supported by robust scientific evidence. Other strategies, implemented successfully in other countries, were also explored, such as the use of technological tools to modulate risk behaviors and the application of specific questionnaires to adequately assess risk factors in the population.

Conclusion: The Portuguese health authorities' political actions against HIV are distinctive and supported by evidence. However, opportunities remain to improve early diagnosis, enhancement of pre-exposure prophylaxis, and health education among high-risk populations (heterosexual individuals over 50 years of age, men who have sex with men and migrants). Further studies on the Portuguese population are needed to more accurately evaluate the impact of current and future measures, aimed to specific population groups.

Keywords

HIV; AIDS; health policies; impact; Portugal

Folha em branco

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução | 1 |
| Métodos e Materiais | 3 |
| 1. Orgânica política para o VIH..... | 5 |
| 1.1. Orgânica geral | 5 |
| 1.2. Colaboração internacional..... | 9 |
| 1.3. Organizações da sociedade civil | 10 |
| 1.4. Outras organizações | 10 |
| 1.5. Conclusão..... | 11 |
| 2. Medidas preventivas para o VIH..... | 13 |
| 2.1. Transmissão sanguínea | 13 |
| 2.2. Drogas injetáveis | 15 |
| 2.3. Transmissão sexual | 17 |
| 2.4. Testagem e rastreio | 18 |
| 2.5. Educação para a saúde | 20 |
| 2.6. Profilaxia pré-exposição (PrEP)..... | 23 |
| 2.7. Transmissão vertical | 24 |
| 2.8. Profilaxia pós-exposição (PPE)..... | 26 |
| 2.9. Vigilância epidemiológica | 26 |
| 2.10. Conclusão | 28 |
| 3. Evolução da terapêutica para a infeção por VIH | 31 |
| 4. Medidas de proteção das PVVIH..... | 33 |
| 4.1. Apoios financeiros | 33 |
| 4.2. Cuidados de saúde..... | 34 |
| 4.3. Discriminação e estigma | 38 |
| 4.4. Conclusão | 41 |
| Discussão | 43 |
| Referências | 47 |

Folha em branco

Lista de Acrónimos

| | |
|----------|--|
| ACES | Agrupamentos de Centros de Saúde |
| ARS | Administrações Regionais de Saúde |
| CAD | Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH |
| CNLCS | Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA |
| CNSida | Conselho Nacional para a Infeção VIH/SIDA |
| DGS | Direção-Geral da Saúde |
| ECDC | <i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HAART | <i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i> |
| HSH | Homens que têm sexo com homens |
| INSA | Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge |
| IST | Infeções Sexualmente Transmissíveis |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organizações Não-Governamentais |
| PNISTVIH | Programa das Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana |
| PPE | Profilaxia Pós-Exposição |
| PrEP | Profilaxia Pré-Exposição |
| PTS | Programa Troca de Seringas |
| PVVIH | Pessoas que vivem com VIH |
| VIH | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| SICO | Sistema de Informação dos Certificados de Óbito |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SINAVE | Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| TARV | Terapêutica Antirretroviral |
| UDI | Utilizadores de Drogas Injetáveis |
| UE | União Europeia |
| VHB | Vírus da Hepatite B |
| VHC | Vírus da Hepatite C |

Folha em branco

Introdução

Em 2023 fez 40 anos desde o primeiro caso de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) notificado em Portugal. Desde o seu início, a pandemia tem sofrido transformações profundas, tanto em Portugal como no resto do mundo. Inicialmente, a infeção cresceu de forma exponencial, até alcançar o seu pico em 1999. Ao longo dos anos, avanços médicos, campanhas de sensibilização e políticas públicas de saúde permitiram reduzir o número de novos diagnósticos, melhorar a qualidade de vida das pessoas infetadas e diminuir significativamente a mortalidade associada. No entanto, o VIH e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) continuam a ser uma realidade preocupante, ainda que o perfil da epidemia tenha mudado substancialmente, tanto em termos demográficos quanto geográficos (1).

Em Portugal, em 2023, registaram-se 876 novos casos de infeção, o que corresponde a uma taxa de incidência de 8,2 casos por 100 000 habitantes. Este número representa uma redução substancial em comparação com décadas anteriores, mas evidencia que a infeção por VIH persiste, correspondendo aproximadamente ao dobro da taxa calculada pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) para o conjunto dos países que integram a União Europeia (UE) nos anos mais recentes. Essa persistência parece dever-se a grupos específicos da população, nomeadamente os homens (proporção 2,6 casos por caso do sexo feminino) e os mais jovens, com maior incidência naqueles entre os 25-29 anos (31,2 novos casos por 100 000 habitantes). A análise geográfica revela também disparidades importantes, sendo a Área Metropolitana de Lisboa a região com o maior número de novos casos (48,6% do total) e com a taxa de incidência mais alta. A Região Norte ocupa o segundo lugar em ambos os indicadores, seguida da Região Centro (1).

Os dados de 2023 revelam mudanças significativas no padrão de transmissão face a décadas passadas. A transmissão sexual continua a ser a principal via de infeção, correspondendo a 90,7% dos casos notificados, com o contacto heterossexual a ocupar o lugar de via de transmissão mais comum (49,0%). No entanto, observa-se uma prevalência crescente de casos entre homens que têm sexo com homens (HSH), a ocupar o 2º lugar nas vias de transmissão de todos os novos diagnósticos (41,7%) e o 1º lugar na faixa etária mais jovem em homens (80,0% dos novos casos em homens abaixo dos 30 anos), enquanto entre os indivíduos com mais de 50 anos, a transmissão heterossexual é a mais comum (88,3% dos novos casos em pessoas com 50 anos ou mais) (1).

Apesar dos progressos notáveis no diagnóstico precoce e no tratamento, a apresentação da doença tardiamente continua a ser um desafio. Em 2023, 52,7% dos novos casos apresentavam uma contagem de células T CD4+ inferior a 350, o que se traduz num diagnóstico tardio, com 30,9% apresentando contagens abaixo de 200, sugerindo doença avançada (1).

Estes números diferem muito se compararmos com os casos acumulados desde 1983, que já somam 68 627 infeções VIH até 30 de junho de 2024. Em 1999 (na altura do pico de infeções), registaram-se 3 376 novos diagnósticos de infeção VIH, um valor quase 4 vezes superior aos números mais recentes. No que toca aos modos de transmissão verificava-se que os utilizadores de drogas injetáveis (UDI) correspondiam ao principal grupo de transmissão, ao contrário da realidade atual, em que apenas perfazem 2,6% dos novos casos e os HSH escalaram neste *ranking* desde o pico (1).

Outro aspeto com um grande contraste face ao ano de 1999 é o número de novos diagnósticos no estadio SIDA. Neste ano, foram diagnosticadas 1 288 pessoas, o maior número registado desde o início da pandemia, enquanto no ano 2023 apenas se registaram 167 novos diagnósticos em Portugal (1).

Assim, o que levou a esta mudança do perfil das pessoas que vivem com VIH (PVVIH) e dos padrões epidemiológicos da infeção e estadio SIDA? O presente trabalho visa traçar um retrato abrangente da evolução do VIH/SIDA em Portugal nos últimos 40 anos, com ênfase nas políticas de saúde que levaram à alteração das tendências demográficas, geográficas e de transmissão da infeção. O estudo também analisa os avanços e desafios no combate à pandemia que ainda enfrentamos hoje, comparando a efetividade de políticas praticadas noutros países com as praticadas em Portugal. Analisam-se estes aspetos, tendo em vista o alcance dos objetivos globais de eliminação do VIH, como ameaça à saúde pública através do atingimento de 95% das PVVIH diagnosticadas, 95% destas a receberem tratamento e 95% das mesmas com supressão vírica até 2030 (1).

Métodos e Materiais

Para o presente trabalho, foram tidos como base os Relatórios de Vigilância Epidemiológica da Infecção VIH e SIDA da Direção-Geral da Saúde (DGS) e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), encontrados no seu Repositório Científico. Estes serviram para a pesquisa da evolução dos dados epidemiológicos e das principais políticas de saúde implementadas nos últimos 40 anos nesta matéria. Dos mesmos documentos, foram retiradas referências que dizem respeito a *guidelines* internacionais implementadas em Portugal e matéria legal que ditou as políticas nacionais criadas no âmbito da infecção VIH/SIDA, obtidas no Portal do Diário da República e no motor de busca de Normas e Circulares Normativas da DGS.

De seguida, foi utilizada a plataforma *PubMed* para a pesquisa de estudos sobre o impacto de políticas de saúde para a infecção VIH/SIDA, tanto no contexto português como no internacional. Para tal, foram utilizados termos MeSH perfazendo a seguinte linha de busca: ("HIV"[Title/Abstract] OR "AIDS"[Title/Abstract] OR "HIV/AIDS"[Title/Abstract]) AND ("health policy"[MeSH Terms] OR "public policy"[MeSH Terms] OR "health policy"[Title/Abstract] OR "public policy"[Title/Abstract] OR "intervention"[Title/Abstract]) AND ("Portugal"[Title/Abstract] OR "Europe"[Title/Abstract] OR "European Union"[Title/Abstract]) AND ("effectiveness"[Title/Abstract] OR "evaluation"[Title/Abstract] OR "impact"[Title/Abstract]) AND (("english"[Language]) OR ("portuguese"[Language]) OR ("spanish"[Language])).

Dos 123 resultados obtidos, de acordo com os resumos, foram selecionados ensaios clínicos, estudos observacionais e comparativos, revisões sistemáticas ou meta-análises, que avaliassem a eficácia de políticas de saúde para a incidência ou prevalência do VIH/SIDA. Dos estudos obtidos incluíram-se aqueles que decorressem em países que integrassem a UE à data do estudo, no Reino Unido ou América do Norte. Assim, foram excluídos 22 artigos por não se enquadrarem de todo na temática; outros 30 artigos por não analisarem os países referidos anteriormente incluídos na revisão; mais 7 artigos por terem um desenho de estudo diferente dos incluídos; e outros 24 artigos por, apesar de cumprirem os restantes critérios, não avaliarem diretamente o impacto de políticas e procedimentos para a prevalência e incidência do VIH. Foram ainda excluídos 5 artigos por impossibilidade de acesso ao texto integral e 1 por ser um resultado repetido. No total, desta pesquisa, foram incluídas 34 referências.

Folha em branco

1. Orgânica política para o VIH

Em Portugal, os primeiros anos da epidemia ficaram marcados pela necessidade de criação de respostas institucionais no sentido de uma maior vigilância da infeção. O crescimento acentuado nos anos iniciais (dos primeiros casos até aos 30 diagnósticos por ano no triénio de 1983-1985 (2)), obrigou à criação do sistema de vigilância para a infeção VIH, que ficou sobre a responsabilidade do INSA em 1985. Inicialmente era registado o estadió da infeção, bem como, os óbitos (3). Isto contribuiu rapidamente para uma perceção do impacto da infeção a nível nacional e da elevada letalidade que já a caracterizava (4).

1.1. Orgânica geral

Com este mote, foi criado o Grupo de Trabalho da SIDA pelo Ministério da Saúde em junho de 1985, integrado no Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis e com representantes de áreas estratégicas como a Direção-Geral dos Cuidados Primários de Saúde, a Direção-Geral dos Hospitais, o Instituto Nacional de Sangue e o Centro de Histocompatibilidade do Sul. Este era, então, liderado pelo INSA que, em 1987, tornou-se também o laboratório central de referência no âmbito da SIDA (5). À sua fundação, o Grupo de Trabalho da SIDA criou o Programa de Vigilância Epidemiológica da SIDA, com a função de coordenar a gestão epidemiológica dos casos de SIDA, mas não ainda da infeção aguda nem da infeção assintomática. Tratavam-se desde o início de notificações confidenciais, contendo apenas a distribuição geográfica e informação relativa a grupos em risco especial. Esta informação era, então, reportada internacionalmente para a Organização Mundial da Saúde (OMS) por intermédio do seu Programa de Vigilância da SIDA. Desde o início, o Grupo de Trabalho para a SIDA também emitiu recomendações para a prevenção e promoveu a sua disseminação na comunidade e profissionais de saúde (6).

Em abril de 1990, este organismo foi substituído pela Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS), igualmente coordenada pelo INSA e constituído por elementos da Direção-Geral de Cuidados de Saúde Primários, da Direção-Geral dos Hospitais (organismos substituídos pela DGS em 1994 (7,8)), do Instituto Nacional de Sangue e do Centro Luso Transplante. As suas funções centravam-se nas áreas de prevenção, educação, atividade assistencial e de investigação, bem como aconselhamento e acompanhamento (9). Desde 1991, tornou-se obrigatória a notificação de todas as infeções por VIH à CNLCS (8).

Já em 1998, com a existência de algumas estruturas locais de intervenção no VIH/SIDA, foram criadas as Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA, que seguiam a nível local o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA nas vertentes de saúde, segurança social, educação e juventude, tendo em conta as suas particularidades regionais (8,10). Ambicionou-se, assim, a descentralização das missões e meios do Estado para o VIH, começando um Programa de Mobilização Nacional, além do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA vigente na altura (11).

Em 2000, a CNLCS sofreu uma profunda reestruturação. Primeiro, passaram a coordenar a ação das organizações não-governamentais (ONG) e organismos governamentais que atuassem na área do VIH/SIDA, deixando de ser apenas um órgão consultivo para também poderem definir as normas de atuação nesta temática. Reforçou-se, assim, o seu papel, atuando na monitorização das políticas de prevenção e terapêutica e na sua implementação de forma mais independente, baseada em investigação dinamizada pela própria (8,12).

Em 2003, deu-se uma nova alteração da orgânica da CNLCS levando ao reforço de parcerias com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), serviços prisionais e o Instituto da Droga e da Toxicodependência, para ações de prevenção e sensibilização. Ambicionou-se também uma maior ação integrada com programas de combate à tuberculose e hepatite e incentivou-se à investigação clínica e básica em colaboração com a Fundação para a Ciência e Tecnologia. Promoveu-se também um maior compromisso com a avaliação contínua das políticas implementadas para o Programa Nacional contra a SIDA (8,13).

Estas mudanças duraram até 2005, quando foi extinta a CNLCS e atribuídas as suas funções na prevenção, tratamento, investigação e vigilância epidemiológica ao cargo de Alto-Comissário da Saúde, no âmbito do cumprimento do Plano Nacional de Saúde em vigor até 2010. Assim, este cargo passou a presidir as ações dos programas que integram o Plano Nacional de Saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA, sempre em sintonia com o respetivo coordenador. Pretendeu-se com isto um eficaz e sinérgico cumprimento deste Plano, com uma direção e objetivos únicos e comuns (8,14).

Em 2007, foi criado o Conselho Nacional para a Infecção VIH/SIDA (CNSida), presidido pelo Ministro da Saúde e tendo como vice-presidente o Alto-Comissário da Saúde. Este organismo, que iniciou funções em 2009, passou a ter as competências de

apreciação e aprovação do Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA e garantir a articulação interministerial para a sua execução (8,15,16).

Já em 2009, a orgânica dos serviços de saúde pública a nível regional e nacional sofreu profundas alterações. Pretendeu-se dar mais autonomia aos serviços de saúde pública sediados nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) recém-criados e ARS para desenvolverem estratégias, nomeadamente de combate ao VIH/SIDA, adaptadas às realidades locais. Adicionalmente, reforçou-se a vigilância epidemiológica mais próxima das sociedades na forma dos ACES (8,17).

Na mesma altura, foi emitido um Decreto-Lei que definiu o regime jurídico das entidades que exercem poder de autoridade de saúde, que consistem na DGS, as ARS, os ACES e os municípios. Assim, foi-lhes incumbida coletivamente a competência de implementação de medidas de prevenção e controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a monitorização e avaliação de casos de doenças infetocontagiosas (entre as quais o VIH/SIDA) e a coordenação interinstitucional a nível hospitalar, nos cuidados de saúde primários e nas instituições comunitárias. Todos estes procedimentos regem-se por uma hierarquia, na qual a DGS se encontra no topo, através da supervisão geral a nível nacional (8,18).

Ainda em abril de 2009, foi aprovado o novo regulamento interno do INSA. No contexto do VIH/SIDA e outras doenças infetocontagiosas, este regulamento concedeu-lhe a responsabilidade no que diz respeito à vigilância epidemiológica e respetivo reporte à sociedade (na forma dos relatórios de vigilância epidemiológica citados), na investigação, no apoio laboratorial (ao ser a unidade de referência de microbiologia) e colaboração com outras entidades nacionais e internacionais a nível científico e de implementação de programas de controlo de infeções (8,19).

Simultaneamente, definiu-se ainda o papel das Unidades de Cuidados na Comunidade, inseridas nos ACES. Foi-lhes incumbida a responsabilidade de prestação de cuidados integrados clínicos, psicológicos e sociais a nível domiciliário a grupos específicos como idosos e pessoas com doenças crónicas (como as PVVIH) e o desenvolvimento de campanhas e atividades de prevenção e promoção da saúde localmente (8,20).

Com o culminar de todas estas alterações orgânicas, foi constituído, em agosto de 2009, o sistema de vigilância em saúde pública que integra os organismos anteriormente citados e outros. Neste contexto, foi criado o Sistema Nacional de Informação de

Vigilância Epidemiológica (SINAVE), a base da intervenção em saúde pública e sinalização de casos de risco ou casos confirmados de doenças infetocontagiosas. Este sistema recolhe, analisa e dissemina dados essenciais sobre riscos de saúde pública, envolvendo entidades públicas, privadas e sociais. Sob a coordenação da DGS, o SINAVE assegura que informações críticas, como os casos de infeção e dados epidemiológicos do VIH/SIDA, sejam rapidamente comunicados e que sejam implementadas medidas preventivas e de controlo epidemiológico. A criação de uma rede interligada permite uma resposta ágil a surtos e crises, enquanto as normas de notificação obrigatória e confidencialidade protegem a privacidade dos indivíduos, promovendo um ambiente de saúde pública que equilibra vigilância eficaz com o respeito dos direitos dos doentes (8,21). Em 2014, tornou-se obrigatória a utilização do SINAVE para notificação de doenças transmissíveis (22,23).

Em 2021, a ação para o VIH foi orientada através do Programa das Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (PNISTVIH), estabelecido como prioridade para o Programa de Governo, juntando os dois âmbitos num único (24,25).

Outros aspetos relevantes neste âmbito incluem a definição, em 2004, da toxicod dependência e o VIH/SIDA como prioridades para a política do país, situação que permitiu o alocar de recursos a estas áreas específicas. À altura, iam sendo implementadas diversas ações na área da toxicod dependência como meio de prevenção da transmissão do VIH/SIDA. Assim, mobilizou-se o Instituto da Droga e Toxicod dependência para o desenvolvimento de políticas em matéria de prevenção, tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção social. Para a prevenção, almejou-se a envolvência das escolas e autarquias; para o tratamento, procedeu-se à manutenção dos Centros de Atendimento a Toxicod dependentes; e, para a reinserção, houve intervenção nas prisões e adotaram-se políticas relacionadas com o emprego. Já no que toca à intervenção no VIH/SIDA, priorizaram-se questões relacionadas com a vigilância epidemiológica, educação para a saúde, prevenção (nomeadamente da transmissão vertical), acesso aos cuidados de saúde e ajuda social às pessoas infetadas (8,26).

1.2. Colaboração internacional

No que diz respeito à colaboração internacional, em 2003, foi celebrado um Acordo de Cooperação entre os Estados Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa no âmbito do VIH/SIDA. Comprometeram-se os Estados-Membros para a troca de informação científica, técnica e epidemiológica, assistência técnica com o intercâmbio de especialistas, partilha de recursos e realização de programas de formação para profissionais de saúde. No acordo, focaram-se ainda as questões de género e a proteção da mulher e das crianças para a prevenção da transmissão vertical do VIH. De uma forma mais geral, acordou-se a harmonização de políticas e ações de prevenção e terapêutica, com o objetivo de garantir respostas mais eficientes e promover ações integradas (8,27).

Já em 2007, foi aprovado o segundo Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013) pela Comissão Europeia e Parlamento Europeu. Este programa desenvolveu estratégias de proteção e prevenção, incluindo redes de laboratórios de diagnóstico e reforçou a capacidade de resposta a emergências de saúde pública, através do investimento em sistemas de monitorização de saúde e na recolha e análise de dados. Também promoveu a segurança e qualidade de substâncias de origem humana, como sangue e tecidos, reduzindo o risco de transmissão do VIH por estas vias. Além disso, o programa incentivou a redução das desigualdades no acesso a cuidados de saúde, facilitando a obtenção de tratamento para o VIH por populações vulneráveis. Houve também um foco no apelo a estilos de vida saudáveis, com ênfase na saúde sexual e prevenção de dependências, determinantes na transmissão do VIH (8,28).

Já em 2017, os concelhos de Cascais, Lisboa e Porto juntaram-se às “Cidades na via rápida para acabar o VIH”, comprometendo-se com as metas 90-90-90 da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), subscritas na Declaração de Dublin para controlar a epidemia de VIH até 2030. As metas baseavam-se em diagnosticar 90% das PVVIH, ter 90% destas em tratamento e 90% delas a atingir supressão vírica. Para tal procurou-se desenvolver estratégias locais de prevenção, diagnóstico e tratamento do VIH. Mais tarde, em 2018, aderiram também os concelhos de Almada, Amadora, Loures, Oeiras, Odivelas, Portimão e Sintra, em 2021, a Região Autónoma da Madeira e, em 2023, Vila Nova de Gaia (25,29). Com o atingimento estimado da meta dos 90-90-90 no fim de 2017 a nível nacional, o compromisso da Declaração de Dublin foi atualizado para 95-95-95, com horizonte temporal até 2030, por desígnio da OMS e, a nível nacional, com o compromisso de todos os agentes da saúde, via PNISTVIH (29,30).

1.3. Organizações da sociedade civil

No sentido de apoiar as organizações de base comunitária com ação contra o VIH/SIDA de forma mais adequada, em 2007, foi aprovado o Regulamento para o Financiamento de Projetos e Ações no Âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA, revertendo para programas a nível preventivo, educacional, terapêutico, entre outros (8,31).

Também em 2007, foi definido o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, em que se enquadram as residências para PVVIH, centros de alojamento temporário e apartamentos de reinserção social, mantendo padrões e garantindo condições dignas às pessoas por elas abrangidas (8,32).

Já em 2009, foi criado o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, que juntou diversas ONG e Organizações de Base Comunitária, com vista a aumentar a sinergia entre as várias entidades e monitorizar e avaliar de forma conjunta as políticas na área da infeção VIH/SIDA. Este fórum adquiriu também a responsabilidade de nomear membros da sociedade civil para incorporar o CNSida e funciona como um organismo consultivo para o Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA (8,33). Em 2017 o seu âmbito foi alargado, incluindo organizações focadas na Tuberculose e nas Hepatites virais (34).

A partir de 2013, as organizações de base comunitária passaram a desenvolver atividade intensa na área do rastreio da infeção, aproveitando legislação nova que lhes permitia obter financiamento para projetos com enfoque na testagem rápida da infeção por VIH, bem como no vírus da hepatite B (VHB) e vírus da hepatite C (VHC) (23,35).

1.4. Outras organizações

No que diz respeito a organizações paralelas à orgânica geral da saúde em Portugal e específica do VIH/SIDA, em 1993, foram definidas as competências da Comissão Nacional de Hemofilia, criada em 1988. Esta toma importância no âmbito do VIH/SIDA por ser uma população vulnerável nesta altura pelo contágio através de produtos derivados do sangue. Assim, pretendeu-se com este organismo garantir condições de conforto e tranquilidade aos doentes hemofílicos durante os cuidados prestados, bem como outras iniciativas de âmbito social e da saúde (8,36,37).

Já em 2010, foi instituída a Comissão Nacional para os Direitos Humanos, com a missão de coordenar e monitorizar as políticas nacionais e internacionais nesta área, incluindo a sensibilização da comunidade, a colaboração de organizações da sociedade civil e as políticas estruturais do país (8,38). Esta temática toma particular importância na infeção por VIH devido à vulnerabilidade e discriminação sofridas por populações com taxas de infeção superior, como são os HSH e migrantes (1).

1.5. Conclusão

A orgânica política para o VIH e para a saúde pública como um todo em Portugal foi sofrendo uma evolução em resposta às necessidades de cada etapa da pandemia. Nos seus anos inaugurais, a prioridade foi conhecer o panorama de incidência e prevalência da infeção e a criação de um organismo central como consultor da ação contra o VIH, na forma do Grupo de Trabalho da SIDA e, posteriormente, da CNLCS. Com o mudar do século e início da deflexão da curva de incidência da infeção (1), a prioridade passou à harmonização das medidas de saúde pública através do Plano Nacional de Saúde como linha orientadora, mantendo a ação específica para o VIH com o auxílio das organizações de base comunitária e uma apertada vigilância epidemiológica de forma informatizada.

No panorama atual, em Portugal, a resposta ao VIH/SIDA é levada a cabo por um esforço concertado entre a DGS e respetivas autoridades de saúde, o INSA, instituições de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outras privadas, e diversas organizações da sociedade civil. Abrange estratégias focadas na prevenção, rastreio e diagnóstico precoce e na terapêutica, com o objetivo de reduzir novas infeções. Este modelo colaborativo na política contra o VIH foi estratégico para a implementação de programas essenciais, tais como o Programa Troca de Seringas (PTS), que requereu a inclusão da Associação Nacional das Farmácias e ONG e teve o seu impacto altamente fundamentado num estudo de 2020 (39). Outras iniciativas decorrem com colaboração do setor da educação para o desenvolvimento da educação sexual, com eficácia igualmente fundamentada mais à frente. Noutros aspetos mais indiretos, a política legislativa portuguesa, nomeadamente em respeito ao consumo de drogas, revelou-se positiva, tanto em aspetos de saúde, como em aspetos sociais. Mostrou-se que reduziu a transmissão de VIH relacionada ao uso de drogas injetáveis e reforçou o papel de políticas públicas centradas na saúde e inclusão social (40).

Especificamente sobre as ONG, como descrito adiante nas respetivas medidas, é evidente o seu contributo em pilares da prevenção para o VIH em Portugal como o PTS, colaboração nas consultas descentralizadas da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e o papel

preponderante na testagem e rastreio, sendo, em 2023, responsáveis por 76,9% dos testes de rastreio realizados em território nacional. No entanto, o apoio das PVVIH vai além de indicadores da saúde, contribuindo para apoio social no acesso a residência e *advocacy* para acesso a cuidados de saúde como ocorre não só em Portugal, como também em Espanha para migrantes que procuram asilo (1,41).

Uma revisão de 2006 analisa o papel da sociedade civil na prevenção do VIH e noutras questões legislativas, como o controlo do consumo de tabaco. Em relação ao VIH, focou-se em políticas repressivas relativas ao consumo de drogas ilícitas em países da Europa de Leste e da ex-União Soviética, com consequentes piores *outcomes* para a saúde específicos do VIH e pela própria dependência, ao oposto de políticas mais liberais como programas de troca de seringas que reduzem significativamente a prevalência de infeções por VIH. Apesar de resistências em algumas regiões, o artigo destaca exemplos bem-sucedidos de mudança de políticas graças ao *advocacy* da sociedade civil, como na Polónia e na Ucrânia, onde foram ampliados os serviços de redução de danos em UDI e o acesso ao tratamento para o VIH. Este artigo realça, assim, a importância das organizações da sociedade civil não só para a implementação dos programas de prevenção e proteção das PVVIH, mas também para a formulação das mesmas, como maneira de representação das suas comunidades (42).

Por fim, no que diz respeito à colaboração internacional, nota-se na literatura encontrada que os intercâmbios de informações sobre variações nos padrões epidemiológicos permitiram uma melhor ação dirigida às populações-alvo (43).

2. Medidas preventivas para o VIH

De seguida serão explicitadas as políticas de saúde focando as principais vias de transmissão da doença.

2.1. Transmissão sanguínea

Com o conhecimento sobre os mecanismos de transmissão da doença, adotaram-se, a partir de maio de 1986, medidas para prevenção da infeção através de doações de sangue e de órgãos e da hemodiálise. Tornou-se obrigatória a pesquisa de anticorpos anti-LAV ou anti-HTLV-III (denominação substituída em 1989 por anti-VIH-1 ou anti-VIH-2 (8,44)) no sangue e seus derivados. No que diz respeito aos doentes em hemodiálise, passaram a ser testados na sua entrada nos serviços de tratamento e, a partir daí, no máximo, de 6 em 6 meses. Os candidatos a dadores de órgãos também foram alvo desta pesquisa, visando a minimização da infeção por transplante. Preconizaram-se também as medidas de segurança para a manutenção de tratamentos de hemodiálise nos doentes seropositivos sem síndrome clínica, para os quais se passou a destinar rins artificiais específicos (8,45,46). Estas medidas vieram a ser reforçadas pelo Manual de Boas Práticas de Hemodiálise emitido pelo Ministério da Saúde em 2001 que, adicionalmente, recomendaram as “*universal precautions*” definidas pelo ECDC, e tratamento em unidades de isolamento hospitalares para doentes no estadió SIDA (8,47). Ainda nas medidas de 1986, deu-se ênfase à afixação e disponibilização de informação sobre prevenção contra a SIDA nos estabelecimentos de hemodiálise. Adicionalmente, foi ordenada a devida manipulação de sangue e seus derivados no que toca à verificação da proveniência de indivíduos seropositivos, no sentido da sua adequada eliminação (8,45,46). Também em 1986, foi emitido um Decreto-Lei para a regulação dos estabelecimentos de procriação assistida, devido à possibilidade de transmissão por doação de esperma (8).

Posteriormente, em 1991, foi promulgado o Regulamento de Transfusão de Sangue que ditou, entre outros aspetos, a testagem do sangue colhido para doenças transmissíveis, entre as quais o VIH. Tornou-se também obrigatória a devida sinalização do resultado destas análises, em etiqueta visível no saco de sangue total, e em todos os sacos dos componentes com essa unidade de sangue. O regulamento referido previa também os cuidados a ter aquando da administração do sangue transfundido (8,48).

No entanto, apesar destas medidas preventivas, a Associação Portuguesa de Hemofílicos identificou em 1992 que houvera contágio pelo VIH de doentes hemofílicos após tratamento com componentes do sangue indevidamente processados, pelo que se procedeu à criação da Comissão de Interpretação de Resultados de Análises para Detecção de Doenças Transmissíveis, com a competência do estabelecimento de critérios unânimes nestas pesquisas (8,49). No mesmo ano, tornou-se obrigatória a aquisição de produtos derivados do plasma do sangue destinados para as instituições do Ministério da Saúde, através de concursos públicos levados a cabo pela Secretaria de Estado e, em 2001, que o mesmo fosse testado pelo INFARMED lote a lote para marcadores analíticos de doenças transmissíveis. Para a verificação do cumprimento dos critérios de testagem, foi criado um programa pelo INSA, também em 1992, para controlo de qualidade dos laboratórios de análises que faziam pesquisa de doenças transmissíveis em amostras biológicas (8).

Na mesma matéria, a partir de 2009, tornou-se possível a utilização de plasma humano recolhido em instituições de saúde de Portugal, para fracionamento e, posteriormente, para terapêutica, tornando-se menor a dependência de mercados internacionais, mas mantendo-se a qualidade e segurança que estas terapêuticas implicam. Constata-se que, desde 2014, apenas houve 4,6% de doentes que adquiriram a infeção por via transfusional (sangue e hemoderivados) em Portugal (1,8,50).

Ainda em 2009, foi criada a lei que regula vários destes aspetos, como a qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana. Aqui realça-se a exclusão da dádiva de tecidos ou células por pessoas vivas ou cadáveres com antecedentes clínicos ou resultados laboratoriais que demonstrem risco de transmissão de VIH, excetuando a doação de células reprodutivas. Excluem-se ainda da dádiva crianças mortas cujas mães estivessem infetadas pelo VIH ou com outros critérios de exclusão, a não ser que não tenham sido amamentadas nos 12 meses anteriores e cujas análises e outros dados clínicos não demonstrem a infeção por VIH (8,51).

Sobre este tema, salienta-se um estudo do Canadá, onde se verificou o impacto da restrição das doações de sangue em HSH a pessoas que tenham tido o último contacto sexual com homens há mais de 5 anos. Neste estudo, propunha-se a redução do período de adiamento de 5 para 1 ano desde o último contacto sexual, justificando a mudança com os avanços nos testes de VIH, que apresentavam sensibilidade e especificidade próximas de 100%, e evidências internacionais que mostram a segurança de políticas menos restritivas, como nos casos da Austrália, Reino Unido e Itália. O estudo destacou

que a abordagem em prática, baseada na orientação sexual, é discriminatória e desatualizada, sugerindo a adoção de critérios de avaliação individual de risco, como ocorria em Itália e Espanha, para promover equidade e aumentar o número de dadores, sem comprometer a segurança do sangue (52). No que concerne ao panorama português, apenas se encontrou uma Resolução da Assembleia da República de 2010 que recomendou a reformulação dos formulários nas dádivas de sangue para serem menos discriminatórios e a clarificação dos critérios de exclusão baseados em comportamentos de risco e não na existência de grupos de risco (8,53).

2.2. Drogas injetáveis

A transmissão via consumo de drogas injetáveis também mereceu atenção específica por parte das entidades de saúde, desde o início, dado ser a via de transmissão mais prevalente até ao ano de 2000 (54). Assim, e com a constatação do aumento do tráfico e consumo de estupefacientes, em 1987, através de uma Resolução do Conselho de Ministros, foram implementadas medidas para a sua prevenção e, especificamente na área da transmissão de doenças infecciosas, a divulgação de informação sobre os perigos desta via. Adicionalmente, comprometeu-se o Governo e a Sociedade a desenvolver estudos sobre o panorama da infeção por VIH na população toxicodependente (8,55).

Em 1993 foi implementado o PTS, um passo muito relevante no controlo da infeção VIH. Iniciou-se com a distribuição de *kits* de seringas esterilizadas em farmácias comunitárias, através de uma parceria com a Associação Nacional das Farmácias, com o objetivo de diminuir a transmissão de VIH, VHB e VHC por via sanguínea, sob o repto “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão”. Desde o seu início que abrangeu os 18 distritos e as duas regiões autónomas de Portugal (23,29). Em 1999, o PTS foi alargado a outras entidades governamentais e não-governamentais. Assim se manteve, excetuando durante o período de 2012 a 2015, altura em que as farmácias abandonaram o projeto por questões financeiras, visto que, até então, desempenhavam essas funções *pro bono*.(39). Com o seu retorno à iniciativa e com constatação da alteração dos padrões de consumos de drogas injetáveis para consumo inalatório, passou a integrar-se no *kit* outras modalidades de prevenção, como preservativos (29).

Em 2004, foi criada a Comissão Toxicodependência e SIDA em Meio Prisional com representantes da Direção-Geral dos Serviços Prisionais, do Instituto da Droga e Toxicodependência e da CNLCS, que implementou planos de ação para a prevenção e tratamento da toxicodependência e doenças infecciosas nas instituições prisionais (8,56). Neste seguimento, em 2007, foi implementado o Programa Específico de Troca de

Seringas em meio prisional, estratégia colocada em prática sem prejuízo para a recuperação e prevenção dos consumos abusivos, tendo o recluso responsabilidades em todo o processo (8,57).

Revisitando a literatura para avaliar a eficácia da intervenção nos UDI em Portugal, um estudo prospetivo comparou os custos e ganhos para a saúde do cenário do PTS em Portugal desde 2015, com a reintrodução das farmácias comunitárias, e um cenário hipotético sem o seu contributo. Constatou-se que este modelo diminuiu em 22% a incidência e 6,5% a prevalência num horizonte temporal de 5 anos, para além de diminuir custos em intervenções para o VIH e VHC, também contabilizados, contribuindo para a tese da importância das farmácias comunitárias nesta intervenção (39).

Outros modelos para a disponibilização de seringas seguras foram implementados em diversos países da Europa e Oceânia, como máquinas de venda automática que, segundo uma revisão de 2008, mostrou promover o acesso a equipamento de injeção esterilizado e reduzir a partilha de seringas. Esta estratégia era custo-efetiva, desde que as máquinas fossem instaladas em locais estratégicos e houvesse o envolvimento da comunidade no apoio dos UDI (58).

Note-se que em Portugal foram também estudadas possibilidades de alargamento das medidas de redução de dano em UDI, como unidades móveis de consumo de drogas, com perspetiva de implementação em Lisboa. Num estudo, demonstrou-se um alto grau de disponibilidade para utilização desta modalidade. Este facto decorre de serem uma população altamente marginalizada, com condições domiciliárias deficitárias, consumo diário e praticantes de injeção de forma insegura, como, por exemplo, através do uso compartilhado de seringas. Denota-se a alta prevalência de VIH, mas também de VHB e VHC nesta população, com baixo acesso a cuidados de saúde, pelo que se considerou pertinente a implementação de uma unidade móvel (59). Destaca-se que este estudo foi realizado em 2019 e que na restante bibliografia consultada, não se encontrou informação sobre a implementação desta unidade móvel de consumo de drogas, nem em Lisboa, nem noutra parte do país.

De forma mais ampla, a política menos proibicionista em vigor em Portugal, de acordo com uma revisão de 2016, revela-se mais vantajosa, tendo impacto relevante na saúde pública. Enfatizou-se a necessidade de políticas baseadas em evidências que priorizem a redução de danos, os direitos humanos e a saúde, em detrimento de políticas repressivas que geram violências, perpetuam desigualdades, dificultam o acesso a

serviços de saúde e agravam epidemias de VIH e VHC entre UDI. Para Portugal, a revisão é particularmente relevante ao ilustrar como a descriminalização do consumo de drogas e a implementação de medidas de redução de danos, como a troca de seringas e programas de substituição opiácea, podem conter a pandemia do VIH. O caso português é citado como um exemplo positivo de como políticas progressistas podem reduzir significativamente a transmissão de VIH relacionada ao uso de drogas injetáveis, reforçando, assim, o papel de políticas públicas centradas na saúde e inclusão social (40). Uma outra revisão de 2006, sobre políticas relacionadas com consumo de drogas, realça que políticas repressivas em países da Europa de Leste e da ex-União Soviética limitaram a implementação de estratégias abrangentes de saúde pública, dificultaram a redução de riscos e contribuíram para o aumento das taxas de infeção por VIH, especialmente devido ao uso compartilhado de agulhas. Em contraste com esta realidade, estudos citados mostraram que programas de troca de seringas e as terapêuticas de substituição das drogas injetadas reduziram significativamente a prevalência de infeções por VIH (42). Estas conclusões refletem-se na nossa realidade nacional, em que, em 2023, a percentagem de novos diagnósticos de VIH por transmissão em UDI era de apenas 2,6%, contrastando com a nossa realidade em 1999, em que esta via perfazia 58,4% dos novos diagnósticos (1,60).

2.3. Transmissão sexual

A transmissão por contacto sexual (heterossexual e HSH) sempre foi a mais preponderante durante toda a pandemia, perfazendo 66,3% dos casos (1). Assim, desde cedo que se reforçaram as medidas de aconselhamento dos doentes, como a utilização de preservativos e a facilitação do seu acesso (61). Duma forma mais objetiva, em 2014, regulamentou-se a distribuição de preservativos e gel lubrificante, nas unidades de saúde do SNS. A DGS, através do PNISTVIH, é responsável pela aquisição e distribuição deste material para as ARS, que o disponibilizam nos hospitais, unidades locais de saúde e centros de saúde. As unidades de saúde asseguram a acessibilidade deste material aos utentes, com monitorização contínua pela DGS (29).

Para outras populações em risco acrescido, como nos estabelecimentos prisionais, desde 1999, que a distribuição regular de preservativos e material de desinfeção a todos os reclusos é uma prioridade (8,62).

Assim tem funcionado, como é evidente pelos números dos relatórios da DGS, que mostram a distribuição massificada destes materiais e de recursos informativos,

visando atingir as populações em risco especial, como os HSH, trabalhadores do sexo e as PVVIH (1).

Numa revisão de 2024 sobre a efetividade de estratégias contra o VIH direcionadas a jovens, é citado um estudo em Inglaterra que denota a custo-efetividade da distribuição alargada de preservativos em jovens entre os 13 e 24 anos (63). Num outro artigo de 1996, que fazia um retrato da pandemia até então, ressaltou-se a importância de programas para a utilização de preservativo, nomeadamente na Europa, na estabilização e redução do número de casos (43).

2.4. Testagem e rastreio

O diagnóstico precoce da infeção está associado a uma resposta mais favorável à doença e a menor morbimortalidade. Nesse sentido, houve sempre uma aposta reforçada na melhoria do acesso a testes e rastreios para a doença (64). Assim, em 1998, foram criados os Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD), onde passaram a ser feitos rastreios à infeção de forma voluntária, gratuita, anónima e confidencial em todos os distritos de Portugal. Em 2002, veio a formar-se a Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infeção VIH/SIDA, fortalecendo e unificando a sua ação (29).

Já em 2007, as farmácias começaram a ter um papel mais preponderante na testagem do VIH/SIDA ao passarem a ter a capacidade de realização de meios complementares de diagnóstico, como são os testes de rastreio para o VIH. Além disso, foi introduzida a competência no apoio domiciliário e em programas de educação para a saúde, igualmente com impacto para a pandemia e conforto para a PVVIH (8,65).

Já em 2009, foi aprovada a testagem com recurso a dispositivos para diagnóstico *in vitro* para o VIH/SIDA, sendo, no entanto, proibida a disponibilização direta ao público destes dispositivos. Ditou-se que a realização de testes para estes marcadores ocorresse sob a supervisão de profissionais de saúde qualificados, garantindo que tais procedimentos fossem realizados com rigor técnico e segurança para o paciente (30,66).

Em 2011, foi publicada uma norma pela DGS que recomendava o rastreio para o VIH entre os 18 e 64 anos, repetida em caso de exposição de risco. Adicionalmente, preconiza-se, por rotina, a testagem de grávidas, crianças nascidas de mães que recusaram a realização do teste para o VIH no período pré-natal, nos cuidados pré-

concecionais, dadores de sangue, utentes em diálise e dadores e recetores de órgãos (25,67).

Por fim, em 2018, foi aprovada a realização de testes rápidos para o VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de análises clínicas e também a comercialização de dispositivos de autodiagnóstico para as mesmas infeções em farmácias comunitárias, aspetos que vieram a melhorar de forma enfática a disponibilidade de meios para o diagnóstico da infeção (29).

Estas medidas foram sempre aliadas a um controlo mais apertado da testagem em contextos de elevado risco de transmissão do VIH, como referido anteriormente, nas dádivas de sangue e de órgãos e centros de hemodiálise (8,45,46), mas também a nível dos estabelecimentos prisionais. Neste contexto, a partir de 1999 passou a ser obrigatória a realização de testes de rastreio para doenças infetocontagiosas à admissão dos reclusos e periodicamente durante a sua pena (8,62).

Atualmente, as principais entidades responsáveis pela testagem e rastreio de VIH são os estabelecimentos hospitalares e cuidados de saúde primários em diversos contextos e as estruturas da comunidade. Salienta-se a testagem noutros contextos, como nos estabelecimentos prisionais, em estruturas de resposta a comportamentos aditivos e a consulta de PrEP, onde se cobrem áreas de especial relevo no enfoque em populações de risco especial (1).

Alguns estudos procuraram comparar a aplicação de políticas de testagem para o VIH na Europa. Num deles, de 1998, compararam-se as políticas da Grã-Bretanha, Hungria e Suécia, destacando-se que estes programas refletiam mais fatores culturais e políticos do que evidência científica de eficácia. Na Grã-Bretanha, a testagem era voluntária e centrada nos direitos individuais, incluindo o "direito de não saber" o estado serológico. Na Hungria, era obrigatória para grupos específicos em risco acrescido, enfatizando a responsabilidade estatal na saúde pública. Já na Suécia, embora voluntária, a testagem era amplamente promovida, com foco no bem-estar coletivo e menor estigma. Apesar de diferentes abordagens, o estudo aponta para a falta de evidências sólidas que sustentassem as políticas como estratégias eficazes de prevenção do VIH, não podendo atribuir-se maior eficácia à política atual portuguesa para a testagem, mais semelhante à relatada na Suécia, com base neste estudo (1,68).

Já num estudo de 2011 que comparou políticas de testagem de países da UE e Espaço Económico Europeu, destacou-se Portugal por combinar abordagens

direcionadas e integradas na testagem do VIH, refletindo esforços para equilibrar o "excepcionalismo" e a "normalização", isto é, tratar o VIH como uma exceção a nível da confidencialidade que requer, mas normalizá-lo numa abordagem de integrar cuidados de rotina. Comparado a outros países, que frequentemente enfrentam desafios semelhantes, como barreiras culturais e estigma, Portugal demonstrou avanços significativos na integração da testagem nos cuidados primários de saúde, incluindo programas para grávidas e populações de maior risco. No entanto, como muitos países, ainda enfrentava dificuldades para alcançar populações marginalizadas de forma consistente. A colaboração com ONG em Portugal considera-se eficaz e um exemplo compartilhado por outras nações que buscam ampliar o alcance em contextos comunitários. Além disso, o estudo destaca que Portugal está relativamente alinhado com as melhores práticas europeias, embora a harmonização completa das políticas de testagem continue a ser um desafio comum na região (69).

Numa revisão sistemática de 2024 nos Estados Unidos da América (EUA), apontava-se que o rastreio aos 30 anos para a população geral e aos 15 anos para HSH não infetados era custo-efetivo (63).

No que diz respeito ao autoteste, segundo uma revisão de 2024, com estudos maioritariamente realizados na Europa e América do Norte, considerou-se uma estratégia aceitável e que aumenta o alcance da testagem para o VIH, desde que assegurados aspetos como a clareza das instruções. Há precauções, no entanto, para a eficácia em populações que necessitem de avaliação clínica subsequente e com baixa literacia digital, havendo a necessidade de manutenção dos cuidados de saúde sexuais e de testagem em instituições de saúde (70). Estas estratégias são corroboradas por uma revisão sistemática de 2020, sobre estratégias de testagem fora das instituições de saúde na UE. Identificava-se, assim, esta modalidade de testagem essencial para o diagnóstico de VIH, principalmente para pessoas em risco acrescido para a infeção e pessoas que nunca foram testadas. Adicionalmente, salienta-se a sua aceitabilidade por parte dos utilizadores e prestadores de serviços de saúde, pelo que se recomendava a sua inclusão nas estratégias concertadas de testagem para o VIH como política de saúde comum (71).

2.5. Educação para a saúde

A educação para a saúde, especialmente para as faixas etárias mais jovens, tornou-se também uma medida de prevenção essencial no controlo da pandemia, focando-se na fase de aquisição de comportamentos de risco sexuais e aditivos. Assim, para contribuir também para o conhecimento da sociedade sobre o VIH, foi celebrado,

em 1996, um protocolo entre a CNLCS e o Programa de Promoção e Educação para a Saúde do Ministério da Educação para o desenvolvimento de ações de consciencialização para a prevenção da infeção por VIH/SIDA e distribuição de material informativo aos alunos do ensino básico e secundário, encarregados de educação, professores, conselhos diretivos e não docentes. Estas incluíam não só aspetos relativos à perceção de risco para a saúde, mas também questões de discriminação e solidariedade para com as pessoas infetadas (8,72).

Já em 2008, foi criado o Programa Cuida-te, com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis e prevenir comportamentos de risco. Criaram-se unidades móveis de intervenção onde se expunham temas relacionados com a saúde global e se esclareciam questões e problemas dos jovens. Realizavam-se também ações de formação e implementavam-se gabinetes de apoio para o aconselhamento confidencial no contexto da saúde juvenil (8,73). Em 2019, o programa foi reestruturado para abarcar ainda a temática da saúde mental, priorizando a disseminação de material através das plataformas digitais (74). Após a pandemia da COVID-19, em 2024, procurou-se também focar o projeto nas questões de sedentarismo e retomou-se o foco sobre as infeções sexualmente transmissíveis (IST) entre jovens (75).

Em paralelo, em 2009, foi finalmente definido o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, tornando-se obrigatório desde o ensino primário até ao secundário. Nas suas finalidades, incluíam-se, entre outras, a prevenção de comportamentos de risco para a contração de IST e a eliminação de comportamentos de discriminação sexual e violência em função do sexo ou orientação sexual. Diferenciaram-se os conteúdos para cada ciclo de estudos, iniciando-se no 2º ciclo a educação para atitudes sexuais responsáveis e definiu-se também a carga horária e inserção curricular da sua lecionação. Esta lei previa ainda a criação de gabinetes de informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e educação sexual (8,76).

Na literatura científica, estudos realizados nos EUA apresentaram estratégias dirigidas a jovens como entrevistas motivacionais, o aconselhamento para a adesão terapêutica, a educação sexual e o aconselhamento para a redução de risco que se revelaram custo-efetivos (63). Numa revisão sistemática de 2012, que procurou analisar diferentes tipos de intervenções em jovens de países da UE, não se identificaram diferenças entre as várias estratégias, nomeadamente a formação por pares em contraposição com a formação estandardizada ou nenhuma intervenção, no que diz respeito à prevenção de VIH, gravidezes na adolescência ou promoção da educação sexual (77).

Uma revisão mais abrangente de 2010 analisou intervenções em jovens na Europa para as IST como o VIH. Concluiu-se que a educação para a saúde frequentemente melhora conhecimento e atitudes, mas tem impacto limitado em comportamentos sexuais de risco, com apenas 3 de 19 intervenções a mostrarem mudanças significativas (duas das quais orientadas por pares, a outra por professores). Programas construídos no contexto escolar eram os mais comuns, mas raramente abrangem grupos em maior risco, como migrantes e trabalhadores sexuais. A análise destacava a necessidade de intervenções personalizadas, baseadas na evidência e fundamentadas em teorias comportamentais, que promovam mudanças práticas e sustentáveis, integrando educação sexual, serviços de saúde amigáveis e distribuição de preservativos, com avaliação a longo prazo para maximizar a sua eficácia (78).

Apesar de mais antiga, uma revisão levada a cabo pelo Programa Global para a SIDA da OMS, em 1997, sobre o impacto das campanhas de educação sexual no comportamento de adolescentes já destacava que programas abrangentes, que englobem anatomia, prevenção de IST, planeamento familiar, uso de preservativos, relações saudáveis e consentimento, eram mais eficazes do que iniciativas focadas apenas na abstinência. Destacou-se que estas intervenções aumentavam o conhecimento sobre IST e promoviam o uso consistente de preservativos, contribuindo para a redução de comportamentos de risco e de taxas de gravidez na adolescência. Contudo, a eficácia desses programas depende de fatores como suporte comunitário, adaptação às normas culturais e acesso a recursos de saúde, enfrentando desafios como a resistência cultural, perceções erradas e financiamento limitado. Não obstante, reforçava-se que a educação sexual abrangente é essencial para a promoção da saúde pública (79).

Foram também estudadas estratégias específicas direcionadas aos HSH. Numa revisão de 2009 que analisou a eficácia de intervenções comportamentais e psicossociais na prevenção do VIH e IST entre HSH na Europa revelou uma redução modesta, a curto prazo, nas práticas de risco, como relações anais desprotegidas. Contudo, a revisão destacou a escassez de estudos controlados rigorosos, com foco predominante em populações brancas, além da ausência de desfechos biológicos e avaliações de longo prazo (80). Outra revisão de 2008 analisou a eficácia de intervenções comportamentais para reduzir práticas de risco, como sexo anal desprotegido, entre HSH. As intervenções reduziram episódios de sexo anal desprotegido em 27%, quando comparadas a condições com pouca ou nenhuma prevenção, e em 17% em relação a intervenções padrão. As estratégias mais eficazes eram de curta duração (até 1 mês), promoviam habilidades pessoais como o uso de preservativo e incluíam HSH que não se identificavam como homossexuais (que eram considerados mais suscetíveis à mensagem por terem menor

exposição prévia a estes conhecimentos). Contudo, a maioria dos estudos focou em populações predominantemente brancas nos EUA e Europa, evidenciando a necessidade de expandir intervenções para HSH negros, latinos e de países em desenvolvimento. Concluiu-se que intervenções comportamentais são eficazes e recomendaram-se futuras pesquisas que abordem desigualdades raciais e contextos diversificados, com mensagens adaptadas e promoção de habilidades práticas (81).

Adicionalmente, revela-se não só a necessidade de intervenção em minorias sexuais, mas também em minorias étnicas, como é corroborado por uma revisão sistemática e meta-análise de 2017, que pretendeu verificar a eficácia de intervenções preventivas para o VIH em mulheres de minorias étnicas desprivilegiadas socioeconomicamente, grupo desproporcionalmente afetado pelo VIH nos EUA e Europa. Das intervenções examinadas, percebeu-se que as mais eficazes eram baseadas na adaptação cultural, abordagens cognitivo-comportamentais, em pequenos grupos e de duração de 1 a 6 semanas. A nível de *outcomes*, estas abordagens melhoraram o conhecimento sobre a transmissão do VIH, aumentaram a frequência de utilização de preservativo e reduziram a transmissão de IST em 41% (82).

2.6. Profilaxia pré-exposição (PrEP)

A longo destes 40 anos, as estratégias de prevenção foram tornando-se cada vez mais dirigidas. Um passo muito importante nesse sentido foi a aprovação da PrEP em Portugal em 2017. Aquando da sua aprovação, foi definida como uma prioridade no combate à infeção por VIH em grupos de risco acrescido como os HSH, casais serodiscordantes e UDI (83,84). A distribuição da PrEP iniciou-se em 2018 através do Programa de Acesso Precoce e generalizou-se através de consultas, com maior abrangência geográfica a partir de 2019, com colaborações entre instituições hospitalares, ONG e municípios (29). Em 2023, foi legislado que as consultas para a PrEP pudessem decorrer também nos Cuidados de Saúde Primários e com colaboração com organizações de base comunitária e a sua dispensa em farmácias comunitárias, com vista ao alargamento do seu acesso (1).

Apesar de recente, a PrEP tem demonstrado em múltiplos estudos ser uma medida custo-efetiva. Uma revisão de 2024 sobre estratégias contra o VIH para jovens cita um estudo realizado nos EUA em que a PrEP administrada em minorias sexuais foi considerada uma medida potencialmente custo-efetiva (63).

No entanto, segundo outra revisão de 2021, a sua implementação na Europa tem enfrentado barreiras, como os custos, desigualdades no acesso, incerteza na sua adesão pela população e aumento da prevalência de outras IST. Assim, recomendava-se a integração da PrEP na estratégia combinada de prevenção do VIH, a introdução de esquemas de PrEP diária ou *on demand* nas populações em risco acrescido como os HSH, dependendo da preferência e comportamentos, e a promoção de um ambiente livre de estigma para tornar mais aceitável a sua utilização. Para melhorar o seu acesso, identificaram-se estratégias como a utilização de medicamentos genéricos e a cooperação com *stakeholders* do setor farmacêutico e social. Por fim, recomendava-se a utilização combinada da PrEP e do preservativo para proteção abrangente contra VIH e outras IST. (85). Estes aspetos já são aplicados em Portugal desde a publicação de uma norma da DGS de 2024 que recomenda esquemas *on demand* para HSH e esquemas diários para outras populações-alvo (1,86). Em estudos realizados, concluiu-se que a PrEP pode levar a reduções de 86% no risco de infeções por VIH entre HSH e de 75% em casais serodiscordantes, sendo, por isso, considerada chave nos planos de prevenção do VIH na Europa. Para a melhoria da sua implementação, aconselharam-se campanhas educativas direcionadas às populações de maior risco que podem aumentar a aceitação e o uso da PrEP e a adoção das novas formas de administração já em vigor, como os fármacos injetáveis de longa duração, melhorando a sua adesão (85).

Notam-se os esforços em Portugal para aumentar o acesso à PrEP, nomeadamente com a implementação iminente do seu fornecimento em farmácias comunitárias e a prescrição nos Cuidados de Saúde Primários, em colaboração com organizações de base comunitária. Mantém-se, no entanto, a necessidade de aumentar a literacia de populações com menor perceção de risco, como as pessoas mais velhas e heterossexuais, sendo ainda uma fatia muito reduzida das pessoas abrangidas pela PrEP em Portugal (1).

2.7. Transmissão vertical

No que diz respeito à transmissão vertical, a partir de 1996, a zidovudina começou a ser utilizada profilaticamente, através da administração à grávida infetada e recém-nascido (8,87). Em 1998, foi criado o Grupo de Trabalho sobre Infeção por VIH na Criança com o objetivo de tratamento de dados de transmissão vertical do VIH (1). Já em 2004, foi emitida uma Circular Normativa que emitia recomendações para a testagem de grávidas para o VIH em Portugal, visando a prevenção da transmissão mãe-filho. Recomendou-se a testagem voluntária com consentimento informado, com um primeiro teste até às 14 semanas de gestação e repetição às 32 semanas, ou um teste rápido no

momento do parto, se necessário. Grávidas com teste positivo seriam encaminhadas para consultas de Alto Risco Obstétrico e receberiam a Terapêutica Antirretroviral (TARV). A cesariana eletiva e a contra-indicação do aleitamento materno foram aconselhadas para reduzir o risco de transmissão, sendo também discutidas opções contraceptivas para o pós-parto (29,88).

Numa revisão de 1996 sobre os fatores de risco da infecção em mulheres grávidas e as suas condicionantes nas diferentes regiões do mundo, realçou-se a baixa prevalência de VIH nesta população na Europa. Justificou-se com o impacto de políticas eficazes, como a ampla disponibilidade de testes de VIH e intervenções de saúde pública direcionadas a grupos com comportamentos de risco na altura, especialmente UDI. Embora o teste seletivo baseado em fatores de risco fosse eficaz em muitas regiões, o aumento gradual da transmissão heterossexual da altura destacava a necessidade de estratégias mais abrangentes. A cobertura prévia de testes antes da gravidez e o controlo do uso de drogas em algumas áreas, como Edimburgo, ajudaram a conter a propagação do VIH. No entanto, persistiam desafios, incluindo o subdiagnóstico em populações específicas, como mulheres que optam por aborto e a necessidade de integrar essas políticas para colmatar as mudanças nos perfis epidemiológicos (89).

Com a melhoria do conhecimento médico, e como comprovado por uma meta-análise de 2013, vários países europeus foram adotando *guidelines* com vista à realização de parto vaginal sempre que a carga vírica fosse indetetável. Desde então, o número de partos vaginais em mulheres com carga viral suprimida está a aumentar, sem comprometer a taxa de transmissão vertical do vírus, que diminuiu depois das recomendações. Não obstante, constatou-se a realização de cesarianas desnecessárias, uma alta proporção de mulheres que não atingiu supressão viral por barreiras na testagem e acesso à TARV e impacto na prematuridade dos recém-nascidos, apesar da redução após as *guidelines*. Concluiu-se, então, que estas medidas são um avanço na prática obstétrica para mulheres que vivem com VIH, mas é requerido um reforço do diagnóstico precoce e adesão à TARV e garantia de cuidados para minimização da prematuridade (90).

Não se encontrou nenhum estudo específico sobre o panorama português, no entanto, constata-se que a transmissão vertical perfaz apenas 0,8% das infeções desde o início da pandemia e que, nos últimos 10 anos, a taxa de transmissão por esta via é de apenas 0,86%, havendo oportunidade de ação em mulheres estrangeiras infetadas, que estão sobrerrepresentadas na transmissão por esta via e no diagnóstico perinatal que ainda se encontra subnotificado (1).

2.8. Profilaxia pós-exposição (PPE)

Os profissionais de saúde estão em risco particular de transmissão dados os procedimentos que põem em prática durante a sua atividade profissional. No sentido de minimizar essa situação foram adotadas estratégias preventivas como a disponibilização da PPE desde 1996 (8,87). No relatório de vigilância epidemiológica da DGS de 2024, começou a ser incluída uma secção de dados sobre a PPE, evidenciando que, em 2023, foi fornecida a 1 928 pessoas. Refere-se que é ainda utilizada como meio de prevenção em contexto ocupacional em profissionais de saúde, mas também em contexto não ocupacional desde 2011, como o contacto sexual desprotegido e partilha de materiais cortantes e perfurantes. Neste aspeto, as organizações comunitárias adquirem novamente uma grande importância, como já referido, ao encaminharem os doentes com contactos de risco aos serviços de urgência para toma da PEP (1).

Numa revisão de 2020, com doentes HSH de países europeus, a toma diária de PrEP era preferida pelas pessoas mais jovens. Nos mais velhos, com menos episódios de sexo anal desprotegido, que não faziam medicação oral e que tinham uma relação estável, apontava-se para a preferência pela PPE. No entanto, reforça-se a necessidade de combinação de todas as estratégias (preservativo, PrEP e PPE), sendo esta última utilizada quando falharem os restantes métodos (85).

2.9. Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica durante toda a pandemia foi, por si só, um instrumento de prevenção através da identificação das populações em risco especial e definição do alvo das políticas para a saúde. Como já foi referido, as organizações à frente da intervenção contra o VIH foram sempre os principais responsáveis nesta matéria, sofrendo adaptações ao longo dos anos, consoante as necessidades e orientações políticas.

Em 2005, a infeção por VIH tornou-se uma doença de declaração obrigatória em todas as suas fases (infeção aguda, portador assintomático, complexo relacionado com SIDA e SIDA), bem como causa de morte. Assim, permitiu-se um melhor conhecimento das estratégias a adotar e das populações onde intervir para mitigar a infeção, para além de refletir sobre o impacto das políticas implementadas (8,91). Na última atualização das Doenças de Declaração Obrigatória de 2021, o VIH manteve-se na lista, bem como os respetivos critérios de diagnóstico (25).

Já em 2009, com a aprovação do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, comprometeram-se todos os médicos a “participar prontamente às respetivas autoridades de saúde os casos de doenças contagiosas de declaração obrigatória e os casos de doenças contagiosas graves ou de fácil difusão”, em que a infeção pelo VIH se enquadra. Adicionalmente, abordam-se questões relacionadas com a obrigação de comunicação de óbitos por doenças contagiosas graves e de fácil difusão e de inumação urgente em caso de epidemia ou doença contagiosa, para o melhor interesse da saúde pública (8,92).

Estas notificações tornaram-se mais fáceis e vinculativas com a criação do SINAVE em 2009 e, em 2012, do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) que possibilitou a centralização e automatização dos dados de óbito e um acompanhamento sistemático das causas de morte, possibilitando a identificação de tendências e padrões associados ao VIH/SIDA. Assim, o SICO não só facilitou a análise dos dados, mas também contribuiu para uma resposta mais ágil e informada face ao VIH, reforçando a importância da vigilância contínua na proteção da saúde pública que o SINAVE já vinha a desempenhar na fase de diagnóstico da doença (8,93).

Também em 2012, foi criado o Sistema Informático do VIH/SIDA (SI.VIDA), onde se tornou obrigatório o registo de dispensa de medicamentos antirretrovíricos a nível hospitalar, a notificação do diagnóstico da infeção, informação de ambulatório e dispensa da PPE (8).

Num artigo de 1996 da OMS destacava-se a vigilância epidemiológica como uma ferramenta essencial para compreender e acompanhar a sua evolução, permitindo estimar a magnitude do problema, identificar padrões regionais de transmissão e orientar intervenções eficazes. Baseada na recolha de dados nacionais e globais, revisão de estudos de seroprevalência e modelos de previsão, a vigilância ajudou a identificar populações vulneráveis e modos de transmissão predominantes, como a via heterossexual em África e o uso de drogas injetáveis na Europa. Contudo, enfrentavam-se desafios como subnotificação de casos e variabilidade na qualidade dos dados, reforçando a necessidade de continuidade e aprimoramento para guiar respostas adaptadas às dinâmicas regionais da epidemia (43).

Um estudo mais recente de 2020 sobre o impacto da testagem fora de instituições de saúde salientou a importância dos programas de testagem incluírem métricas de avaliação e monitorização das intervenções com vista a adequá-las às necessidades e ajustar as políticas adotadas. Adicionalmente, reforçou-se o papel da expansão dos

programas de testagem, seja dentro, seja fora das instituições de saúde para a redução dos diagnósticos tardios de HIV e da sua subnotificação (71). Nota-se que, em Portugal, houve ainda, em 2023, 52,7% de diagnósticos que foram tardios, pelo que há ainda margem para colmatar a referida subnotificação e défices na vigilância epidemiológica em Portugal (1).

2.10. Conclusão

Não é fácil avaliar de forma objetiva o impacto das medidas preventivas adotadas individualmente e do que seria a realidade da infeção caso estas não tivessem sido implementadas. Contudo, a evolução da infeção VIH em Portugal tem mostrado que as várias medidas adotadas parecem ter promovido uma redução sustentada da infeção, principalmente em alguns grupos em risco especial.

Nos anos da pandemia, notou-se uma desaceleração no que toca a iniciativas de prevenção para o VIH. No entanto, em 2022, retomou-se a atividade preventiva para níveis pré-pandémicos. Este objetivo torna-se de maior importância tendo em conta que Portugal ainda tem uma taxa de novos diagnósticos bastante superior à da média dos países da UE (1).

A adoção de medidas diferenciadas em grupos específicos foi permitindo ganhos em cada um deles. Atualmente, a DGS lidera programas de prevenção que incluem a distribuição massiva de preservativos (externos e internos) e lubrificantes em diversas instituições de saúde e organizações comunitárias, com mais de cinco milhões de unidades distribuídas anualmente. O PTS, que celebrou 30 anos, foi um dos pilares da prevenção, reduzindo o risco de infeção entre UDI ao disponibilizar seringas limpas. A PrEP é cada vez mais reforçada para prevenir infeções em populações em risco, como HSH e UDI (1).

A Rede Nacional de CAD, apesar de se encontrar em menor atividade desde 2013, oferece testes gratuitos, anónimos e confidenciais, ampliando o acesso ao conhecimento do estado serológico. No seu todo, as estruturas comunitárias são responsáveis por 76,9% dos testes de rastreio realizados em 2023, mantendo, por isso, um papel fulcral no processo diagnóstico. Além disso, o autoteste de VIH mantém-se disponível em farmácias comunitárias, permitindo aos cidadãos realizar o teste de forma privada e autónoma. Esta estratégia de testagem é complementada pelo acesso a consultas de IST em hospitais, que facilitam o diagnóstico precoce em grupos mais vulneráveis (1).

Apesar do sucesso das intervenções adotadas, outras medidas preventivas têm sido aplicadas noutros países. Num estudo observacional realizado em Paris, em 2018, avaliou-se a implementação de um questionário para identificação de doentes com fatores de risco para infeção por VIH. Estes questionários, quer autoadministrados ou realizados por profissional de saúde, permitiam identificar fatores de risco não conhecidos previamente. Pese a sua importância, houve barreiras na orientação pós-questionário, nomeadamente na realização de testes de rastreio. Conhecer e identificar precocemente doentes sob riscos através destes métodos pode colmatar limitações relacionadas com barreiras da comunicação dos profissionais de saúde em temas como a sexualidade e permitir a implementação de medidas adequadas (94).

O uso de estratégias digitais para a prevenção do VIH e outras questões associadas à doença tem vindo a ser promovido. Numa revisão sistemática de 2017 constatou-se que intervenções através de SMS ou chamada telefónica melhoraram a adesão à TARV e taxas de recorrência a cuidados clínicos. Já intervenções baseadas na internet tiveram os mesmos benefícios. Além de melhorarem os autocuidados e reduzirem riscos, enquanto inovações combinadas, melhoraram a recorrência a cuidados de saúde, adesão à TARV, notificação de parceiros e autocuidados (95).

Já um estudo de 2016 que desenvolveu e implementou um programa de intervenção comportamental com vista a sexo seguro em PVVIH, que ocorreu em 9 países da Europa, também corroborou o contributo desses recursos tecnológicos. Através da entrevista motivacional e intervenção cognitivo-comportamental, estes recursos audiovisuais revelaram-se aceitáveis e eficazes na alteração de problemas de saúde comportamentais como o sexo inseguro, levando a uma redução de 20% no risco auto-reportado no *follow-up* à intervenção. Embora não seja exclusivamente digital, reforçou-se que este recurso contribui para um apoio mais pró-ativo do processo de aconselhamento. O mesmo estudo foi relatado num outro artigo que confirmou a eficácia a curto prazo, aumentando o uso de preservativos e a autoeficácia para negociar com o parceiro o seu uso, embora os efeitos tenham diminuído aos seis meses, sugerindo a necessidade de reforço da intervenção. Apesar disto, desafios de implementação surgiram, como baixa adesão em alguns países devido a barreiras estruturais, estigma e falta de motivação dos pacientes. Com potencial para integração em estratégias de prevenção combinada, destaca-se a importância de intervenções personalizadas e sustentadas para melhorar práticas de saúde sexual no contexto do VIH com recurso a plataformas digitais (96,97).

Numa estratégia mais direcionada, um estudo pré-pós intervenção pretendeu testar a eficácia de plataformas digitais em jovens do sexo masculino homossexuais e bissexuais da Roménia para a alteração da saúde sexual, comportamental e mental. Através de sessões, onde se realizava uma entrevista motivacional e treino de capacidades cognitivo-comportamentais numa plataforma digital, estas estratégias permitiram o aumento do conhecimento relativo à doença, a testagem para o VIH, a utilização de preservativo e a diminuição de ansiedade e depressão relacionadas com a discriminação, tendo uma aceitação e exequibilidade consideráveis, não havendo ainda resultados para *outcomes* de saúde para o VIH (98). É de notar, no entanto, que das estratégias implementadas em Portugal encontradas na pesquisa bibliográfica, à exceção do programa Cuida-te, nenhuma tem meios tecnológicos no centro da intervenção para a modulação de comportamentos na sociedade.

3. Evolução da terapêutica para a infeção por VIH

A TARV foi tendo vários avanços ao longo da pandemia. Nos primeiros anos apenas se tinha à disposição a zidovudina (*Retrovir*), cuja administração foi autorizada a partir de 1987 após recomendação pelo Grupo de Trabalho da SIDA (5). A partir de 1993, vários fármacos foram sendo aprovados, definindo-se, em 1996, as normas para prescrição e administração dos fármacos antirretrovirais pela CNLCS. Iniciou-se, assim, a implementação da *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), contendo esquemas combinados (em que a maioria continha a zidovudina) (8,87). Adicionalmente, em 2015, a TARV passou a oferecer-se a todas as pessoas infetadas, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+ (29,99).

Desde o seu início, qualquer um destes fármacos era apenas prescrito por profissionais a nível hospitalar e, para minimizar barreiras e centralizar os cuidados, fornecido de forma gratuita em farmácias hospitalares (5,100). No entanto, foram havendo adaptações, nomeadamente a obrigatoriedade de prescrição eletrónica a partir de 2011 para aumentar a segurança, a rastreabilidade, reduzir erros, combater fraudes e tornar mais fácil a gestão de terapêuticas complexas (8,101). No mesmo ano, foi autorizada a dispensa gratuita de medicamentos após internamento hospitalar para um mínimo de três dias após alta de internamento (8,102). Já em 2015, começou a ser permitida a dispensa de TARV para um período mínimo de 90 dias, garantindo um seguimento adequado da resposta ao tratamento e impedindo o recurso a consultas médicas e deslocações desnecessárias às instituições hospitalares (29,99).

Foram também ocorrendo mudanças no formato dos esquemas terapêuticos, número de comprimidos diários, eficácia, segurança, redução de interações farmacológicas e, mais recentemente, formato de administração, permitindo um maior controlo da infeção, quer individualmente, quer a nível populacional. Este aspeto é evidente pela percentagem de indivíduos que morriam no primeiro ano de diagnóstico que, antes de 2000 era de mais de 60%, e que passou a ser inferior a 20% desde 2013 (3). Não sendo uma medida nacional, a implementação da TARV de forma gratuita na prática clínica permite, atualmente, prolongar a vida dos doentes, evitar grande parte da morbimortalidade associada à doença e a transmissão para outros doentes, indo em linha com os objetivos 95-95-95 da ONUSIDA (1).

A custo-efetividade da TARV é comprovada numa meta-análise de 2009 que inclui estudos nos EUA e países da UE, onde se reviram os custos diretos (suporte médico, hospitalização, medicamentos) e indiretos (perda de produtividade e impactos sociais) para a doença. Destaca-se que, embora a TARV aumente os custos diretos devido à maior sobrevivência dos pacientes, reduz significativamente os custos indiretos ao melhorar a qualidade de vida e prolongar a capacidade laboral. O artigo enfatiza a necessidade de análises de longo prazo que considerem efeitos como resistência a medicamentos, destacando a importância de um planeamento estratégico para garantir a sustentabilidade do tratamento (103).

Noutro estudo, a implementação de políticas de saúde que promovam a adesão terapêutica (como o uso de lembretes eletrónicos como SMS ou chamadas telefónicas), em populações jovens nos EUA, mostrou ser custo-efetiva, situação também corroborada numa revisão de 2017 (63,95).

A implementação de questionários como opção de avaliação da adesão terapêutica mostrou também ser uma forma fiável e válida, numa grande variedade de idades, sexos e *backgrounds* socioeconómicos e educativos (104).

4. Medidas de proteção das PVVIH

O estigma para com as PVVIH está bem assente desde o início da pandemia, como é evidente no relatório de vigilância epidemiológica do INSA de 1986, onde se reforça a necessidade de educação neste âmbito, focando não só nos grupos em risco acrescido, mas também nos jovens, professores e profissionais de saúde (4). Apesar disso, em 1993, mantinham-se queixas de discriminação, não só a nível escolar, mas principalmente em meio laboral, pelo que se requeria ação para proteger estas pessoas e educar as restantes para a mitigação de más condutas (105). Em 1995 foi criado um grupo de trabalho de levantamento das necessidades e definição de competências de apoio a pessoas infetadas pelo VIH pelos setores da saúde e segurança social, diretamente ou através de ONG, que ditaram algumas das medidas descritas de seguida (8).

4.1. Apoios financeiros

Desde 1992, as PVVIH estão isentas do pagamento de taxas moderadoras em diversos procedimentos que foram sendo alvo de atualização ao longo dos anos, mas promoveram o seu acesso aos cuidados de saúde (8).

No mesmo ano, foi criado o Fundo de Apoio Social aos Hemofílicos Infetados com o Vírus da SIDA (8,37). Já em 1993, foram ainda definidos os moldes das convenções de arbitragem que previam a proteção destes lesados de uma forma standardizada e livre de burocracias (8,106). No entanto, em 2000, após aferido que as convenções de arbitragem não se revelavam suficientes e a par de outros países da Europa, foi aprovado o Regulamento de Ajudas Sociais Pecuniárias para hemofílicos contaminados com o VIH e respetivos familiares, que assegurava uma remuneração mínima fixa para estas pessoas e, a partir de 2002, para os descendentes e equiparados (8,107).

Em 1998, foram definidos termos mais favoráveis para a atribuição de pensões por invalidez a doentes com VIH/SIDA, atualizados também, em 2009. Nesta altura, foi, então, determinado que é fornecido às pessoas em estado de incapacidade decorrente da infeção pelo VIH ou outras causas uma pensão de invalidez e um complemento de dependência, assegurando um montante mínimo para estas pessoas. Além disso, foi instituída uma comissão especializada para definir critérios clínicos e atualizar periodicamente a lista de doenças abrangidas, garantindo a adequação contínua da proteção oferecida (8,108,109).

Já em 2001, foi publicada a lista de doenças profissionais passíveis de reparação onde, apesar de não constar a infeção por VIH/SIDA, pelo seu desconhecimento epidemiológico e impacto como doença profissional, foi proposto que se enquadrasse como tal ao abrigo do Decreto-Lei emitido em 1999 que as define de forma geral. Isto porque nele se definem doenças que conferem risco direto a profissionais específicos, sendo, no caso da infeção por VIH/SIDA, o contacto com produtos biológicos infetados um fator de risco para o contágio (8,110,111).

Não existe bibliografia que suporte a efetividade destes apoios específicos facultados em Portugal às PVVIH. No entanto, é notável que tanto estas pessoas como as suas famílias incorrem em custos diretos e indiretos avultados pela doença e por receita perdida, no contexto do absentismo laboral, pensões antecipadas e outras perdas na formação e potencial em jovens (103). A definição de políticas públicas dirigidas às PVVIH permite responder a essa necessidade e à vulnerabilidade financeira associada.

4.2. Cuidados de saúde

Pelas diversas comorbilidades a que estão sujeitas, as PVVIH mereceram desde cedo garantias de prestação de serviços de saúde acessíveis e com dignidade. Assim, em 1996, foi implementado o Projeto Solidariedade que procurou aumentar o apoio domiciliário a PVVIH que residissem em Lisboa. Esta modalidade de apoio era apresentada como sendo mais confortável e eficaz no apoio a doentes infetados, devido ao isolamento social que muitas vezes implica a infeção por VIH/SIDA e, com ele, a necessidade de internamentos de longa duração por falta de apoio familiar (8,112). As condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário em Portugal foram reguladas em 2013. Nelas incluem-se os requisitos que as entidades prestadoras devem cumprir, incluindo normas de segurança, higiene e qualidade dos serviços oferecidos. Os serviços de apoio domiciliário abrangem cuidados básicos, como a ajuda nas atividades diárias (higiene, alimentação e mobilidade), apoio psicossocial e serviços de enfermagem e medicação, conforme necessário. Foram também estabelecidos critérios de formação para os profissionais envolvidos e requisitos para a avaliação contínua da qualidade dos serviços prestados, garantindo que o apoio domiciliário seja seguro, digno e ajustado às necessidades dos utentes (8,113). Esta modalidade domiciliária mantém-se ativa, com 2 650 pessoas abrangidas em 2023, através de organizações comunitárias e cuidados domiciliários de saúde e sociais (1).

Também em 1996, foi aprovada uma lei que protege reclusos com doenças graves e irreversíveis em fase terminal, como o VIH/SIDA em estadio avançado. Esta legislação

permitia alternativas ao regime prisional, como internamento em unidades de saúde ou permanência em casa, assegurando cuidados apropriados e dignidade aos reclusos (8,114).

Em 1997, foram definidas as redes sociais de apoio comunitário e as suas competências, nomeadamente no que diz respeito à intervenção no VIH/SIDA e outras condições. Estas pressupõem um trabalho conjunto entre autarquias, juntas de freguesia e organizações civis para uma correta e eficaz gestão dos doentes com VIH a nível de tratamento e acompanhamento social, mas também para a consciencialização e mobilização social que esta matéria requer a nível da prevenção e combate ao preconceito (8,115).

Já em 2001, também se tornou obrigatória a faculdade de cuidados de saúde e assistência medicamentosa a imigrantes legais com igualdade de direitos aos beneficiários do SNS (8).

No que toca aos ensaios clínicos, em 2006, foram criadas orientações envolvendo os participantes e fabricantes de fármacos. Com isso procurou-se aumentar a segurança dos doentes, reforçar a confidencialidade dos dados e promover a realização de auditorias às organizações envolvidas nesses ensaios. Esta questão torna-se relevante na temática do VIH/SIDA uma vez que se encontram em constante desenvolvimento e investigação fármacos para o seu tratamento, havendo necessidade de proteção dos participantes nestes ensaios clínicos (8,116). Já em 2010, estas normas foram alinhadas com as diretrizes europeias. Regulamentaram-se, então, aspetos técnicos e de segurança, exigindo aprovações éticas e administrativas do INFARMED e da Comissão de Ética para a Investigação Clínica para realizar os ensaios. Além disso, reforçou-se a proteção dos participantes e a transparência no desenvolvimento de medicamentos. Para terapias contra o VIH, a legislação impôs rastreabilidade rigorosa de células e tecidos, incluindo materiais geneticamente modificados, e exigiu análises de risco para garantir segurança e eficácia, mitigando efeitos adversos e assegurando a conformidade com normas europeias (8,117).

Adicionalmente, em 2010, foi alargada a abrangência do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral a pessoas infetadas com VIH, fundamentado com o risco acrescido de desenvolverem periodontite e perda de peças dentárias (8,118).

Já em 2011, foi tornada obrigatória a existência em todos os hospitais do SNS de uma Equipa de Gestão de Altas e uma Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados

Paliativos, garantindo que tanto a alta hospitalar como os cuidados paliativos são fornecidos com equidade geográfica e dignidade. Estes aspetos tornam-se relevantes na infeção VIH/SIDA pela maior possibilidade de necessidade de cuidados paliativos e hospitalizações, face à população geral (8,119). Adicionalmente, criou-se, em 2012, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos em Portugal, definindo o direito dos cidadãos a receber cuidados paliativos integrados, que visam melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças graves, crónicas ou terminais. A lei estipulava que os cuidados paliativos devem ser acessíveis a todos os que deles necessitassem, independentemente da sua condição socioeconómica, e deviam ser prestados por equipas multidisciplinares que incluem profissionais de saúde e apoio psicossocial. Esta legislação definiu ainda a criação de uma rede nacional de cuidados paliativos, integrada no SNS, e estabeleceu as diretrizes para a formação e a especialização dos profissionais nesta área, nomeadamente prevendo a especialização na área do VIH/SIDA (8,120).

Ainda em 2011, deu-se a atualização das taxas para serviços de saúde pública em Portugal, incluindo isenções relevantes para doentes com VIH/SIDA, o que reflete o compromisso de garantir acesso a cuidados preventivos essenciais livre de barreiras (8,121). Em 2012, o VIH foi ainda incluído nas condições que conferem isenção de custos com transporte não urgente de doentes com insuficiência económica para consultas, internamento, cirurgia de ambulatório, tratamentos e exames complementares de diagnóstico e terapêutica (8,122).

Também em 2012, foram reguladas as diretivas antecipadas de vontade, permitindo que qualquer cidadão adulto possa expressar antecipadamente os seus desejos relativamente a tratamentos de saúde através do Testamento Vital, em situações de doença terminal ou incapacidade irreversível. Nestes cuidados, inclui-se a vontade de suspensão de meios de manutenção de vida, promovendo assim a autonomia do doente nestas questões. A lei também criou o Registo Nacional do Testamento Vital, uma base de dados central que permite o registo e consulta das diretivas antecipadas, garantindo que os profissionais de saúde tenham acesso seguro e rápido a essas informações e que a vontade dos utentes seja respeitada em contextos de decisão clínica (8,123).

A disponibilidade de cuidados médicos de qualidade foi uma das principais razões para a inflexão da curva de incidência, pelo que devem ser promovidas estratégias para potenciar o acesso a estes. Numa coorte de Madrid publicada em 2024, pessoas latino-americanas infetadas por VIH que procuraram asilo em Espanha foram seguidas durante 6 meses. Nesse estudo houve um aumento no cumprimento da TARV (61% para 99%) e da indetetabilidade da carga vírica (de 33% para 98%), após uma avaliação clínica

inicial para avaliar o seu estado serológico e a introdução do esquema terapêutico. Apesar de se ter perdido seguimento de 21% dos participantes iniciais, denota-se que estratégias dirigidas para migrantes diminuem o risco de falha virológica e resistência terapêutica, que são prejudicados na realidade atual pelas barreiras ao acesso de cuidados de saúde devido a processos administrativos e por estigma (41).

Já em relação ao apoio domiciliário, foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e pré-pós intervenção durante a pandemia COVID-19, em Madrid, que comparou os *outcomes* para a saúde no período da pandemia e em períodos homólogos de anos prévios, após introdução de entrega domiciliária de medicação e consultas não presenciais. Verificou-se que com esta alteração dos procedimentos, não alterou significativamente a taxa de deteção de carga viral ou contagem de linfócitos CD4+ e que as PVVIH participantes não tiveram maior taxa de mortalidade intra-hospitalar do que a população geral. Mostra-se, assim, que para a pandemia COVID-19, a intervenção domiciliária se revelou efetiva para manter a vigilância e tratamento das PVVIH (124).

No que diz respeito a outros cuidados de saúde, em 2018 foi revisto o impacto dos cheques dentista em Portugal, após 10 anos da sua implementação, verificando-se que aumentaram o acesso a cuidados de saúde oral em certos grupos de pessoas e economicamente vulneráveis. Apesar de ser uma medida que coloca em causa a equidade de acesso a cuidados, é consensual para os *stakeholders* envolvidos na saúde oral e responde às necessidades de cuidados das doenças orais mais severas. Especificamente as PVVIH tiveram um aumento na recorrência a cuidados de saúde oral, principalmente a partir da segunda fase da reforma que alargou os procedimentos que o cheque cobria em 2016. Identifica-se, no entanto, a possibilidade de falta de vontade para partilhar a sua condição aos Médicos de Família capazes de prescrevê-lo, por não serem os seus cuidadores principais para o VIH, perdendo-se o acesso a ele (125). Noutras questões relacionadas com a saúde oral, uma revisão de 2008 mostrou que a HAART reduziu a prevalência de sarcoma de Kaposi oral e de úlceras orais recorrentes em adultos. Apesar do progresso no tratamento das manifestações orais do VIH na Europa, o acesso desigual a cuidados de saúde oral e terapêutica para o VIH continuava a ser um desafio global na altura (126).

Por fim, um artigo de 2009 na Estónia, que abordava questões éticas em estudos sobre transmissão do VIH entre casais, com foco em UDI e nos seus parceiros sexuais, explorou o dilema entre manter a confidencialidade e a necessidade de informar os parceiros sobre o risco aumentado de infeção. Foram analisados fatores como vulnerabilidade dos participantes, validade científica e riscos para a saúde pública,

procurando soluções como informar os participantes sobre riscos gerais sem expor diretamente a condição do parceiro participante. Os autores recomendavam o aperfeiçoamento de diretrizes éticas para equilibrar a proteção individual, do casal e da comunidade em pesquisas futuras sobre doenças transmissíveis (127).

4.3. Discriminação e estigma

Como referido, o VIH é uma condição altamente estigmatizante que, por isso, requer especial sigilo e proteção contra práticas discriminatórias, seja no quotidiano, seja em meio laboral. Para tal, contribuíram iniciativas de educação para a saúde já mencionadas, mas também outras políticas estruturais de aspetos diretamente relacionados com a vida das PVVIH, descritas de seguida.

No que diz respeito à discriminação no trabalho, foi emitido em 1997 um parecer pela Procuradoria-Geral da República que ditava que as PVVIH careciam de apreciação médica individualizada para a avaliação da sua prontidão para desempenho de cargos públicos, não sendo, assim, excluídos pelo seu estado serológico (8,128). Este parecer foi reforçado em 2009, ponto a partir do qual foi dispensada a obrigatoriedade de atestado médico para efeitos de comprovação da robustez física e do perfil psíquico para o exercício de funções profissionais, sendo comprovados por declaração do próprio candidato ao posto de trabalho (8,129).

Já em 1998, aprovou-se uma lei que proibia a discriminação no emprego no que diz respeito a acesso e manutenção do emprego, evolução na carreira, confidencialidade e sigilo profissional para profissionais de saúde e entidades empregadoras sobre o estado serológico dos trabalhadores, proibição de testes de VIH não autorizados e o incentivo a implementação de medidas de prevenção e educação em contexto laboral. Para além disso, também definia o direito incondicional à receção de cuidados de saúde sem discriminação em instituições públicas ou privadas (8,130).

Em 2002, foi emitido pelo Tribunal Constitucional um parecer que ditava que o dever irrestrito de divulgação do estado de saúde dos trabalhadores e da realização de exames médicos pelo médico do trabalho considerava-se desproporcional ao direito à reserva da intimidade da vida privada, protegido pela Constituição, não tendo por interesse a proteção dos interesses laborais de segurança. Assim, além da informação sobre o estado geral de saúde dos trabalhadores, o acórdão considerava ilegítima a partilha indiscriminada e de forma coerciva de informações sensíveis não essenciais ao exercício do trabalho, como o estado serológico para doenças infetocontagiosas. É, por

isso, considerada inconstitucional a revelação irrestrita do estado de saúde dos trabalhadores (8,131).

Em 2005, foi criada a Plataforma Laboral Contra a SIDA, que englobou mais de cem empresas no combate ao estigma e discriminação associados ao VIH em meio laboral (29).

Em questões relacionadas com sigilo em dádivas de sangue, em 1995 foi aprovado o Regulamento Arquivístico dos Documentos relativos a Transfusões de Sangue. Este define a informação necessária do dador, do recetor e do sangue transfundido e ainda que apenas o pessoal médico responsável pela transfusão terá acesso à mesma. Assim, procurou-se a devida sinalização de dadores e sangue que estivessem em risco de transmissão de VIH, mas também a proteção e confidencialidade das PVVIH, minimizando o estigma a que estas pudessem estar sujeitas (8,132).

Já em 2005, foi emitida a lei que define que a informação de saúde das pessoas, que engloba toda a informação direta e indiretamente relacionada com a saúde presente ou futura, em vida e em morte, é propriedade das próprias. Neste contexto, os serviços de saúde são apenas depositários da mesma, não estando autorizados a utilizá-la sem o consentimento dos pacientes, devendo-lhes confidencialidade e sigilo (8,133). Esta legislação foi complementada em 2012, ao regular-se o tratamento de dados pessoais de saúde em ficheiros nacionais, definindo-se que os dados de identificação e de saúde devem ser separados e restringindo-se o acesso apenas a profissionais autorizados e sujeitos a sigilo. A lei também prevê a cooperação entre o SNS, a administração fiscal e a segurança social para validar a condição de acesso a benefícios e os dados necessários para tal, enquanto a Comissão Nacional de Proteção de Dados supervisiona o cumprimento das normas de privacidade e segurança dos dados tratados (8,134).

Em 2006, legislou-se no sentido de proibir a discriminação de doentes em função da sua condição de saúde. Isso incluía a garantia de acesso igualitário a serviços de saúde e sociais, proteção no acesso, promoção e condições de emprego, garantia de privacidade e confidencialidade, entre outros aspetos (8,135).

Adicionalmente, no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, em 2009, no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, ficou assente o compromisso de respeito ao dever de sigilo e dignidade humana (8,92). Em 2011, também os enfermeiros inseriram no seu Código Deontológico o mesmo compromisso, reforçando a defesa da confidencialidade da informação clínica dos doentes (8,136).

Com vista à prevenção da discriminação, em 2010, foi emitida uma Resolução da Assembleia da República que recomendava ao Governo que implementasse medidas nesse contexto, reduzindo a discriminação existente contra pessoas homossexuais e bissexuais, cuja doação de sangue lhes era vedada. Sugeriu-se, então, a reformulação dos formulários com enunciados homofóbicos (nomeadamente para a prática de sexo entre homens) e a elaboração de um documento normativo que proibisse a dita discriminação baseada na orientação sexual (8,53).

Ainda em 2010, regulou-se o sistema de acesso ao direito e apoio judiciário em Portugal, com implicações importantes para PVVIH. A portaria assegura que pessoas em situação de vulnerabilidade possam obter assistência jurídica para defender os seus direitos em casos de discriminação no trabalho, no acesso à saúde ou habitação, e em situações de violação da confidencialidade médica (8,137).

A defesa dos direitos das PVVIH e a eliminação das barreiras e discriminação nas instituições e serviços públicos é ainda uma das principais prioridades do PNISTVIH. Para isto, é necessário identificar tendências que perpetuam e acentuam o estigma em todos os passos dos cuidados de saúde de uma PVVIH e na sua vida quotidiana (1). Nesse sentido, em 2021 e 2022, realizou-se um estudo que procurou avaliar o estigma sentido por PVVIH em Portugal. Para isso usou o *People Living With HIV Stigma Index*. Os resultados do estudo indicam uma redução no estigma e na discriminação relacionados com o VIH em Portugal, com melhorias significativas em comparação com 2013, como o decréscimo de situações de discriminação nos 12 meses anteriores (de 29% para 8,5%) e da auto-discriminação (de 49% para 30%). No entanto, 38% dos participantes ainda relataram discriminação social, especialmente mulheres e populações vulneráveis como trabalhadores do sexo, UDI e HSH, enquanto 22% experienciaram discriminação por profissionais de saúde. Houve também um aumento na preocupação sobre a confidencialidade dos dados médicos (de 5,3% para 9,5%). Apesar de avanços, persistem desafios nos serviços de saúde e na defesa de direitos, sendo que apenas 19% das pessoas que sofreram de discriminação tomaram medidas contra ela. O estudo recomendou ações legislativas e programáticas lideradas por organizações comunitárias para combater o estigma, incluindo a realização periódica do *Stigma Index* para monitorizar tendências e apoiar decisões informadas (29).

Especificando sobre um dos grupos destacados por serem alvo de maior discriminação, as pessoas homossexuais, um estudo de 2018 mediu a homofobia em vários países do mundo e o seu impacto na saúde pública. Concluiu-se que os países da Europa Ocidental se destacam por serem os mais inclusivos globalmente. No entanto,

mantém-se a tese de que a homofobia está negativamente associada ao desenvolvimento socioeconómico, à igualdade de género e à satisfação com a vida. Além disso, países mais homofóbicos registavam maior mortalidade por SIDA entre homens que vivem com VIH e menor esperança de vida no sexo masculino. Na Europa Ocidental, a redução da homofobia tem sido associada a melhores desfechos de saúde para minorias sexuais, sugerindo que políticas inclusivas podem promover equidade e melhorar a saúde pública. O estudo conclui que a homofobia tem consequências adversas para a saúde e bem-estar e recomenda ações integradas para reduzir o estigma (138).

4.4. Conclusão

Atualmente, em Portugal, encontram-se em vigor diversas políticas e iniciativas para combater o estigma e a discriminação contra PVVIH, promovendo a inclusão social e a igualdade de direitos. Entre as principais ações estão campanhas da DGS para desmistificar o VIH, formação de profissionais de saúde para práticas não discriminatórias, financiamento de ONG para apoio psicossocial, iniciativas de *advocacy* e parcerias laborais para proteção dos trabalhadores com VIH (1).

Mesmo assim, após a implementação do Índice de Estigma de Pessoas que Vivem com VIH (*Stigma Index*) em 2022, revelou-se que cerca de 40% das PVVIH relataram discriminação social e 15% sofreram violações de direitos humanos, o que mostra que ainda há muito por fazer nesta área em específico (29). Não obstante, são notáveis as tentativas de alargar ao máximo o acesso a cuidados de saúde para o cumprimento dos objetivos 95-95-95. Há, no entanto, possibilidade de replicação de iniciativas como as citadas sobre apoio a migrantes, por ainda ser uma população sobre-representada na incidência do VIH e altamente vulnerável no nosso país. Só em 2023, perfaziam 53,1% de todos os novos casos de infeção por VIH em Portugal, sendo a maior prevalência associada a migrantes oriundos da América Latina (49,8%) e África Subsariana (42,4%) (1).

Folha em branco

Discussão

De forma geral, as medidas contra o VIH em Portugal estão fundamentadas pela evidência, com alta eficácia comprovada na política de testagem, do PTS e políticas de redução de dano em UDI, cuidados de saúde oral e medição da adesão terapêutica à TARV (39,40,69,104,125). Adicionalmente, outras medidas consideradas eficazes, apesar de não terem o seu impacto medido especificamente em Portugal, são seguidas no nosso país, como a PrEP, a educação sexual e outras formas de educação para a saúde para a população geral, a distribuição massiva de preservativos, a administração da TARV, a prevenção da transmissão vertical e a apertada vigilância epidemiológica. Este trabalho notável reflete-se na trajetória descendente no número de novos diagnósticos, casos de SIDA e óbitos desde 1999 e no cumprimento das metas 95-95-95 da Declaração de Dublin (1).

Continuam, no entanto, a haver problemas. A taxa anual de novos diagnósticos em Portugal mantém-se aproximadamente o dobro da taxa calculada pelo ECDC para a média dos países que integram a UE, a proporção de diagnósticos tardios, especialmente entre homens heterossexuais (65,7%) e pessoas com mais de 50 anos (69,9%) permanece alta e persistem barreiras como o estigma e a desinformação, inclusive entre profissionais de saúde, que dificultam o diagnóstico precoce e o tratamento, principalmente de grupos com elevada incidência, como os HSH e migrantes (1).

No entanto, alguns estudos apontam para as vantagens de algumas medidas que poderiam ser de fácil implementação em Portugal. Primeiro, é notável a falta de evidência específica na população portuguesa, pelo que poder-se-á apostar mais na investigação nesta matéria. No que concerne às medidas para a promoção de comportamentos sexuais responsáveis, comprovou-se a eficácia de metodologias específicas de educação para a saúde, como a entrevista motivacional e aprendizagem cognitivo-comportamental, com recurso a meios audiovisuais. Esta estratégia deve atingir minorias sexuais e étnicas e populações socioeconomicamente desprivilegiadas, pelo que, para além das escolas, as organizações de base comunitária poderão ser um veículo mais direto de atuação. Adicionalmente, a população heterossexual acima dos 50 anos será um alvo estratégico pela menor perceção de risco que têm, o que se reflete na deficitária adesão nos comportamentos de prevenção, como a utilização de preservativo e realização de testes de rastreio (1).

No que diz respeito à testagem, apesar dos elogios tecidos à política portuguesa, há que colmatar o atraso no diagnóstico, principalmente na população heterossexual e com mais de 50 anos. Há que rever a implementação da norma de rastreio do VIH vigente em Portugal e alargar a testagem a outras idades e grupos estratégicos, considerando a alternativa do rastreio mais generalizado da população aos 30 anos ou, mais específico em grupos de risco especial, como os HSH, medidas cuja eficácia é comprovada numa revisão sistemática americana. (63). Aqui, torna-se essencial a inclusão multidisciplinar, não só dos especialistas a nível hospitalar, mas também de todos os profissionais dos cuidados de saúde primários a desempenharem um papel num rastreio efetivo aplicado universalmente, para além das ONG e farmácias comunitárias com tanta importância noutras matérias relacionadas com o VIH.

No que diz respeito à PrEP, há que verificar a aplicação das normas já vigentes com os esquemas diários e *on demand* comprovadamente eficazes e a possibilidade de implementação de outros, como os fármacos injetáveis de longa duração e a toma por rotina em minorias sexuais, após verificada a sua eficácia na população portuguesa. Noutros países, a PrEP faz já parte da estratégia central de prevenção do VIH. Dada a eficácia comprovada, Portugal deve reforçar o seu papel na estratégia nacional contra a infeção por VIH, como já ocorreu no passado com outras estratégias, como o PTS ou a própria TARV (63,85). Adicionalmente, há que reforçar a intervenção contra o estigma, já que compromete questões como a toma da PrEP e o alcance de iniciativas de educação para a saúde (85,97).

Assim, legitima-se a maioria da intervenção levada a cabo pelos serviços de saúde pública em Portugal contra o VIH desde o início da pandemia. Com os problemas ainda existentes e algumas soluções propostas, reforça-se a necessidade de constante adaptação das políticas implementadas, atuando de forma estratégica nas populações e comportamentos que continuam a conferir risco para a transmissão e evolução do VIH. Torna-se claro que esta evolução só é possível com uma apertada vigilância epidemiológica e, para isso, eficaz política de testagem e conhecimento dos padrões de evolução da doença, esperando que nos próximos 40 anos (ou de forma mais otimista, ainda antes), o VIH não seja ainda uma infeção em crescimento nem uma condição que confira morbimortalidade para a sociedade.

Esta revisão não decorreu sem limitações. A principal limitação decorreu da implementação de algumas medidas sem evidência comprovada ou estudos que demonstrem a sua eficácia no longo prazo. Algumas medidas foram estudadas no exterior, mas não foram realizados estudos particulares em Portugal. Adicionalmente,

notou-se também a dificuldade de acompanhamento das medidas, já que, em grande parte apenas foi citada a matéria legal que as implementou encontrada nas considerações normativas dos relatórios da DGS e não propriamente o seu impacto. Para além disso, não é impossível que algumas políticas adicionais possam ter sido deixadas de fora de alguns dos documentos consultados. Independentemente disso, espera-se ter comprovado o impacto do grosso das medidas implementadas e delineado um caminho para o que se falta cumprir.

Folha em branco

Referências

1. Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção por VIH em Portugal – 2024. 8 de Novembro de 2024 [citado 3 de Dezembro de 2024];1–107. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/9233>
2. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. SIDA : a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2000 [Internet]. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2001 [citado 3 de Novembro de 2024]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1606>
3. Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017. 27 de Novembro de 2018 [citado 26 de Setembro de 2024];1–80. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/5666>
4. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida : situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1986. 1987 [citado 30 de Setembro de 2024];1–10. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1592>
5. Departamento de Doenças Infecciosas do INSA. Unidade de Referência e Vigilância Laboratorial Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011 [Internet]. [citado 3 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/984>
6. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida : situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1985. 1986 [citado 30 de Setembro de 2024];1–10. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1591>
7. Despacho nº 11/94 | DR [Internet]. [citado 8 de Outubro de 2024]. Disponível em: [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/\[60\]-1994-3143189](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/[60]-1994-3143189)
8. Departamento de Doenças Infecciosas do INSA. Unidade de Referência e Vigilância Laboratorial Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 [Internet]. 144. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2013 [citado 8 de Novembro de 2024]. 1–76 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1622>
9. Despacho n.º 5/90 | DR [Internet]. [citado 1 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5-2145031>

10. Despacho Conjunto n.º 686/98 | DR [Internet]. [citado 12 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-conjunto/686-1998-1324359>
11. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. SIDA : a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1998. 1999 [citado 8 de Novembro de 2024];1–42. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1604>
12. Resolução do Conselho de Ministros n.º 173/2000 | DR [Internet]. [citado 12 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/173-2000-660332>
13. Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003 | DR [Internet]. [citado 13 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/121-2003-654694>
14. Decreto Regulamentar n.º 7/2005 | DR [Internet]. [citado 18 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar/7-2005-241792>
15. Despacho n.º 27504/2007 | DR [Internet]. [citado 28 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/27504-2007-974449>
16. Despacho n.º 19935/2009 | DR [Internet]. [citado 2 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/19935-2009-3203299>
17. Decreto-Lei n.º 81/2009 | DR [Internet]. [citado 20 de Janeiro de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228>
18. Decreto-Lei n.º 82/2009 | DR [Internet]. [citado 1 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/82-2009-603229>
19. Despacho Normativo n.º 15/2009 | DR [Internet]. [citado 1 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/15-2009-1821416>
20. Despacho n.º 10143/2009 | DR [Internet]. [citado 1 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
21. Lei n.º 81/2009 | DR [Internet]. [citado 2 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/81-2009-488301>
22. Despacho n.º 5855/2014 | DR [Internet]. [citado 5 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5855-2014-25688419>
23. Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção VIH e SIDA em Portugal – 2020 [Internet]. Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2020 [citado 3 de Novembro de 2024]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/7243>
24. Despacho n.º 5868/2021 | DR [Internet]. [citado 7 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5868-2021-165106047>

25. Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2022. 2022 [citado 15 de Setembro de 2024];1–95. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8383>
26. Lei n.º 55-A/2004 | DR [Internet]. [citado 13 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/55-a-2004-689406>
27. Decreto n.º 36/2003 | DR [Internet]. [citado 13 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/36-2003-651725>
28. Decisão nº 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho - EN - EUR-Lex [Internet]. [citado 28 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32007D1350>
29. Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2023 [Internet]. DGS, INSA; 2023 [citado 12 de Setembro de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8786>
30. Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2019. 2019 [citado 7 de Novembro de 2024];1–100. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7093>
31. Portaria n.º 1584/2007 | DR [Internet]. [citado 28 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1584-2007-627797>
32. Decreto-Lei n.º 64/2007 | DR [Internet]. [citado 23 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/64-2007-518425>
33. Despacho n.º 22811/2009 | DR [Internet]. [citado 2 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/22811-2009-1464102>
34. Despacho n.º 538-A/2017, de 9 de janeiro | DR [Internet]. [citado 2 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/538-a-2017-105711874>
35. Portaria n.º 258/2013 | DR [Internet]. [citado 8 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/258-2013-499214>
36. Diário da República n.º 127/1993, Série II de 1993-06-01 | DR [Internet]. [citado 8 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/127-1993-700852>
37. Despacho, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, in D.R. n.º 189, II Série, de 18 de Agosto de 1992 [citado 3 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3521630>
38. Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/2010 | DR [Internet]. [citado 2 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/27-2010-612391>
39. Borges M, Gouveia M, Fiorentino F, Jesus G, Cary M, Guerreiro JP, et al. Costs and consequences of the Portuguese needle-exchange program in community pharmacies. Can

- Pharm J (Ott) [Internet]. 1 de Maio de 2020 [citado 30 de Novembro de 2024];153(3):170–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32528601/>
40. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. Lancet [Internet]. 2 de Abril de 2016 [citado 1 de Dezembro de 2024];387(10026):1427–80. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27021149/>
 41. Ryan P, Manzano S, Deihim-Rahampour N, Cuevas G, Martin-Gonzalez L, Gonzalez-Baeza A, et al. HIV-infected Latin American asylum seekers in Madrid, Spain, 2022: A prospective cohort study from a major gateway in Europe. Euro Surveill [Internet]. 18 de Julho de 2024 [citado 28 de Novembro de 2024];29(29). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39027943/>
 42. Malinowska-Sempruch K, Bonnell R, Hoover J. Civil society-a leader in HIV prevention and tobacco control. Drug Alcohol Rev [Internet]. 1 de Novembro de 2006 [citado 5 de Dezembro de 2024];25(6):625–32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132578/>
 43. Mertens TE, Low-Beer D. HIV and AIDS: where is the epidemic going? Bull World Health Organ [Internet]. 1996 [citado 5 de Dezembro de 2024];74(2):121. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2486902/>
 44. Diário da República n.º 196/1989, Série II de 1989-08-26 | DR [Internet]. [citado 1 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/196-1989-716962>
 45. Despacho n.º 11/86 | DR [Internet]. [citado 1 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/11-1986-1643829>
 46. Despacho n.º 12/86 | DR [Internet]. [citado 1 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12-1643830>
 47. Despacho n.º 14391/2001 (2.ª série) | DR [Internet]. [citado 12 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14391-2001-3263514>
 48. Despacho n.º 19/91 | DR [Internet]. [citado 3 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/19-1991-1970329>
 49. Despacho | DR [Internet]. [citado 3 de Outubro de 2024]. Disponível em: [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/\[164\]-1992-1546192](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/[164]-1992-1546192)
 50. Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2009 | DR [Internet]. [citado 29 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2009-601702>
 51. Lei n.º 12/2009 | DR [Internet]. [citado 29 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-2009-603264>

52. Jubran B, Billick M, Devlin G, Cygler J, Lebouche B. Reevaluating Canada’s policy for blood donations from men who have sex with men (MSM). *J Public Health Policy* [Internet]. 2016 [citado 5 de Dezembro de 2024];37(4):428–39. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28202924/>
53. Resolução da Assembleia da República n.º 39/2010 | DR [Internet]. [citado 3 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/39-2010-613964>
54. Departamento de Doenças Infecciosas do INSA, Unidade de Referência e Vigilância Laboratorial Epidemiológica, Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. Infecção VIH/SIDA : a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2008. 2009 [citado 24 de Novembro de 2024];1–58. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1614>
55. Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87 | DR [Internet]. [citado 1 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/23-665896>
56. Despacho Conjunto n.º 421/2004 | DR [Internet]. [citado 13 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-conjunto/421-2004-3118413>
57. Despacho n.º 22144/2007 | DR [Internet]. [citado 25 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/22144-2007-1894237>
58. Islam MM, Wodak A, Conigrave KM. The effectiveness and safety of syringe vending machines as a component of needle syringe programmes in community settings. *Int J Drug Policy* [Internet]. Dezembro de 2008 [citado 4 de Dezembro de 2024];19(6):436–41. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17766100/>
59. Taylor H, Curado A, Tavares J, Oliveira M, Gautier D, Maria JS. Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduct J* [Internet]. 9 de Agosto de 2019 [citado 5 de Dezembro de 2024];16(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31399097/>
60. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. Infecção VIH/SIDA : a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2001. 2002 [citado 6 de Novembro de 2024];1–62. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1607>
61. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida : situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1990. 1991 [citado 8 de Novembro de 2024];1–16. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1596>

62. Lei n.º 170/99 | DR [Internet]. [citado 12 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/170-1999-569889>
63. Zimmerman A, Fawole A, Shahid M, Dow D, Ogbuoji O. Evidence Gaps in Economic Evaluations of HIV Interventions Targeting Young People: A Systematic Review. *J Adolesc Health* [Internet]. 1 de Novembro de 2024 [citado 27 de Novembro de 2024];75(5). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39140926/>
64. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. SIDA : a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1997. 1998 [citado 8 de Novembro de 2024];1–82. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1603>
65. Portaria n.º 1429/2007 | DR [Internet]. [citado 25 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1429-2007-629418>
66. Decreto-Lei n.º 145/2009 | DR [Internet]. [citado 7 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/145-2009-494558>
67. Norma n.º 058/2011 atualizada a 10/11/2014 - Portal das Normas Clínicas [Internet]. [citado 2 de Janeiro de 2025]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/28/diagnostico-e-rastreo-laboratorial-da-infecao-pelo-virus-da-imunodeficiencia-humana-vih/>
68. Danziger R. HIV testing for HIV prevention: a comparative analysis of policies in Britain, Hungary and Sweden. *AIDS Care* [Internet]. 1998 [citado 3 de Dezembro de 2024];10(5):563–70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9828953/>
69. Deblonde J, Meulemans H, Callens S, Luchters S, Temmerman M, Hamers FF. HIV testing in Europe: mapping policies. *Health Policy* [Internet]. Dezembro de 2011 [citado 4 de Dezembro de 2024];103(2–3):101–10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21794943/>
70. Goense CJD, Doan THP, Kpokiri EE, Evers YJ, Estcourt CS, Crutzen R, et al. Understanding Practical, Robust Implementation and Sustainability of Home-based Comprehensive Sexual Health Care: A Realist Review. *AIDS Behav* [Internet]. 1 de Outubro de 2024 [citado 27 de Novembro de 2024];28(10). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38963569/>
71. Croxford S, Tavošchi L, Sullivan AK, Combs L, Raben D, Delpech V, et al. HIV testing strategies outside of health care settings in the European Union (EU)/European Economic Area (EEA): a systematic review to inform European Centre for Disease Prevention and Control guidance. *HIV Med* [Internet]. 1 de Março de 2020 [citado 30 de Novembro de 2024];21(3):142–62. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31682060/>
72. Diário da República n.º 238/1996, Série II de 1996-10-14 | DR [Internet]. [citado 11 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/238-1996-726873>

73. Portaria n.º 655/2008 | DR [Internet]. [citado 29 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/655-2008-454565>
74. Portaria n.º 258/2019 | DR [Internet]. [citado 29 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/258-2019-124044598>
75. Portaria n.º 235/2024/1 | DR [Internet]. [citado 29 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/235-2024-888960218>
76. Lei n.º 60/2009 | DR [Internet]. [citado 1 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/60-2009-494016>
77. Tolle M V. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Educ Res* [Internet]. Outubro de 2012 [citado 1 de Dezembro de 2024];27(5):904–13. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22641791/>
78. Lazarus J V., Sihvonon-Riemenschneider H, Laukamm-Josten U, Wong F, Liljestrang J. Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe. *Croat Med J* [Internet]. 2010 [citado 4 de Dezembro de 2024];51(1):74–84. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20162748/>
79. Grunseit A, Kippax S, Aggleton P, Baldo M, Slutkin G. Sexuality education and young people’s sexual behavior: a review of studies. *J Adolesc Res* [Internet]. 1997 [citado 5 de Dezembro de 2024];12(4):421–53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12348560/>
80. Berg R. The effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe: A systematic review. *Euro Surveill* [Internet]. 2009 [citado 4 de Dezembro de 2024];14(48). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20003895/>
81. Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 [citado 4 de Dezembro de 2024];(3). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18646068/>
82. Ruiz-Perez I, Murphy M, Pastor-Moreno G, Rojas-García A, Rodríguez-Barranco M. The Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Socioeconomically Disadvantaged Ethnic Minority Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health* [Internet]. 1 de Dezembro de 2017 [citado 30 de Novembro de 2024];107(12):e13–21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29048965/>
83. Despacho n.º 4835/2017 | DR [Internet]. [citado 8 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4835-2017-107119642>

84. Departamento de Doenças Infecciosas Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose Direção-Geral da Saúde. Infecção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016 [Internet]. [citado 8 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4846>
85. Sepodes B, Rocha J, Batista J, Figueira ME, Dráfi F, Torre C. Implementation and Access to Pre-exposure Prophylaxis for Human Immunodeficiency Virus by Men Who Have Sex With Men in Europe. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 25 de Agosto de 2021 [citado 30 de Novembro de 2024];8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34513883/>
86. Norma n.º 001-2024 - Portal das Normas Clínicas [Internet]. [citado 3 de Dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-001-2024-profilaxia-de-pre-exposicao-ao-vih-de-22-03-2024-.aspx>
87. Despacho n.º 280/96 | DR [Internet]. [citado 11 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/280-1996-1067275>
88. Circular Normativa n.º 1/DSMIA de 04/02/2004 [Internet]. [citado 6 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1730910176473>
89. Smith NH, Hwang LY. Risk factors for HIV in pregnant women. *Int J STD AIDS* [Internet]. 1996 [citado 6 de Dezembro de 2024];7(6):388–95. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8940666/>
90. Aebi-Popp K, Mulcahy F, Glass TR, Rudin C, Martinez De Tejada B, Bertisch B, et al. Missed opportunities among HIV-positive women to control viral replication during pregnancy and to have a vaginal delivery. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 1 de Setembro de 2013 [citado 1 de Dezembro de 2024];64(1):58–65. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23842074/>
91. Portaria n.º 103/2005 | DR [Internet]. [citado 13 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/103-2005-623576>
92. Regulamento n.º 14/2009 | DR [Internet]. [citado 29 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/14-2009-3412890>
93. Lei n.º 15/2012, de 3 de abril | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2012-554389>
94. Aïm-Eusébi A, Prothon E, Majerholc C, Barger D, Yazdanpanah Y, Aubert JP. The acceptability and effectiveness of a questionnaire for the identification of risk factors for HIV and hepatitis B and C: An observational study in general practice. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 1 de Janeiro de 2018 [citado 30 de Novembro de 2024];24(1):60–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29172800/>

95. Daher J, Vijh R, Linthwaite B, Dave S, Kim J, Dheda K, et al. Do digital innovations for HIV and sexually transmitted infections work? Results from a systematic review (1996-2017). *BMJ Open* [Internet]. 1 de Novembro de 2017 [citado 30 de Novembro de 2024];7(11). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29101138/>
96. Nöstlinger C, Platteau T, Bogner J, Buyze J, Dec-Pietrowska J, Dias S, et al. Implementation and Operational Research: Computer-Assisted Intervention for Safer Sex in HIV-Positive Men Having Sex With Men: Findings of a European Randomized Multi-Center Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2016 [citado 1 de Dezembro de 2024];71(3):e63–72. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26866955/>
97. Nöstlinger C, Borms R, Dec-Pietrowska J, Dias S, Rojas D, Platteau T, et al. Development of a theory-guided pan-European computer-assisted safer sex intervention. *Health Promot Int* [Internet]. 1 de Dezembro de 2016 [citado 30 de Novembro de 2024];31(4):782–92. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26092853/>
98. Leluțiu-Weinberger C, Manu M, Ionescu F, Dogaru B, Kovacs T, Dorobățescu C, et al. An mHealth Intervention to Improve Young Gay and Bisexual Men’s Sexual, Behavioral, and Mental Health in a Structurally Stigmatizing National Context. *JMIR Mhealth Uhealth* [Internet]. 1 de Novembro de 2018 [citado 30 de Novembro de 2024];6(11). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30429117/>
99. Despacho n.º 13447-B/2015 | DR [Internet]. [citado 6 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13447-b-2015-71066529>
100. Despacho n.º 3/87 | DR [Internet]. [citado 1 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3-2165856>
101. Portaria n.º 198/2011 | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/198-2011-287801>
102. Lei n.º 10/2011 | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/10-2011-277370>
103. Fleña S, Marschall P. Socio-economic impact of antiviral intervention. *Handb Exp Pharmacol* [Internet]. 2009 [citado 1 de Dezembro de 2024];189(189):347–74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19048207/>
104. Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *Patient* [Internet]. Junho de 2013 [citado 1 de Dezembro de 2024];6(2):61–73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23558754/>
105. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida : a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1993. 1994 [citado 23 de Novembro de 2024];1–38. Disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1599>

106. Decreto-Lei n.º 237/93 | DR [Internet]. [citado 8 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/237-1993-373471>
107. Portaria n.º 321/2000 | DR [Internet]. [citado 12 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/321-2000-288027>
108. Lei n.º 90/2009 | DR [Internet]. [citado 2 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/90-2009-488491>
109. Decreto-Lei n.º 216/98 | DR [Internet]. [citado 11 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/216-1998-423250>
110. Decreto Regulamentar n.º 6/2001 | DR [Internet]. [citado 12 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar/6-2001-315913>
111. Decreto-Lei n.º 248/99 | DR [Internet]. [citado 12 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/248-1999-372671>
112. Diário da República n.º 277/1996, Série II de 1996-11-29 | DR [Internet]. [citado 11 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/277-1996-734650>
113. Portaria n.º 38/2013 | DR [Internet]. [citado 5 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/38-2013-258278>
114. Lei n.º 36/96 | DR [Internet]. [citado 1 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/36-1996-243919>
115. Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 | DR [Internet]. [citado 11 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/197-1997-685659>
116. Decreto-Lei n.º 102/2007 | DR [Internet]. [citado 23 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2007-520207>
117. Decreto-Lei n.º 64/2010 | DR [Internet]. [citado 3 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/64-2010-335450>
118. Despacho n.º 16159/2010 | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/16159-2010-3293331>
119. Despacho n.º 7968/2011 | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7968-2011-964041>
120. Lei n.º 52/2012 | DR [Internet]. [citado 5 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>
121. Decreto-Lei n.º 8/2011 | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/8-2011-485635>
122. Portaria n.º 142-B/2012 | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/142-b-2012-572591>

123. Lei n.º 25/2012 | DR [Internet]. [citado 5 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2012-179517>
124. Quirós-González V, Rubio R, Pulido F, Rial-Crestelo D, Martín-Jurado C, Hernández-Ros MÁ, et al. Healthcare outcomes in patients with HIV infection at a tertiary hospital during the COVID-19 pandemic. *Enfermedades infecciosas y microbiología clinica* (English ed) [Internet]. Março de 2023 [citado 30 de Novembro de 2024];41(3):149–54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36870732/>
125. Simões J, Figueiredo Augusto G, do Céu A, Ferreira MC, Jordão M, Calado R, et al. Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. *Health Policy* [Internet]. 1 de Agosto de 2018 [citado 30 de Novembro de 2024];122(8):803–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30054096/>
126. Hegarty AM, Chaudhry SI, Hodgson TA. Oral healthcare for HIV-infected patients: an international perspective. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. Fevereiro de 2008 [citado 5 de Dezembro de 2024];9(3):387–404. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18220490/>
127. McNutt LA, Gordon EJ, Uusküla A. Informed recruitment in partner studies of HIV transmission: an ethical issue in couples research. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2009 [citado 5 de Dezembro de 2024];10(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19709442/>
128. Diário da República n.º 96/1997, Série II de 1997-04-24 | DR [Internet]. [citado 11 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/96-1997-755508>
129. Decreto-Lei n.º 242/2009 | DR [Internet]. [citado 2 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/242-2009-490255>
130. Lei n.º 65/98 | DR [Internet]. [citado 11 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/65-1998-566854>
131. Acórdão n.º 368/2002/T. Const | DR [Internet]. [citado 13 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/acordao/368-2002-1291207>
132. Decreto Regulamentar n.º 16/95 | DR [Internet]. [citado 10 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar/16-1995-528069>
133. Lei n.º 12/2005 | DR [Internet]. [citado 18 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-2005-624463>
134. Lei n.º 5/2012 | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/5-2012-544433>
135. Lei n.º 46/2006 | DR [Internet]. [citado 18 de Outubro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/46-2006-540797>

136. Regulamento n.º 165/2011 | DR [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/165-2011-1979439>
137. Portaria n.º 654/2010 | DR [Internet]. [citado 3 de Novembro de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/654-2010-343095>
138. Lamontagne E, d'Elbée M, Ross MW, Carroll A, du Plessis A, Loures L. A socioecological measurement of homophobia for all countries and its public health impact. Eur J Public Health [Internet]. 1 de Outubro de 2018 [citado 5 de Dezembro de 2024];28(5):967–72. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29514190/>